

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Alexandre Pareto da Cunha

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES RURAIS
ASSENTADOS DO MOVIMENTO SEM TERRA,
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Florianópolis
2010

Alexandre Pareto da Cunha

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES RURAIS
ASSENTADOS DO MOVIMENTO SEM TERRA,
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Áreas de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Florianópolis
2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

C972p Cunha, Alexandre Pareto da
Participação social dos trabalhadores rurais assentados
do movimento sem terra, no sistema único de saúde
[dissertação] / Alexandre Pareto da Cunha ; orientadora,
Kenya Schmidt Reibnitz. - Florianópolis, SC, 2010.
95 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Participação social. 3. Trabalhadores
rurais. 4. Empoderamento. I. Reibnitz, Kenya Schmidt. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

Alexandre Pareto da Cunha

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL DOS TRABALHADORES RURAIS
ASSENTADOS DO MOVIMENTO SEM TERRA,
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada a sua versão final em 14 de abril de 2010, atendendo as
normas de legislação vigente na Universidade Federal de Santa
Catarina, Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Área de
Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dr^a. Flávia Regina de Souza Ramos
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Kenya Schmidt Reibnitz
Presidente

Dr. Antonio de Miranda
Membro

Dr^a.Ivonete Buss Heidemann
Membro

Dr^a.Maria do Horto Cartana
Membro Suplente

**QUANDO EU MORRER, QUE ME ENTERREM NA BEIRA DO
CHAPADÃO
- CONTENTE COM MINHA TERRA CANSADO DE TANTA
GUERRA
CRESCIDO DE CORAÇÃO**

**ZANZA DAQUI
ZANZA PRA ACOLÁ
FIM DE FEIRA, PERIFERIA AFORA
A CIDADE NÃO MORA MAIS EM MIM
FRANCISCO, SERAFIM
VAMOS EMBORA
VER O CAPIM
VER O BAOBÁ
VAMOS VER A CAMPINA QUANDO FLORA
A PIRACEMA, RIOS CONTRAVIM
BINHO, BEL, BIA, QUIM
VAMOS EMBORA**

**QUANDO EU MORRER
CANSADO DE GUERRA
MORRO DE BEM
COM A MINHA TERRA:
CANA, CAQUI
INHAME, ABÓBORA
ONDE SÓ VENTO SE SEMEAVA OUTRORA
AMPLIDÃO, NAÇÃO, SERTÃO SEM FIM
OH, MANUEL, MIGÚLIM
VAMOS EMBORA**

CHICO BUARQUE DE HOLANDA

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo era um sonho antigo. Gostaria de poder nominar todos aqueles que contribuíram para despertar o meu interesse pelo tema.

À mídia, por evidenciar sua posição política e ideológica frente ao sofrimento do povo.

Aos que lutam pela igualdade e equidade no acesso à saúde.

Àqueles que, comigo, compartilharam momentos de estudo nesta jornada.

Ao Dr. Antonio de Miranda Wosny, por me mostrar a real utilidade social de um título acadêmico. Por todos os ensinamentos proporcionados nesses oito anos de convivência. Pelo esclarecimento do verdadeiro significado da palavra "extensão". E, enfim, por ser uma pessoa simples de humanidade incomparável.

Ao meu pai, "*in memoriam*", cujos exemplos dados em vida foram essenciais para minha formação como ser humano.

À minha mãe, mulher de fibra, que mesmo frente a dificuldades extremas pôde me educar e me mostrar que a vida, apesar dos pesares, é linda.

À minha família, Vanina e Kaleo, por compreenderem minha necessidade de isolamento nas horas de estudo. Pelo carinho, companhia, alegria e boa vida. Amo vocês.

À minha orientadora Dra. Kenya Schmidt Reibnitz, que mesmo em meio a inúmeras atividades profissionais encontrava tempo para me orientar com paciência e zelo.

Às Professoras Doutoras Ivonete Buss Heidemann, Vânia Marli Schubert Backes e Maria do Horto Fontoura Cartana, assim como à Doutoranda Gisele Manfrini, por suas contribuições e saberes compartilhados como participantes das bancas de qualificação e avaliação.

Às servidoras do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PEN, em especial à Claudia, à Francini, à Odete e à Neide, pelo carinho e auxílio.

CUNHA, Alexandre Pareto da. Participação social dos trabalhadores rurais de assentamentos da reforma agrária no Sistema Único de Saúde. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 83 pgs.

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Linha de pesquisa: Educação em Enfermagem e Saúde.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a compreensão dos trabalhadores rurais de assentamentos da reforma agrária sobre a sua participação social no Sistema Único de Saúde - SUS. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, no qual o referencial teórico foram os pressupostos de Paulo Freire. O percurso metodológico foi baseado em entrevistas semi-estruturadas, analisadas por meio da ‘análise temática’ proposta por Maria Cecília Minayo. Participaram da pesquisa oito trabalhadores rurais assentados em terras do projeto de reforma agrária do INCRA. Foram identificadas quatro categorias: 1ª - O conhecimento do trabalhador rural de seus direitos e deveres ante o SUS; 2ª - A percepção do trabalhador rural sobre o enfermeiro e sua ação no incentivo à participação social no SUS; 3ª - A preocupação do poder público local em incentivar a participação dos assentados na formulação e fiscalização das políticas de saúde; e 4ª – O significado e a importância da participação social no SUS para o trabalhador rural. Esta pesquisa, de formato metodológico, possibilitou a descrição das necessidades da referida comunidade e apontou a opinião de um grupo de trabalhadores rurais que, de certa forma, é influente em seus espaços comunitários. Os dados analisados demonstram como é ingênua a compreensão destes trabalhadores rurais com respeito a sua participação no SUS. Por outro lado, apontam a capacidade e a vontade deles em aprender e captar informações que os levem a transformar suas realidades, por meio de uma atuação consciente no Conselho Municipal de Saúde. A demanda por educação em saúde em prol da participação social aparece neste estudo. Sabemos que as mudanças que a comunidade necessita devem, também, partir de iniciativas do poder público, por isso o diálogo entre os atores envolvidos neste processo é essencial. Compreendemos que apesar dos trabalhadores rurais viverem em uma situação de precariedade extrema em termos de infra-estrutura pública, eles não deixam de buscar aprendizado e não medem esforços para chegar ao conhecimento. Tal necessidade de informação deve ser atendida e ao

mesmo tempo estimulada por profissionais da saúde, gestores e acadêmicos. Para que o SUS seja um sistema equânime, é necessário que hajam ambientes preparados para o diálogo entre usuários, gestores e profissionais. Os profissionais da saúde, durante sua formação, devem ser orientados para incentivar e possibilitar a existência de tal ambiente nos serviços de saúde. Os gestores, aqueles que não são técnicos, devem estimular a participação dos usuários e profissionais. Já os usuários do sistema, caso não participem desta mobilização, estarão deixando para os outros dois atores acima citados a responsabilidade da assistência à saúde, a qual, sem dúvida, não terá a eficácia e eficiência que necessita.

Palavras-Chaves: Participação Social, Trabalhadores Rurais, Empoderamento, Enfermagem.

CUNHA, Alexandre Pareto da. Social participation of farmer workers of the agrarian-reform settlements in the Sistema Único de Saúde. 2010. Dissertation (Máster of Nursing) – Nursing Postgraduate Program, Federal University of Santa Catarina. Florianópolis. 95 ps
Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz
Linha de pesquisa: Educação em Enfermagem e Saúde

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the opinions of rural workers in MST's (Landless Workers Movement) squatter settlements on their social participation and social activities. The present qualitative-exploratory and descriptive study is based on Paulo Freire's analyzes. The methodology was based on interviews which were analyzed based on a concept of Maria Cecilia Minayo. The research was performed with eight rural workers on their squatter settlements after INCRA's (National Institute for Colonization and Agrarian Reform) project. Four categories were included: 1^a - The workers' knowledge on their rights and duties regarding SUS (Unified National Health System); 2^a - The perception of the workers over the nurses' services and social activities; 3^a - The government's concern in stimulating the participation of such individuals in health policies; and 4^a - The meaning and importance attributed to the participation in the SUS by the rural workers. Through this research it was possible to describe what the real needs of this community are. The information gathered here shows the innocence of these people towards health subjects and their participation in SUS. However, it was possible to notice their capacity of learning and their willingness to do so and to gather information so as to make their reality better through conscious actions together with the Municipal Health Council. This study allowed us to recognize the importance of health education in stimulating social participation. By encouraging the dialogue between politicians, rural workers and health professionals it becomes possible to achieve the necessary changes. The health managers must be interested in enabling social participation in order to make SUS a fair and right health system. It's also necessary to teach rural workers about their rights and duties towards the system. Without social participation SUS becomes an inefficient system.

Key-words: Social participation; Rural Workers; Empowerment; Nurses

CUNHA, Alexandre Pareto da. Participación social de los trabajadores rurales de asentamientos de la reforma agraria en el Sistema Único de Salud. 2010. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 95 ps

Orientadora: Dra. Kenya Schmidt Reibnitz

Línea de pesquisa: Educación en Enfermería y Salud

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la comprensión que los trabajadores rurales de asentamientos de la reforma agraria tienen sobre su participación en el SUS. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio realizado con un tipo de abordaje cualitativo, basado en los conceptos teóricos de Paulo Freire. La metodología se basó en entrevistas semi-estructuradas cuyo análisis se realizó utilizando el Análisis Temático propuesto por Maria Cecilia Minayo. Participaron de la investigación ocho trabajadores rurales asentados en tierras del proyecto de la reforma agraria del INCRA. Fueron identificadas 4 categorías: 1º El conocimiento que el trabajador rural tiene de sus derechos y deberes frente al SUS. 2º La percepción del trabajador rural sobre el enfermero y su acción a incentivar la participación en el SUS. 3º La preocupación del poder público local para incentivar la participación de los asentados en la formulación y fiscalización de las políticas en salud. 4º El significado y la importancia de la participación social en el SUS para el trabajador rural. Esta investigación, de esta forma metodológica, hizo posible la descripción de las necesidades de esta comunidad específica. Se dirigió a pensar sobre un grupo de trabajadores rurales que, de una cierta forma, ejercen influencia en sus espacios comunitarios. Los datos analizados, demuestran la ingenuidad que tienen estos trabajadores sobre el entendimiento y alcance de su propia participación en el SUS. Por otro lado, apunta a la capacidad y motivación de ellos para aprender y apropiarse de informaciones que los lleven a transformar su realidad, por medio de una participación conciente en el Consejo Municipal de Salud. Surge en este estudio la demanda por la educación en salud a favor de la participación social. Sabemos que las mudanzas que la comunidad necesita deben también partir de iniciativas del poder público, por eso el diálogo entre los actores involucrados en el proceso es esencial. Comprendemos que a pesar de que los trabajadores rurales viven en una situación de extrema precariedad de infraestructura pública, no se detienen en la búsqueda de aprender y no miden esfuerzos para alcanzar este conoci-

miento. Esta necesidad de conocimiento debe ser atendida y a su vez, debe ser estimulada por los profesionales de la salud, gestores y académicos. Por todo esto, el SUS, para que realmente sea un sistema de igualdad, necesita crear ambientes preparados para generar el diálogo entre usuarios, gestores y profesionales, estos últimos ya deberán ser orientados en su formación para incentivar y dar la posibilidad de que este ambiente se instaure en los servicios de salud. Los gestores, o sea, aquellos que no son técnicos, deben también estimular la participación de los usuarios y profesionales, en caso de que los usuarios no participen, dejarán para los otros actores citados la responsabilidad de asistencia en salud, y esta no tendrá la eficacia y eficiencia que necesitan.

Palabras Claves: Participación Social, Trabajadores Rurales, Empoderamiento, Enfermería

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABRA	Associação Brasileira de Reforma Agrária
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde em Santa Catarina
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CUT	Central Única dos Trabalhadores
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
LECERA	Laboratório de Educação do Campo e Estudos da Reforma Agrária
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NEPEPS	Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Popular e Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PJ	Pastoral da Juventude
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Trabalhadores Rurais
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. O PESQUISADOR.....	21
2. APRESENTANDO A QUESTÃO-PROBLEMA E O OBJETIVO	25
3. SITUANDO O TEMA A PARTIR DA LITERATURA.....	29
3.1. A REFORMA AGRÁRIA NO BRASIL	29
3.2. MST: HISTÓRIA, ATUALIDADE E O SUS	32
3.3. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS	36
4. REFERENCIAL TEÓRICO	43
4.1. PAULO FREIRE	43
4.2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE	44
4.3. MEUS PRESSUPOSTOS.....	48
4.4. MARCO CONCEITUAL.....	49
4.4.1 Saúde-doença.....	49
4.4.2 Ser humano	49
4.4.3 Enfermagem.....	50
4.4.4 Diálogo	51
4.4.5 Educação popular em saúde	52
4.4.6 Participação social.....	53
4.4.7 Meio ambiente.....	53
4.4.8 Empoderamento	54
5. O PERCURSO METODOLÓGICO	57
5.1. CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA.....	57
5.2. APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
5.3. O DELINEAMENTO DO ESTUDO	58
5.4. ESTRATÉGIA PARA A COLETA E REGISTRO DOS DADOS	59
5.5. ANÁLISE DOS DADOS	60
5.6. ASPECTOS ÉTICOS	61
6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	63
6.1. CATEGORIA 1 - O (DES)CONHECIMENTO DO TRABALHADOR RURAL DE SEUS DIREITOS E DEVERES FRENTE AO SUS.....	63
6.1.1 Participação: o caminho para acessar os serviços de saúde.....	63

6.1.2 A compreensão dos direitos e deveres ante o SUS ...	68
6.2. CATEGORIA 2 - A COMPREENSÃO DO TRABALHADOR RURAL SOBRE A AÇÃO DO ENFERMEIRO NO INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS.....	72
6.3. CATEGORIA 3 - O GESTOR MUNICIPAL E SEU PAPEL NO INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO NO SUS.....	74
6.4. CATEGORIA 4 – O SIGNIFICADO E A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL	76
7. CONSTRUINDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM TRABALHADORES RURAIS	80
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO	90
ANEXO A – CERTIFICADO	94

1. O PESQUISADOR

A Universidade Federal de Santa Catarina apresenta em sua história inúmeros trabalhos desenvolvidos junto a comunidades catarinenses e de outros estados do Brasil. A instituição realizou e realiza ações destinadas a aproximar o meio acadêmico e sua produção científica com a realidade vivenciada pela população.

O Departamento de Enfermagem da UFSC faz parte desta trajetória, atuando junto à comunidade e associando seu saber científico ao saber popular na busca por soluções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades. Dentre outros núcleos de pesquisa que compõem este departamento, destacamos o Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde – NEPEPS. Formado no final de 1993, o núcleo é composto por docentes e discentes da graduação e pós-graduação em Enfermagem, Farmácia, Ciências Sociais e Saúde Pública, além de trabalhadores de serviços públicos de saúde. O NEPEPS desenvolve atividades de extensão e pesquisa na temática da promoção da saúde nos espaços urbano e rural. O grupo trabalha com base em referenciais teóricos que abordam o saber/fazer da população/grupos/famílias, com a finalidade de gerar processos que estimulem a troca de conhecimentos com os profissionais. Além disso, o núcleo tem orientado diversos trabalhos de conclusão de graduação, especialização, mestrado e doutorado nos temas de promoção da saúde, cultura e enfermagem. O presente estudo é fruto da união entre ensino, pesquisa e extensão desenvolvidos e fomentados pelo NEPEPS.

Projetos de extensão e pesquisa voltados para a educação em saúde estiveram presentes em meu trajeto acadêmico desde o início da graduação e permaneceram quando me tornei profissional. Dentre eles, posso citar o projeto de extensão “Educação em Saúde para a Promoção de um Domicílio Saudável em Área Rural” desenvolvido junto aos assentamentos coordenados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA e aos trabalhadores provenientes do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra - MST, na cidade de Passos Maia – SC, vinculado ao NEPEPS e executado no primeiro semestre de 2003.

O projeto propunha a emancipação dos participantes e de suas comunidades no que concernem os aspectos relacionados à saúde e à qualidade de vida. Com abordagem interdisciplinar e interinstitucional e contando com a colaboração de professores e acadêmicos dos cursos de Biologia, Enfermagem, Farmácia, Bioquímica, Sociologia e Naturologia de uma Universidade Federal e de uma Universidade privada, o projeto

tinha a educação em saúde como estratégia para atingir seus objetivos. Suas atividades incluíam a geração de trabalho e renda por meio da execução de oficinas de cultivo e manejo de plantas medicinais e ações de diagnóstico e prevenção de doenças parasitárias em crianças de 5 a 10 anos de idade das escolas públicas do município.

Dando prosseguimento aos trabalhos nessa localidade, no ano de 2004 outro projeto de extensão, denominado “Formação de Jovens e Adolescentes Multiplicadores de Educação Popular e Saúde Rural”, foi iniciado. Aproveitando a oportunidade de participar desse projeto, e devido à necessidade de produzir o trabalho de conclusão de curso, desenvolvi o estudo “Construindo uma Prática Crítica e Criadora em Educação e Saúde Escolar em Comunidades Rurais” no primeiro semestre de 2004 em conjunto com outro colega de curso sob orientação do coordenador do projeto de extensão.

Logo depois de finalizar minha graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de trabalhar como docente substituto na Universidade Federal de Santa Catarina. Esse trabalho me possibilitou permanecer envolvido com os projetos de extensão desenvolvidos pelo NEPEPS e conhecer alguns movimentos sociais voltados à educação em saúde. Tive, então, a oportunidade de participar da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde em Santa Catarina – ANEPS-SC, quando o tema participação social chamou minha atenção. A interação com os diferentes movimentos sociais e os inúmeros momentos de diálogo com seus participantes provocaram alguns questionamentos referentes à participação social dos trabalhadores rurais no Sistema Único de Saúde - SUS.

Com a finalidade de entender tal participação social, realizamos a presente pesquisa utilizando o diálogo como ferramenta fundamental. Ao desenvolver a ação investigativa, o pesquisador inevitavelmente aprendeu e se enriqueceu com as experiências e conhecimentos compartilhados. Acreditamos que o mesmo tenha ocorrido com o trabalhador rural assentado ao dialogar com o pesquisador.

A participação social é importante para fazer valer a vontade da comunidade em assuntos que estão associados à melhoria da qualidade de vida e na luta contra a desigualdade no acesso à saúde. O espaço instituído legalmente por meio da Lei 8.142 de dezembro de 1990 para o acontecimento desse diálogo pode estar sendo ocupado de forma desigual em sua composição e em termos da qualidade de sua representatividade. A ocupação deficiente desse espaço pelos usuários e a má qualidade de sua representação podem ser reflexos da falta de informações que deveriam ser fornecidas por profissionais e gestores da saúde. Tal

desinformação pode ser o motivo do acesso deficiente desses cidadãos aos serviços de saúde e de sua baixa qualidade de vida.

Apesar de estarmos imersos em um modelo econômico-político voltado para o individualismo, propenso a manter e/ou aprofundar as desigualdades sociais, nos foi ofertada a oportunidade de realizar esse trabalho no qual acreditamos estar trilhando o caminho contrário a esse modelo. A intenção foi aprofundar a discussão do funcionamento eficaz e eficiente do SUS, tendo o diálogo como a ferramenta principal de trabalhadores, gestores e usuários junto aos conselhos de saúde. A realização deste estudo teve como função fundamental a compreensão da participação dos trabalhadores rurais no SUS e de seu relacionamento com os profissionais e gestores do sistema.

Além de encararem os percalços que a sua militância os impõe, as famílias assentadas pelo INCRA e os acampados do MST dizem enfrentar o preconceito da população daquela localidade. Tal fato pode ser reflexo do trabalho exitoso de uma parte da mídia jornalística que noticia os feitos dos integrantes do MST sempre de forma depreciativa e espetaculosa, surpreendendo-nos com a falta de notícias positivas sobre o MST.¹

O enfermeiro e a equipe de saúde podem, a partir do exposto neste trabalho e de acordo com princípios éticos profissionais e pessoais, possibilitar uma assistência aos assentados e acampados que ultrapasse o caráter estritamente profissional e evidencie uma atuação cidadã frente à diversidade de necessidades dos trabalhadores rurais. Esses cidadãos, considerando as diversas demandas que acompanham seu dia a dia, podem e devem ser estimulados a participar no SUS.

¹ Vide reportagens nos sítios eletrônicos das revistas Veja, Época, Istoé, Folha online e Globo.com:

<http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/25-anos-mst-invasoes-badernas-desafio-lei-417144.shtml>

<http://epoca.globo.com/edic/19990621/soci2.htm>

<http://www.istoedinheiro.com.br/busca/?q=mst--->

<http://search.folha.com.br/search?q=mst&site=online>

<http://busca2.globo.com/Busca/oglobo/?query=mst>

2. APRESENTANDO A QUESTÃO-PROBLEMA E O OBJETIVO

O local de realização deste estudo se situa na região norte/nordeste do Estado de Santa Catarina (SC), a aproximadamente 100 km da cidade de Joinville, pólo industrial e maior cidade de SC. Como resultado do processo de reforma agrária em SC, aproximadamente 211 famílias estão assentadas nesse município em sete Projetos de Assentamentos do INCRA. Tais assentamentos estão localizados na área de abrangência de uma única Unidade Local de Saúde - ULS. Escolhemos essa cidade para o desenvolvimento deste estudo por suas características geográficas, sociais e ambientais, bem como por estar localizada na região Norte Catarinense, a qual possui um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano – IDH de Santa Catarina (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO/PNUD, 2000). Quando comparada a outras regiões do Brasil, sua classificação nessa escala está entre as mais elevadas, embora tenhamos observado, *in loco*, precariedades e necessidades no acesso à saúde.

O Relatório de Desenvolvimento Humano - RDH, publicado anualmente, assim como o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, partem do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Essa avaliação é apresentada desde 1990 nos RDHs, e propõe uma agenda sobre temas relevantes ligados ao desenvolvimento humano e reúne tabelas estatísticas e informações sobre o assunto. A cargo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, o relatório foi idealizado pelo economista paquistanês Mahbub ul Haq (1934-1998). Atualmente, é publicado em dezenas de idiomas e em mais de cem países (ONU, 2008). O IDH foi elaborado para oferecer uma dimensão de desenvolvimento humano que fosse mais abrangente que a mensuração do Produto Interno Bruto (PIB). Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH tem como pretensão medir o desenvolvimento humano abordando o PIB per capita corrigido pelo poder de compra da moeda de cada país, além de levar em conta a longevidade e a educação; essas três dimensões têm o mesmo peso no cálculo que varia de zero a um.

Apesar de ter sido publicado pela primeira vez em 1990, o índice foi recalculado para os anos anteriores, a partir de 1975. Aos poucos, o IDH tornou-se referência mundial. Trata-se de um índice-chave dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e, no

Brasil, tem sido utilizado pelo governo federal e por administrações municipais (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M). Tais informações podem ser consultadas no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, um banco de dados eletrônico com informações sócio-econômicas dos 5.507 municípios do país, 26 Estados e Distrito Federal (ONU, 2008).

A cidade de Joinville está situada na mesma região que a cidade onde se realizou este estudo. A proximidade de um dos maiores pólos industriais do Estado não parece favorecer o seu desenvolvimento humano, visto que o crescimento do IDH entre 1991 e 2000 nas duas cidades é bastante desigual quando comparado. Tal disparidade entre o crescimento de duas cidades de uma mesma região pode estar associada ao baixo desenvolvimento produtivo da cidade sede do estudo, cuja base de produção é a monocultura do fumo, incentivada e subsidiada pelas indústrias fumageiras. Outra atividade que vem aumentando significativamente nos últimos anos é a agroflorestal, destinada a suprir com matéria prima a indústria moveleira e de celulose da região. Por apresentar maior lucratividade e pela facilidade de cultivo devido à qualidade do solo da região, esse tipo de monocultura vem se tornando uma das principais atividades agrícolas realizadas nos assentamentos. Geralmente os assentamentos estão localizados em áreas de difícil acesso, com estradas precárias, tornando mais difícil não só o escoamento da produção como também o acesso a serviços de saúde, educação, armazenamento da produção, comunicação, cultura e lazer.

A idéia de que o trabalhador rural assentado tem no exercício da participação social um importante instrumento para, junto aos organismos governamentais, buscar melhorias em sua qualidade de vida é avivada quando lembramos que esses mesmos trabalhadores reivindicaram e lograram sua terra para trabalhar.

A reforma agrária não termina com o assentamento das famílias no campo. Conquistada a terra, há a necessidade de políticas públicas que ofereçam a infra-estrutura necessária para o agricultor assentado se organizar e produzir com dignidade e qualidade de vida. Para tanto, inúmeros fatores como crédito, assistência técnica, educação, acesso aos serviços de saúde e outras necessidades dessas famílias também precisam ser supridos.

Esse contexto social e econômico deu origem a parcerias entre o MST, o INCRA-SC e a UFSC, através do Laboratório de Educação do Campo e Estudos da Reforma Agrária – LECERA e do NEPEPS. O interesse é fomentar estratégias produtivas e de melhoria de qualidade de vida para o desenvolvimento de tais comunidades. Dentre outras

estratégias de cultivo, notou-se a importância em promover a cadeia produtiva de plantas medicinais, aromáticas e condimentares – PMACs, favorecendo concomitantemente benefícios como saúde, geração de renda e resgate cultural para essas famílias. A partir de então, projeto “Produção e Industrialização de Plantas Medicinais: Resgate Cultural e Viabilidade Técnica, Econômica e Comercial nas Áreas de Assentamentos de Reforma Agrária do Norte de Santa Catarina” foi elaborado conjuntamente e aprovado em 2007 pelo Edital Universal do CNPq, com vigência de dois anos. Esse projeto estava calcado nos tópicos produção e saúde, como explicitado no seu objetivo geral: “Investigar as possibilidades de produção e industrialização de plantas medicinais com duplo objetivo: promoção de saúde e geração de trabalho e renda em áreas de assentamento de reforma agrária”.

Participando como voluntário nas atividades educativas voltadas à saúde, fizemos o primeiro contato com os futuros participantes desta proposta de pesquisa. Nesse primeiro contato com os assentados, participamos de atividades educativas com foco nas técnicas de primeiros socorros e em categorizar as necessidades em saúde descritas pelos próprios trabalhadores assentados em suas comunidades por meio da utilização de um questionário elaborado pelos organizadores do projeto. Essa prática de pesquisa gerou relatos de demandas relacionadas a tratamento de doenças, ausência e/ou insuficiência de atenção médica e falta de acesso a medicamentos e assistência à saúde. Problemas esses que são agravados pelas longas distâncias entre a única Unidade Local de Saúde - ULS e os assentamentos.

Acreditávamos que tais necessidades poderiam estar direta ou indiretamente relacionadas à falta de conhecimento dessa população acerca de seus direitos e deveres como usuários do SUS e a uma atuação ingênua junto aos órgãos responsáveis pela atenção à saúde naquele município, evidenciando a necessidade de diálogo com os representantes dos assentamentos com o intuito de identificar a maneira na qual a participação dos assentados nos serviços de saúde local estava acontecendo. Pretendíamos estimular a prática da cidadania através da participação popular nas decisões sobre os caminhos que os serviços de saúde de cada região traçariam para atender as demandas populares.

Tendo como princípios a participação dos assentados em um movimento social que preza a formação política dos seus militantes, a obrigatoriedade do poder público em assistir e informar os cidadãos sobre seus direitos e deveres ante o SUS e o papel do profissional enfermeiro junto a essas comunidades, alguns questionamentos impulsionaram o desenvolvimento deste estudo:

- Há incentivo das lideranças do MST favorecendo a participação dos seus militantes nos conselhos de saúde?

- Como ocorre a aproximação entre os assentados e o poder local instituído?

- O poder público e a comunidade local reconhecem os assentados como cidadãos de direito no município?

- O poder público local se preocupa em incentivar a participação dos assentados na formulação e fiscalização das políticas de saúde?

- O enfermeiro, como um profissional que atua na comunidade, compreende o papel dos conselhos locais e municipais de saúde? Será que ele participa das reuniões desses conselhos?

Devemos esclarecer que não era nosso objetivo responder a todas essas questões, porém elas nortearam as nossas discussões a fim de favorecer um maior aprofundamento do tema.

A pergunta que nos propusemos a responder é: **como os trabalhadores rurais de assentamentos da reforma agrária compreendem sua participação no SUS?**

Para orientar esta pesquisa, traçamos como objetivo a análise da compreensão que os trabalhadores rurais de assentamentos da reforma agrária têm acerca de sua participação social no SUS.

3. SITUANDO O TEMA A PARTIR DA LITERATURA

A literatura na qual este trabalho se baseia mostra, de maneira conjunta e articulada, as questões históricas do trabalho rural, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, da reforma agrária no Brasil e do SUS. A partir da associação de dados da literatura objetivamos dar boa sustentabilidade teórica ao estudo.

3.1. A REFORMA AGRÁRIA NO BRASIL

A posse de terras no Brasil sempre foi uma questão complexa que inclui disputa, uso da força, favorecimento de poucos e exclusão de muitos e exemplos de coragem - exceto para os poucos que a detêm -, desde a “descoberta” do Brasil, quando a posse da terra, antes habitada por silvícolas, passa então a pertencer à coroa portuguesa. Desde esse momento histórico, a acumulação de terras por poucas pessoas é realidade no Brasil. Tal acúmulo constituiu um elemento importante para a manutenção do poder da coroa e de seu modelo econômico. Naquele período, assim como eram escassos os donos de terras, era também a atenção à saúde.

A luta por terras acontece desde a colonização do Brasil. Exemplos como a resistência dos índios Tamoios, Potiguaras e Guaranis contra os invasores portugueses os colocam como nossos precursores na luta pela posse da terra. A história dos latifúndios tem início nesse período, quando as capitânicas hereditárias formaram o primeiro e maior exemplo brasileiro de concentração de terras. Entretanto, não era tão fácil tomar posse das faixas de terras doadas pela coroa portuguesa, já que a resistência indígena se fez presente e determinou, na maioria dos casos, o abandono das terras doadas. Muitos indígenas morreram em diversos combates em defesa de sua cultura e de suas terras. Os nomes dos mártires dessas lutas não fazem parte da história oficial do país, visto que o homem branco escreve a história da forma que lhe é conveniente. Atualmente não é muito diferente, pois apesar de não serem só os indígenas a lutar por terras, e sim todo um conjunto de etnias, a violência ainda faz parte do dia a dia dessas reivindicações. Assim começou a história dos grandes latifundiários que se apossaram das terras ofertadas pela coroa portuguesa e as passaram às gerações seguintes, instituindo um problema pelo qual sofremos até os dias de hoje (FERNANDES, 2000).

Um pouco mais adiante nesse processo histórico, há a luta dos negros quilombolas em Palmares, e em muitas outras comunidades ne-

gras, em resistência à escravidão e pela posse da terra. Dentre os exemplos mais recentes estão: a fazenda de Canudos - onde a terra era para o usufruto de todos que lá viviam -, a Guerra do Contestado, o cangaço, as ligas camponesas, o Movimento dos Agricultores Sem Terra - MASTER, a União dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil - ULTAB, entre outras formas de organização de trabalhadores rurais, precursores históricos do MST, que tinham como objetivo obter e cultivar a terra e dela viver (FERNANDES, 2000).

Há também aqueles que lutam pela terra solitariamente, como no caso dos posseiros, que resistem à expropriação que os fez surgir no contexto rural brasileiro. Lutam contra os jagunços dos latifundiários capitalistas e contra os grileiros. Protagonizam momentos sangrentos dessa história junto aos demais atores que disputam a posse da terra no Brasil. Reavivam nossa memória e nos lembram da capacidade destruidora do capital, dos especuladores do capital e dos governos repressores. Em 1964, militarmente preparados, governistas repressores assumiram o comando do país de forma golpista e instituíram o Instituto Brasileiro de Reforma Agrária - IBRA, o qual nunca foi levado a cabo. A violência figura então a principal característica da luta pela terra no Brasil, desencadeada por atos de repressão tanto por parte dos latifundiários como por parte do poder público. Atualmente, a violência do capital continua massacrando os povos indígenas do norte do país. Eles foram e são expropriados de suas reservas, sendo levados ao genocídio ou etnocídio em nome da expansão de fronteiras agrícolas na Amazônia, oportunizando a acumulação de terras com financiamento do governo federal (OLIVEIRA, 2001).

As terras brasileiras continuam concentradas nas mãos de uma minoria. Segundo dados do INCRA, existem 3.114.898 de imóveis rurais cadastrados no país que ocupam uma área de 331.364.012 hectares. Desse total, os minifúndios representam 62,2% dos imóveis, ocupando 7,9% da área total. No outro extremo, verifica-se que 2,8% dos imóveis são latifúndios que ocupam 56,7% da área total. Lamentavelmente, o Brasil ostenta o deplorável título de país com a segunda maior concentração de propriedade fundiária em todo o planeta (Fórum Nacional pela Reforma Agrária e Justiça no Campo - FNRA, 2001).

Hoje em dia, à menção da questão agrária, imediatamente lembramos a participação fundamental da Comissão Pastoral da Terra - CPT, que se originou a partir da realidade de exclusão, miséria, violência e degradação de uma grande parte dos trabalhadores rurais. Tal cenário gerou o grande movimento migratório do campo para a cidade de

maneira a o inchar as cidades e, eventualmente, unir o campo e a cidade pela busca por justiça social no campo.

Lembramos também dos anos eleitorais em que os discursos e programas dos candidatos à presidência da república incluíam a reforma agrária, enchendo de esperança os brasileiros que com ela sonhavam. Programas que propunham a reforma agrária com políticas de caráter estrutural, com a implantação de um processo onde os sem-terra e os proprietários de minifúndios seriam incorporados à condição de trabalhadores autônomos. Chegou-se a estipular a meta de 800 mil famílias assentadas em quatro anos de governo. Ao fim do período eleitoral e no transcorrer dos mandatos percebíamos que novamente se tratavam de promessas eleitorais vazias. A cada período eleitoral ouvimos os mesmos discursos e muito pouco é feito (FILHO, 1997).

Tais discursos eleitoreiros não vingam na prática, pois a gestão dos eleitos está atrelada às engrenagens que movem o mundo capitalista. Atualmente, o cenário é formado por donos de terra que não são mais homens do campo, e sim homens da cidade. O grande latifundiário originado no campo perdeu espaço para o capitalista da cidade, e os grandes investidores financeiros são os donos das maiores porções de terra no Brasil. Essa aberração social e econômica gera a precariedade do trabalho no campo, assim como vem fazendo com o trabalho na cidade. O capitalismo, que tem dentre outras necessidades a modernização tecnológica da produção para baratear os custos e aumentar a lucratividade, gera a escravidão branca (OLIVEIRA, 2001).

Associado ao atual cenário de trabalho no campo, o desenvolvimento tecnológico na produção de alimentos foi introduzido com grande força nas últimas décadas no país. O uso de produtos químicos destinados a melhorar a quantidade e a qualidade dos alimentos produzidos no campo é disseminado de forma indiscriminada, sem a devida fiscalização. Em sua maioria, esses produtos químicos são produzidos por empresas estrangeiras, multinacionais, e estão sendo difundidos entre os pequenos agricultores, dentre eles os trabalhadores rurais assentados pela reforma agrária. Tais trabalhadores vêem na utilização desses produtos uma oportunidade de competir com os grandes produtores e de melhorar seus rendimentos. O uso de agrotóxicos, frutos da inovação tecnológica e por assim ser, de manuseio desconhecido para a maioria dos agricultores assentados, torna-se um grande problema ambiental, de saúde pública e para a economia nacional. Apesar dos benefícios gerados pela maior produtividade devido à utilização de agrotóxicos e fertilizantes químicos, o agricultor assentado e a população em geral sofrem com os malefícios causados por manuseio e utilização incorretos. Os

casos de intoxicação decorrentes do manuseio de tais produtos são frequentes. Por sua vez, a contaminação do solo e de mananciais aquíferos por agrotóxicos deveria gerar ações contundentes na fiscalização do comércio desses produtos pelo poder público. (CASTRO, 2008)

Mesmo com tamanha concentração de terras, os grandes investidores financeiros não são os que mais produzem alimentos no Brasil. Esse papel é dos camponeses, agricultores familiares e assentados, os quais apesar de não terem acesso à maior e melhor parte da tecnologia de produção são os responsáveis por metade da produção de alimentos no país. Tal cenário mostra uma grande contradição entre o modelo concentrador de terras e o modelo familiar de produção, evidenciando a ineficiência de um frente ao outro (OLIVEIRA, 2001).

Sendo assim, é possível observar que os camponeses ou produtores familiares não são entraves ao desenvolvimento produtivo no Brasil. Ao contrário, sem eles a segurança alimentar da nossa população ficaria ainda pior do que já é, o que constitui mais um motivo para a continuidade da luta desses camponeses pelo acesso a terra. Portanto, todos nós deveríamos apoiá-los nessa luta a fim de garantir o acesso a alimentos a nossas futuras gerações, ou então correremos o risco de ter que comer somente produtos derivados da soja e da cana de açúcar em nossas refeições diárias.

3.2. MST: HISTÓRIA, ATUALIDADE E O SUS

O símbolo do início da organização do MST foi a invasão das terras da Fazenda Macali, em 7 de setembro de 1979, no Município de Ronda Alta no Estado do Rio Grande do Sul, por 110 famílias. Esse episódio foi sucedido por outras invasões de terras em diferentes datas e locais do país. Lembrando que nesse período o país sofria com a ditadura militar, a organização social era duramente reprimida. Por isso, a participação de religiosos e de algumas entidades religiosas como a CPT e a Pastoral da Juventude - PJ tiveram importância fundamental na organização popular e na reflexão sobre a situação social na qual se encontravam os trabalhadores rurais. As entidades religiosas tinham respaldo popular e influenciavam a opinião pública quando a repressão ditatorial se fazia presente, muitas vezes forçando o recuo dos políticos que atuavam em favor dos donos das terras. A CPT foi responsável pelo fim do isolamento dos sem-terra em diversos Estados do país. Em 1982, a mesma comissão organizou encontros regionais com o intuito de preparar o primeiro encontro nacional dos sem-terra, o qual aconteceu em 1984, entre os dias 20 e 22 de janeiro, no município de Cascavel no

Paraná. Organizado pela CPT, o encontro teve a participação de diversas entidades sindicais, como a Associação Brasileira de Reforma Agrária (ABRA), a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e a Pastoral Operária de São Paulo (FERNANDES, 2000).

Em meados da década de 70, no oeste do Estado de Santa Catarina, a Diocese de Chapecó realizava um importante trabalho de organização social do qual surgiram quatro frentes de lutas: o movimento de tomada dos sindicatos das mãos dos sindicalistas cooptados pelo governo militar, o Movimento das Mulheres Agricultoras, o Movimento dos Atingidos por Barragens e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. A CPT e a PJ, sob a aprovação do bispo D. José Gomes, realizaram um trabalho de reflexão nas comunidades de base sobre a necessidade de se organizarem para se oporem aos processos de expropriação e expulsão que estavam vivendo, sempre embasados em textos bíblicos. Assim, em maio de 1980 ocorreu a primeira ocupação de terra que registrou o nascimento do MST em Santa Catarina. A invasão se deu na fazenda Burro Branco, no município de Campo Erê, com a participação de aproximadamente 350 famílias (FERNANDES, 2000.). No dia 25 de maio de 1985, 1.659 famílias ocuparam sete áreas em municípios da região oeste de SC. Nos anos subseqüentes, os sem-terra continuaram a ocupar outras áreas. Em 1990, o movimento se territorializou em três regiões do Estado (oeste, planalto e norte), conquistando 50 assentamentos com 2.030 famílias. Atualmente, segundo dados do INCRA, o Estado possui 113 assentamentos, muitos dos quais são organizados em cooperativas de produção ou de distribuição, e mais de uma dezena de acampamentos distribuídos em todo o território catarinense (BRASIL, 2009a).

Nos últimos 30 anos o MST mantém a luta pela conquista da terra. Outras lutas surgiram em decorrência do avanço, mesmo que lento, do processo de distribuição de terras no Brasil e da crescente organização do movimento.

Dentre as novas e atuais frentes de luta levantadas pelo MST está a assistência à saúde. Em seu sítio eletrônico, eles reivindicam a presença de uma política de saúde pública menos atrelada ao capital, ampliação do SUS e Estratégia Saúde da Família - ESF com atendimento médico-odontológico e de enfermagem. Apontam também para a necessidade da educação em saúde como forma de promoção de participação social. O movimento compreende que o Estado é quem deve prover e garantir o acesso aos serviços de saúde e também a ele atribui a responsabilidade de formar profissionais para atender a população. Afirmam

também que o Estado tem a responsabilidade de formar agentes populares de saúde, ingenuamente colocando em seu encargo a formação das pessoas que seriam as vozes das comunidades junto aos conselhos locais de saúde. Parece-nos improvável que qualquer governo, em seus diferentes níveis, tenha interesse em ensinar à população a exigir deles uma melhor atuação.

O Estado deve garantir acesso a atendimento médico-odontológico, e medicamentos de forma gratuita e racional a toda população necessitada. Deve combater todas as práticas que mercantilizam o atendimento à saúde da população e o transformam em mero objeto de lucro. O Estado deve organizar um processo de formação massiva, ampliando ao maior número possível a quantidade de profissionais na área de saúde, agentes populares de saúde, médicos e especialistas. (MST, 2009).

Podemos associar o exposto acima à compreensão que Minayo (2000) dá à forma como os grupos sociais vivenciam o processo saúde-doença.

As condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados. (MINAYO, 2000, p.48).

A partir do exposto, nos permitimos comentar a forma peculiar pela qual os grupos sociais participam da busca pela atenção à saúde. Delegando ao Estado a responsabilidade pela educação em saúde, o MST pode estar atuando de forma passiva. Acreditamos que apesar do texto apresentado no sítio eletrônico do movimento e, considerando a citação acima transcrita, os diferentes grupos que compõem o MST nas diferentes regiões do país devem atuar de forma específica de acordo com a realidade dos serviços de saúde locais, corroborando a validade da teoria da determinação social do processo saúde-doença por buscar uma análise integral dos fenômenos sociais e de saúde.

Infelizmente, não existem muitos relatos de pesquisas sobre as diferentes formas de atuação do MST junto aos serviços de saúde locais.

Durante a realização deste estudo não encontramos pesquisas qualitativas que tivessem a finalidade de compreender a participação social dos assentados da reforma agrária junto aos serviços de saúde pública. Muitos estudos abordam tal tema apenas de forma complementar, e não de forma mais abrangente como o presente trabalho objetiva. (SOARES 2006)

Abordar questões tão complexas em um estudo quantitativo resulta em perda do sabor local dos dilemas enfrentados no dia a dia. Mais do que isso, uma análise desse tipo não consegue abordar o conhecimento e as estratégias colocadas em prática pelos próprios assentados para enfrentar suas dificuldades na área da saúde. (SOARES 2006).

O processo de “formação massiva”, citado na página do MST na internet, esbarra em interesses políticos e econômicos, como diz o texto. A mídia teria um papel importantíssimo nesse processo educativo. Com seus meios de alcance popular, essa ferramenta poderia prestar um papel fundamental para a educação em saúde. Embora seja possível observar ações tanto da sociedade como do Estado em informar sobre questões de saúde, elas ainda não são suficientes nem efetivas. Quando vemos as críticas nos jornais impressos ou televisivos com respeito às deficiências dos serviços públicos de saúde, não observamos qualquer estímulo educativo para que o cidadão saiba dos seus direitos e deveres como usuários do SUS, e muito menos incentivo à participação popular junto aos conselhos locais de saúde.

A necessidade de uma maior quantidade de profissionais de saúde pronunciada pelo MST é coerente. Há um número insuficiente de universidades, resultando na grande guerra travada entre os nossos jovens quando em busca de uma vaga nessas instituições. Quanto à formação desses futuros profissionais, temos o favorecimento do ambiente urbano como campo de aprendizagem. São poucas e esporádicas as iniciativas de aproximar os acadêmicos do mundo rural. Geralmente, essa aproximação se dá na forma de projetos de extensão e pesquisa, e há poucas universidades na área da saúde que se localizam em regiões rurais. É comum ver estudantes oriundos das regiões rurais estudando nos grandes centros urbanos. A maioria deles, depois de formados, não retorna para suas cidades de origem, preferindo atuar nas cidades em busca de ganhos financeiros elevados.

O MST atualmente demonstra que sua luta já não é mais só pela terra, eles estão preocupados também com a manutenção dos assentados no campo. Lutam por melhores condições de produção e, conseqüentemente, por melhores condições de vida. Sabem da necessidade da formação de um maior contingente de profissionais da saúde para atuar em

área rural, e que eles sejam preparados a partir da realidade do campo, sendo capazes de dialogar com o saber popular.

3.3. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

O artigo 198 da Constituição Federal dita diretrizes para o SUS e garante a participação da comunidade. A Lei nº 8.142/90 institui os conselhos de saúde e as conferências de saúde, os quais são posteriormente reconhecidos pela Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 como instâncias do SUS na esfera nacional (Conselho Nacional de Saúde – CNS), estadual (Conselho Estadual de Saúde – CES) e municipal (Conselho Municipal de Saúde – CMS). Entre a instituição dos conselhos por lei e o reconhecimento deles como instâncias do SUS, ocorreram alguns eventos que merecem destaque. Em 1995, aconteceu o 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde em Salvador, Bahia, onde se reivindicou a formação de conselheiros de saúde (BRASIL, 2007).

Em 1999, em decorrência da demanda surgida no congresso na Bahia, foram elaboradas as “Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde”, as quais se tornaram referência para a capacitação de conselheiros de saúde no Brasil (BRASIL, 2007).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008), foi elaborada uma “agenda para a efetivação do SUS e do controle social”, cujo segundo item conclama o fortalecimento do exercício da cidadania através do controle social da sociedade, em especial na área da saúde, através de conferências e conselhos de saúde deliberativos e paritários com exigência de respeito às suas decisões. Na mesma conferência, dentre as propostas apresentadas para o fortalecimento do controle social, cita-se a necessidade de que:

- A presença de conselheiros e usuários do SUS, lideranças sociais, trabalhadores da saúde e gestores seja estimulada nos cursos de capacitação para permitir a discussão e a deliberação sobre a complexidade dos problemas do SUS, incluindo nesses esforços o tema da política pública nacional de recursos humanos para a saúde.

- A capacitação de conselheiros seja renovada pelo menos a cada dois anos, de maneira a superar as rupturas causadas pelas trocas frequentes de representantes, tornando-se ideal um programa de educação permanente integrado às atividades desenvolvidas pelos próprios conselhos de saúde (BRASIL, 2007).

- Sejam aprovadas na plenária final as recomendações à articulação entre a academia, os serviços de saúde, os Centros de Formação de

Recursos Humanos das Secretarias de Saúde e os Pólos de Educação em Saúde para disponibilizar periodicamente cursos de formação para conselheiros de saúde e usuários do SUS em geral, nos quais estejam incluídos temas considerados básicos para o entendimento do sistema e outros mais específicos relacionados ao funcionamento dos conselhos.

Foram realizadas atividades de capacitação de conselheiros estaduais e municipais entre os anos 2000 e 2004 pelo Programa Nacional de Fortalecimento do Controle Social. Esse programa de caráter nacional foi gerenciado pelo Ministério da Saúde. Ele possuía um cronograma definido e foi executado por um consórcio de quatro instituições formadoras: a Escola Nacional de Saúde Pública, a Universidade de Brasília, a Universidade Estadual de Campinas e a Universidade Federal de Minas Gerais, todas reconhecidas nacionalmente. Em setembro de 2005 o CNS deliberou a Resolução nº 354, que trata das “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS”, as quais foram objeto de discussões e contribuições por parte de conselheiros de todo o país que participaram do ciclo de Oficinas Regionais de Educação Permanente para o Controle Social do SUS. Tais contribuições, juntamente com a experiência das conferências de saúde e o referencial, deram forma à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pelo CNS em 2006. (BRASIL, 2007).

Na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) do SUS o direito à saúde está previsto, mas para se ter saúde não basta ter acesso à assistência à saúde. Ter saúde está relacionado a uma série de outros elementos que estão inter-relacionados, tais como: educação, lazer, moradia, trabalho, renda, entre outros. O Brasil abrange realidades diferentes, há os que têm acesso a todos esses elementos e há uma parte considerável que está em situação oposta, ou seja, contam com um mínimo desses direitos.

A compreensão desse quadro é complexa, constituindo uma tarefa nada simples de explicar. Podemos indagar se há, por parte das autoridades constituídas nas esferas municipal, estadual e até mesmo federal, interesse em igualar as oportunidades de acesso a esses serviços.

Há no Brasil a concepção histórica de que a saúde, quando ofertada pelo Estado, é filantropia, ou seja, destinada à população de baixa renda. Mesmo aqueles que gozam de alto grau de instrução carregam essa concepção. Sentem-se por vezes humilhados quando necessitam de assistência pública de saúde. Tal concepção afasta de seus colegiados as pessoas que poderiam estar atuando como representantes dos usuários de forma mais contundente. É possível observar dentro do SUS programas que se tornaram modelos para outros países, e eles invariavelmente

assim o são, pois têm dentre seus dependentes pessoas oriundas de classes mais abastadas da sociedade. Como exemplo, é possível citar a questão da distribuição dos medicamentos antirretrovirais (COHN 2001).

Mesmo assim, no caso de muitas comunidades, nem mesmo esses serviços citados como sendo destinados aos pobres são acessíveis a eles.

Segundo Valla, (1998):

Esta participação, se de um lado legitima a política do Estado diante da população, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública. (VALLA, 1998, p.10).

Para que tal canal seja realmente utilizado pelos trabalhadores rurais assentados, primeiro deve haver acesso ao conhecimento dos direitos e deveres dos usuários do SUS. O que se tem como participação social hoje é uma distorção ocasionada pelas desigualdades geradas historicamente no Brasil. Os detentores do conhecimento atuam nesses canais citados por Valla em nome de uma grande parcela da população. Esses, por sua vez, são atingidos por escolhas que não os atendem da forma necessária.

Outra questão impressa na citação de Valla nos leva a pensar numa participação mendicante, onde o cidadão participaria com consciência de sua situação de subalternidade perante os dirigentes. Esses últimos estariam, prioritariamente, em disputa pelo controle e destino de verbas públicas. Também cabe aí uma disputa interna entre os próprios representantes do conselho de saúde, pois eles estariam representando entidades, sejam elas do próprio governo, de empresas privadas, de classes trabalhadoras da saúde e, por último, de usuários, que poderiam estar em acordo com uma ou outra das categorias citadas.

Atualmente, os setores organizados da sociedade não trabalham com plenitude para que as demandas das classes classificadas como “subalternas” sejam atendidas. Podemos dizer que o MST é a organização civil de maior êxito no Brasil dentro do seu âmbito de luta. Porém, o movimento não participa com a mesma intensidade das demais lutas civis como saúde, educação e segurança, demonstrando fragilidade em tais aspectos, de maneira a dar oportunidade para que os conselhos de saúde sejam domínios das classes hegemônicas da sociedade. O mesmo ocorre com as demais entidades de organização civil, mesmo aquelas destinadas à defesa dos direitos dos usuários do SUS. (CORREA, 2007).

Num contexto de abandono pelo Estado, onde o “cidadão” não tem serviços públicos para serem controlados, torna-se até perverso falar em participação social como um dever do cidadão sem antes falar de seus direitos.

Quando falamos em controle social, nos referimos ao controle do povo sobre os desígnios do Estado e não o contrário. Porém, algumas populações podem estar expostas a um controle social que as submete ao poder estatal. Invertendo, dessa maneira, a noção de controle social do povo sobre o Estado.

O que Gramsci diz sobre o Estado é pertinente:

Estado é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...] (GRAMSCI, 1987, p.331).

O Estado, sob esse ponto de vista, torna-se um aparelho destinado a manter o *status quo* de uma classe social ao utilizar esse espaço para exercer controle sobre a população. Trazendo esse conceito para a realidade da atuação dos representantes dos usuários do SUS nos conselhos de saúde, podemos dizer, com embasamento em diversos autores que estudam o tema, que o citado por Gramsci pode estar ocorrendo. Os conselheiros não representam os usuários adequadamente por inúmeros fatores, sendo que grande parte deles está relacionada ao baixo nível de conhecimento legal do SUS, ao desconhecimento de seus papéis no conselho, ao uso de tais funções para favorecimento próprio, dentre outros.

A questão da dependência gerada quando a ocupação dos espaços colegiados é feita pelas classes hegemônicas da sociedade pode estar relacionada com a dificuldade encontrada pelos oprimidos em se fazer ouvir. Em alguns casos, isso pode ser classificado como uma “cultura do silêncio”, na qual as orientações dos que detêm o poder da fala são seguidas e eles dela se utilizam para manter o *status quo* de sua classe social. Os oprimidos, por sua vez, por não disporem de subsídios lingüísticos e técnicos para confrontar a fala dos que dominam esses espaços, por vezes têm a esperança e a ilusão de poderem se manifestar e se tornar sujeitos nos processos decisórios, o que os torna dependentes. (GENTILE; FRIGOTTO, 2000)

A escolha dos conselheiros se dá de forma questionável, e muitas vezes os princípios de paridade não são respeitados. Há casos em que a

paridade é respeitada, porém a capacidade e os interesses dos que são eleitos para representar os usuários são incompatíveis com as necessidades deles. Por vezes, tais sujeitos são eleitos numa manobra para servir a conveniência dos gestores ou prestadores de serviços que participam daqueles colegiados (MARTINS, 2008). São marionetes de um jogo de poder por vezes inconscientes sobre a situação em que se encontram. Não são seres autônomos, conscientes de sua realidade, são carentes de empoderamento.

A palavra empoderamento é originária da palavra inglesa *empowerment* e, ao ser traduzida para o português, assume significados diversos. Neste estudo adotamos sua tradução para o português e a compreendemos como um processo de mobilizações e práticas que objetivam promover e impulsionar indivíduos, grupos e comunidades a melhorar suas condições de vida, aumentando sua autonomia. (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Desse modo, há a necessidade de empoderamento dos participantes desses espaços por meio de ações onde a partilha justa do processo decisório seja uma conquista deles. Conquista essa alcançada por meio do conhecimento e da preparação para tal participação, prevista e ofertada a todos os que se dispuserem a tomar parte. A fim de alcançar esse ideal, há de se criar condições políticas e legais para que tal preparação seja oferecida de forma permanente. Hoje, o conhecimento e a preparação disponíveis aos que compartilham os espaços dos conselhos de saúde são, de forma geral, incipientes, pontuais e temporários. Percebe-se o despreparo dos presidentes dos conselhos, conselheiros, gestores e usuários que deles participam para propor novas estratégias, e não somente escolher entre uma ou outra opção.

Segundo Carvalho (2004):

Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, o “*empowerment* comunitário” deve buscar apoiar pessoas e coletivos na realização de suas próprias análises para que tomem as decisões que considerem corretas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade. (CARVALHO, 2004. p. 1092).

A possibilidade de que essa parcela da sociedade participe desses espaços de maneira preparada para exercer efetivamente seu papel junto aos conselhos de saúde sanaria o quadro catastrófico que o controle

social apresenta atualmente em tais ambientes, salvo raras exceções. Apesar de se tratar de uma situação inconcebível, esse é o retrato da realidade dos conselhos de saúde das cidades brasileiras, onde os recursos destinados à saúde são utilizados com a aprovação dos conselheiros sem que eles ao menos entendam o que estão aprovando. Tal realidade é incômoda não somente para os conselheiros, mas principalmente para os gestores, que não podem contar com um colegiado que seja um ponto de apoio para suas ações. O “empoderamento” seria necessário para que tanto gestores quanto conselheiros pudessem quebrar as amarras estabelecidas pelas práticas equivocadas e já rotineiras, de modo a permitir a reflexão sobre formas de trabalho em que as informações necessárias fossem claras e transmitidas em tempo hábil para que, ao invés de apenas referendarem, possam realmente fiscalizar e controlar os recursos que são destinados à saúde nos seus respectivos municípios.

Cabe então dizer que o trabalhador rural assentado, individualmente ou em grupo, poderá conquistar, com sua participação no SUS, sua autonomia. Quando então, a partir da realização de análise crítica de sua realidade no conselho de saúde, será capaz de decidir conscientemente quais são as transformações necessárias em sua realidade no que diz respeito à saúde. O processo de conscientização se dará de forma ativa, por meio de análise crítica da realidade e, a partir de então, da composição de seu próprio caminho. A possibilidade de ter consciência da realidade e dela se distanciar, reaproximando-se num movimento ativo e analítico para propor mudanças e transformações, está diretamente relacionada ao conceito de “empoderamento” adotado neste estudo. Podemos então entender que conscientização gera autonomia e, por consequência, “empoderamento”. (FREIRE, 2005).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Escolhemos as idéias de Paulo Freire para guiar teoricamente este estudo, tanto pela pertinência quanto pela aderência desse referencial teórico à realidade pesquisada e ao problema. Do mesmo modo, por sua teoria favorável à tomada de consciência contextualizada à realidade vivida pelo indivíduo. Também, por propor a transformação consciente da realidade. Uma transformação pautada necessariamente no diálogo.

4.1. PAULO FREIRE

Paulo Reglus Neves Freire, nascido em Recife, capital do Estado de Pernambuco, em 19 de setembro de 1921. Filho de Joaquim Temístocles Freire e Edeltrudes Neves Freire. Licenciado em Direito, não exerceu a profissão por questões pessoais. (GADOTTI, 1996). Em entrevista à revista Teoria e Debate, em 1992 - publicada logo após sua morte -, ele relatou que foi reconhecido Doutor em Pedagogia e Doutor Honoris Causa em vinte universidades internacionais.

Paulo Freire publicou textos e pensamentos de grande valor tanto para a educação brasileira quanto para a mundial. Seus livros são: Educação como prática da liberdade; Pedagogia do oprimido; Extensão ou comunicação?; Ação cultural para a liberdade; Educação e mudança; Cartas a Guiné-Bissau; Conscientização: teoria e prática da libertação; A importância do ato de ler; Política e educação; A educação na cidade; Pedagogia da esperança - um reencontro com a pedagogia do oprimido; Professora sim, tia não: cartas a quem ousa ensinar; Cartas a Cristina; e À Sombra desta mangueira (FREIRE, 1979).

Os livros escritos com outros educadores são: Paulo Freire ao vivo, em parceria com professores e alunos da Faculdade de Ciências e Letras de Sorocaba; Por uma pedagogia da pergunta, em parceria com Antonio Faundez; Essa escola chamada vida, com Frei Betto; Medo e ousadia: o cotidiano do professor, com Ira Shor; Pedagogia: diálogo e conflito, com Moacir Gadotti e Sérgio Guimarães; Sobre educação, Vols. I e II; Aprendendo com a própria história Vol. I, com Sergio Guimarães; Que fazer: teoria e prática em educação popular, com Adriano Nogueira; e Alfabetização: leitura do mundo, leitura da palavra, com Donaldo Macedo. (FREIRE, 1979).

Esses livros estão publicados no Brasil em português, mas há versões em diversas línguas pelo mundo. O livro intitulado *A Pedagogia do oprimido*, traduzido para mais de vinte idiomas, foi a obra de Freire mais traduzida. Seu trabalho tem papel fundamental na luta de inúmeros

educadores em todo o mundo, e se tornou praticamente um projeto coletivo em busca de um mundo mais justo e solidário.

Geograficamente, sua influencia é sentida mais na América Latina, por onde Freire caminhou em sua peregrinação profissional. É importante lembrar que não foi por vontade própria que ele deixou o Brasil, mas por necessidade de manter a si e sua família longe da perseguição política.

Freire se dedicou a pensar o ensinar-aprender, a práxis do educador. Com esse norte, ele pôde imprimir em seus escritos todo seu entusiasmo em transformar o mundo em um lugar “amoroso”, bom para viver. O rigor do método sem dispensar a subjetividade é um de seus legados para o mundo acadêmico. Seus escritos apontam a necessidade de transformar a realidade que exclui e subjuga a maioria dos seres humanos.

O autor sofreu perseguições das mais diversas, sempre por pessoas ou grupos que o enxergavam como uma ameaça à sua classe, ou ainda por aqueles que, como oprimidos, temiam assumir tal condição. Freire optou por colaborar com a transformação epistemológica do mundo acadêmico. Num pensar rico em esperança, onde o fatalismo é expurgado pelo pensar crítico.

4.2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DE PAULO FREIRE

De acordo com Freire, o despertar para a mudança surge através da **problematização** dos temas que fazem parte da realidade na qual o ser humano está inserido. Ele propõe o **diálogo** como maneira de realmente existirmos como seres humanos, pois assim no diferenciamos dos animais.

Os seres humanos tratados neste estudo são trabalhadores rurais assentados oriundos da exclusão social que assola nosso país. O diálogo para esses trabalhadores é a ferramenta que os levará ao “empoderamento” e, conseqüentemente, que os levará a exercer uma participação social mais efetiva, verdadeira. Quanto mais dialógicos, mais cientes da necessidade de transformação de sua realidade. Quanto mais cientes disso, mais consciência eles terão em sua atuação frente à necessidade dessa transformação. E assim, sua participação social será distinta daquela que é realidade hoje. (FREIRE, 2005)

Podemos fazer uma leitura mais específica do preceito do diálogo de Freire, colocando-o como um momento de valor científico e transformador, tanto para o pesquisador quanto para o participante. O momento investigativo pode ser pedagógico também, caso seja um momento de aprofundamento crítico da realidade. Para isso, o pesquisador deve

estar comprometido com a comunidade e respeitar o saber popular. (FREIRE, 2005)

O autor vislumbra a **liberdade** do ser humano quando ele se propõe ao ato da reflexão de sua prática cotidiana. Prática exercida por seres políticos, conscientes de sua existência e em relação íntima com a realidade. Ação-reflexão-ação é o termo do movimento dialético da práxis, pressupondo a ação embasada em um saber e fazer reflexivo que se traduz numa nova ação.

Enquanto na teoria antidialógica, as massas são objetos sobre quem incide a ação da conquista, na teoria da ação dialógica são sujeitos também a quem cabe conquistar o mundo. Se no primeiro caso, cada vez mais se alienam, no segundo, transformam o mundo para a liberdade dos homens. (FREIRE, 2005 p. 97).

Assim, a ação libertadora de Freire nos é bem-vinda, pois aponta a capacidade do agricultor assentado em compreender a sua condição como ser inacabado, em constante transformação, a qual é resultante de um processo crítico de conscientização.

No conjunto de sua obra, a **conscientização** é compreendida como a capacidade de refletir criticamente sobre a realidade. A conscientização é proposta como uma forma de aproximação dos seres humanos à preparação para a ação contra a sua desumanização. Para tanto, o indivíduo precisa admirar a realidade de forma distanciada, para então voltar a ela e se inserir novamente, assim transformando-a. Esse ato então será a sua práxis. (FREIRE, 2005).

O ir e vir gerado pela ação-reflexão-ação gera no ser humano a possibilidade de vivenciar a sua experiência de uma forma mais intensa no sentido de que tal vivencia não se dá ingenuamente. Ela se concretiza em uma ação que é analisada criticamente, e essa análise volta a ser ação, porém já não mais como a que antes se deu, e sim como uma ação mais consciente. Do mesmo modo, quando o ser humano faz uma análise a qual também sofre críticas, esse indivíduo demonstra consciência sobre o que está vivenciando.

A conscientização é mais do que saber o que se passa ao seu redor, é, acima de tudo, um processo histórico, um ato de responder aos desafios que lhe apresenta seu contexto de vida. O homem se cria e se realiza como sujeito, e dele são exigidos reflexão, crítica, invenção, eleição, decisão, organização, ação. Tudo isso contribui para a constru-

ção da consciência pessoal e faz do indivíduo um ser não somente adaptado à realidade e aos outros, mas também integrado e com a possibilidade de escolher não agir ou pensar num formato pré-determinado. É isso o que Freire entende por conscientização, o homem se descobrindo. A luta para descobrir a si próprio, interrogando-se e buscando respostas aos seus desejos e observações (FREIRE, 1979).

A proposta emancipatória de Freire está em sintonia com as necessidades apresentadas pela comunidade rural de Rio Negrinho e com o preceito de participação social no SUS. Dá aos seres, homens e mulheres, o papel de sujeitos no processo de busca de melhoria na qualidade de viver a vida, oportunizando o exercício da cidadania numa tomada da realidade com consciência individual e coletiva. Como disse Freire: *“ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”* (FREIRE, 2005, p. 45). O convívio dialógico entre pesquisador e trabalhador rural predispõe o exercício da cidadania por meio da busca do respeito aos direitos individuais e da comunidade.

O diálogo surge como ferramenta para se compreender a cultura dos indivíduos e da comunidade, e almeja alcançar a participação, a conscientização e a transformação numa prática crítica, criadora de conceitos e ações favoráveis à manutenção da vida não só dos seres humanos, mas de todas as formas de vida que compartilham o nosso planeta.

A participação social, seja ingênua ou crítica, cumpre objetivos ocultos na pretensa ingenuidade ou expostos na práxis. Freire demonstra que mesmo a ação despretensiosa, ingênua, carrega em si uma práxis, a qual pode ser utilizada para a reprodução da força hegemônica ou da força contra-hegemônica. Como seres condicionados, aprendemos com a nossa história e isso nos dá a alternativa de transformar a nossa realidade e de ir além do que já vivemos e sabemos. A educação que Freire pronuncia é cheia de possibilidades de mudança e de amor ao próximo. Sendo a mudança condicionada à ação política, e embasada no diálogo (FREIRE, 2001; 2005)

Freire pondera sobre a nossa capacidade de refletir sobre os nossos condicionamentos, assim, ao realizá-los, já não mais o fazemos ingenuamente dessa maneira nos tornando sujeitos do processo histórico. Esse agir, pensar e voltar a agir nos torna responsáveis por nossas escolhas, e isso nos tornará mais competentes para a transformação da realidade (FREIRE, 2005).

Somos seres políticos, e o discurso que se diz progressista, mas se mantém autoritário, deve ser recusado. A educação em Freire, além de ser um ato político, não neutro, de linha contra-hegemônica, reivindica ao cidadão a libertação da opressão, a assunção de seus deveres e o efe-

tivo gozo dos seus direitos. Por ser um ato político, essa educação deve ser antecedida por conscientização, a qual se dará por meio da apreensão da realidade em momentos de diálogo e observação que antecedem ou acontecem simultaneamente ao ato de aprender. O “empoderamento”, a emancipação, a participação, a reflexão-ação-reflexão e o diálogo fazem parte do pensar freireano (FREIRE, 2005).

O cidadão, para assim o ser plenamente, deve estar em equidade com os demais. Para Freire, cidadão significa "indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado" e cidadania "tem que ver com a condição de cidadão, quer dizer, com o uso dos direitos e o direito de ter deveres de cidadão" (FREIRE, 1992 p. 23.). As minorias que assim se consideram, como é o caso dos que lutam pela posse da terra, devem atentar para o que diz Freire (1992):

As chamadas minorias, por exemplo, precisam reconhecer que, no fundo, elas são a maioria. O caminho para assumir-se como maioria está em trabalhar as semelhanças entre si e não só as diferenças e assim criar a unidade na diversidade, fora da qual não vejo como aperfeiçoar-se e até como construir-se uma democracia substantiva, radical (FREIRE, 1992 p. 52).

Dessa maneira, não serão mais excluídos. Mesmo que o poder hegemônico atual os tenha excluído e os queira como tal, em união não o serão. A partir do momento em que se constrói tal consciência de unidade na diversidade, tornam-se então cidadãos no gozo total de seus direitos e deveres.

Para Freire, a cidadania é uma invenção coletiva, uma forma de ver o mundo. Essa invenção coletiva, por assim ser, deve ser de posse de todos em comunhão com a diversidade, pois para ele:

O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros. [...] É nesse sentido também que a dialogicidade verdadeira, em que os sujeitos dialógicos aprendem e crescem na diferença, sobretudo no respeito a ela, é a forma de estar sendo coerentemente exigida por seres que, inacabados, assumindo-se como tais, tornam-se radicalmente éticos. É preciso deixar claro que a transgressão da ética jamais pode ser vista como virtude, mas sim como ruptura com a decência. O

que quero dizer é o seguinte: que alguém se torne machista, racista, classista, sei lá o quê, mas que se assuma como transgressor da natureza humana. Não me venha com justificativas genéticas, sociológicas, históricas ou filosóficas para explicar a superioridade da brancura sobre a negritude, dos homens sobre as mulheres, dos patrões sobre os empregados. Qualquer discriminação é imoral e lutar contra ela é um dever por mais que se reconheça a força dos condicionamentos a enfrentar. (Freire, 1996, p. 55).

Para Freire (1996), a atitude de ser perante a vida vem associada a:

Assumir-se como um ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva por ser capaz de amar. Assumir-se como sujeito por ser capaz de se reconhecer como objeto. A assunção de nós mesmos não significa a exclusão dos outros. É a 'outredade' do 'não eu' ou do 'tu', que me faz assumir a radicalidade do meu 'eu'. (FREIRE, 1996, p. 18.).

Não abrindo possibilidades para o pensamento retrógrado embasado em preconceitos históricos e em ideais hegemônicos discriminatórios, Freire traz a contribuição de suas idéias repletas de ética, coragem e respeito ao próximo.

4.3. MEUS PRESSUPOSTOS

Para guiar este estudo, adotamos os seguintes pressupostos:

- a) O trabalhador rural é capaz e está disposto a aprender e apreender informações que subsidiem sua ação junto aos conselhos de saúde;
- b) A organização de uma comunidade em prol de melhorias na sua qualidade de vida está diretamente relacionada ao acesso a informações em saúde.
- c) A educação, entendida como um ato político, ao empoderar seus participantes, poderá potencializar a transformação consciente da realidade.

4.4. MARCO CONCEITUAL

Para Trentini e Dias (1994, p.9), o marco conceitual é: “[...] *um conjunto de conceitos definidos e inter-relacionados formando uma estrutura abstrata e tendo como característica principal a coerência intra e entre suas partes, formando uma totalidade.*”

Escolhemos os seguintes conceitos para apoiar o nosso trabalho: saúde-doença, ser humano, enfermagem, diálogo, educação em saúde, participação social, meio ambiente e “empoderamento”.

4.4.1 Saúde-doença

Saúde é uma interligação complexa de elementos objetivos e subjetivos que assume valores diferenciados conforme as características sociais do grupo populacional analisado e a experiência individual de cada ser. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), saúde é: “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*”. A idéia de “completo bem-estar” nos remete à tipologia da “perfeição”, meta estipulada por alguns que buscam alcançá-la permanentemente, o que não é diferente em relação à saúde. A busca empreendida em alcançar a meta de “completo bem-estar” é fundamentalmente movida pelo sentimento de “mal-estar”, seja ele físico, mental ou social. Esse fato nos leva a concluir que ao conceituar saúde, devemos estar atentos às questões individuais do ser em associação às questões coletivas e sociais. Nesse sentido, acreditamos que o conceito descrito no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde é mais fiel à realidade dos trabalhadores por definir a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse da terra e acesso a ela e a serviços de saúde. Constituindo então o resultado das diferentes formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida.

4.4.2 Ser humano

Para Freire (1987), seres humanos são:

[...] seres históricos, seres que estão sendo, seres inacabados, inconclusos, e com uma realidade que, sendo histórica, também é igualmente inacabada. Diferem dos outros animais por se saberem

inacabados, por terem a consciência de sua inconclusão. (FREIRE, 1987, p.72-73).

Briceño-León (1996) crê que o ser humano seja um indivíduo dotado de crenças, valores, conhecimentos, hábitos e papéis que vive em determinadas circunstâncias que, juntas, contribuirão para determinado tipo de comportamento desse indivíduo frente às situações da vida, levando-o à ação (participação) ou não-ação, num meio ecológico definido.

Voltando ao pensamento de Freire:

São homens e mulheres, seres existenciais concretos, históricos, mutáveis, diversos, finitos e limitados, mas conscientes de que vivem em e com uma realidade, também inacabada. O ser humano está em permanente busca, indagador e curioso acerca de si, do mundo e dos outros, porque é histórico e preocupado sempre com o amanhã. (FREIRE, 1998. p. 81)

O homem crítico, não sendo um ser estático, é capaz de modificar a realidade através da ação-reflexão-ação, sendo que: “[...] *se o momento já é o da ação, esta se fará autêntica práxis se o saber dela resultante se faz objeto da reflexão crítica.*” (FREIRE, 2001. p. 52-53).

O ser humano aqui destacado é o trabalhador rural residente nos assentamentos do INCRA do município de Rio Negrinho. Como tal, um indivíduo predisposto a ser consciente de sua realidade, tornando-se assim um agente transformador do ambiente no qual está inserido. Trata-se de pessoas potencialmente propícias a atuar como mediadores na promoção da emancipação dos outros e, assim atuando, promovem constante transformação de suas consciências. (FREIRE, 2005).

4.4.3 Enfermagem

Para Lima (1993), a enfermagem é uma:

Ciência humana de pessoas e experiências com um campo de conhecimentos e fundamentações práticas, que abrangem do estado de saúde ao estado de doença, mediadas por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e poéticas de cuidar de seres humanos. (LIMA, 1993. p. 21).

A enfermagem é possuidora de um poder fascinante de mobilização coletiva e individual, e atua de forma transformadora através da práxis no cotidiano do ser humano de maneira a possibilitar o entrelaçamento entre o conhecimento popular e o científico, mantendo um constante diálogo entre os diferentes.

4.4.4 Diálogo

Trata-se de uma forma de estabelecer comunicação, de perceber sentimentos e fatos vivenciados, de entender e de se fazer entender. Mais do que uma maneira de expressão, é uma atitude perante a vida. É uma das formas de desvendar o desconhecido, um veículo para participar do mundo e para poder formular sua própria visão de mundo. É um momento de compartilhamento de idéias, propostas, reflexões e ações num pensar crítico em prol da emancipação dos sujeitos caracterizado pela interação entre dois ou mais seres humanos cientes ou em desvelamento de seu entorno em um determinado contexto histórico. No diálogo, as perspectivas da realidade podem estar em comunhão ou não entre os participantes.

Freire (2001) destaca que:

Pronunciando o mundo os homens o transformam; o diálogo se impõe como o caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. [...] é uma exigência existencial. (FREIRE, 2001. p. 79).

O diálogo então é um requisito para estar em condições de se dizer vivo, de se sentir como tal e de poder entender a existência do outro, criando assim uma relação de confiança a partir do entendimento gerado por ele. Pois, segundo Freire (2001, p.79): “[...] a fé nos homens é um dado a priori do diálogo, a confiança se instaura com ele. A confiança vai fazendo os sujeitos dialógicos cada vez mais companheiros na pronúncia do mundo”.

O diálogo é uma condição essencial para a construção da cidadania que requer atitudes de abertura, compartilhamento e troca de experiências, vivências, sentimentos e pensamentos (REIBNITZ, PRADO, 2003).

O diálogo se faz não só na pronúncia da palavra, mas também no silêncio. Devemos ter em conta que o silêncio faz parte de uma cultura opressiva que vem assolando a classe popular em nosso país há algum tempo. Como Freire cita em diálogo com Gadotti e Guimarães:

Se o povo brasileiro, se as classes populares têm sido proibidas de falar, se a experiência histórica desse país é a do silêncio dessas classes, acho que é exatamente “gritando” que elas vão obter o direito de falar. (FREIRE, 1995. p.96)

Hoje ainda vivemos essa “cultura do silêncio”, na qual o “gritar” nem sempre é expresso com palavras e pode ser desvelado em um movimento silente. Devemos então estar atentos para tal possibilidade no diálogo.

4.4.5 Educação popular em saúde

A educação em saúde no Brasil sofre há muito tempo de falta de humildade. Humildade para ouvir o saber do outro, no caso dos usuários dos serviços de saúde. Aprendemos assim por décadas. Não somos totalmente culpados, afinal recebemos esse legado em nossa formação. Felizmente, temos avançado de forma consistente em direção à mudança de atitude frente ao conhecimento popular. Porém, reconhecemos que apesar de estarmos envolvidos pelas falas dos mais diversos profissionais da saúde que privilegiam o diálogo entre o usuário e o profissional, a prática ainda grita a herança do absolutismo do saber científico, onde o saber popular é descartado e massacrado pelo saber técnico-científico. Podemos comprovar isso ao observarmos o conteúdo de algumas propagandas espalhadas pelos corredores dos serviços de saúde, as quais ensinam a população sobre hábitos saudáveis de saúde. Por vezes, são cartazes oriundos de uma realidade social totalmente distinta da realidade da população que frequenta aquele serviço.

Acreditamos que a educação em saúde possa quebrar o absolutismo do saber técnico-científico e promover um ambiente mais plural, onde pessoas de classes econômicas, níveis formais de educação e experiências de vida distintas possam trocar saberes e, assim, conhecerem as diferentes realidades e conhecimentos ali presentes. Desse modo, possibilita-se a aproximação benéfica do saber científico e da lógica dos serviços de saúde ao dito “saber leigo” da população. (Brandão, 1985).

Entendemos a educação em saúde como um meio de, a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global dos serviços, tentar entender e difundir a lógica, o conhecimento e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos nesses processos, de forma a superar as incompreensões e os mal-entendidos ou, ainda, como uma maneira de tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse. Trata-se de um instrumento de ação-reflexão-ação para uma saúde integral e adequada à melhoria da qualidade de vida da população.

4.4.6 Participação social

A participação social deriva de uma concepção de cidadania ativa. Ou seja, através da participação, é possível construir a cidadania e fortalecer os direitos sociais. A participação social pode ser compreendida como a possibilidade para que cidadãos, em distintas situações sociais, influenciem todo o processo que envolve a criação e a fiscalização das políticas públicas nas mais diversas áreas que envolvem os serviços públicos. (VALLA, 1998)

A participação social deve ser regida pelo entendimento de que todos devem ter conhecimento prévio das regras às quais serão submetidos nos espaços públicos. Além da necessidade de conhecimento prévio, a participação em si também é essencial, pois o cidadão que utiliza os espaços colegiados do Estado pode influenciar em diferentes níveis a formulação das regras adotadas às quais ele será submetido na sua vida em sociedade. (MILANI, 2008)

Há um emaranhado de interesses na participação social, o que resulta em relações humanas conflituosas. Os interesses individuais e corporativos estão em jogo nos espaços colegiados. Os diversos atores que compõem tais espaços representam e manipulam os interesses que ali se apresentam. A capacidade de discernir dos representantes e a consciência de seus papéis perante os cidadãos serão mais social ou mais individual de acordo com suas ideologias políticas e de sociedade. Nesses espaços, o cidadão é posto em uma situação limítrofe de inclusão ou exclusão do processo democrático, o que pode ser um fator limitante e desestimulador aos que os freqüentam.

4.4.7 Meio ambiente

Trata-se do palco no qual ocorrem todas as interações e transações, onde o ser humano está inserido e no qual interage dinamicamente

através de um processo histórico e cultural. Por meio da interação do homem com o meio ambiente, ocorre a transformação através da prática e das ações, de maneira a ocasionar influência na formação, no desenvolvimento e no andamento um do outro.

O meio ambiente é caracterizado pelas condições materiais reais em que vivem os indivíduos e onde ocorrem as suas ações ou não-ações. Essas condições podem ser da própria pessoa, da família, da comunidade ou da sociedade em que se encontram. A maioria das ações humanas ocorre em três microambientes. Em primeiro lugar a moradia, o microambiente central onde vive a família e onde se passa a maior parte do dia. Em segundo lugar, os serviços dos quais dispõe a moradia e seus arredores. E, por último, o local de trabalho desses indivíduos. (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Nesse estudo, o ambiente é caracterizado por um espaço conquistado por meio da mobilização popular, da participação social e da luta política: o espaço rural, a terra. Um meio no qual estão em disputa diferentes formas de compreender o mundo e onde a questão econômica se faz presente em contrastes profundos. Lugares em que as barreiras geográficas, por vezes, podem colocar à prova a manutenção da vida e onde as diferenças são pronunciadas para alimentar o preconceito e a exclusão.

4.4.8 Empoderamento

Apresentamos esse conceito estando cientes da variedade de interpretações que lhe é atribuído. Consultamos, para este estudo, a definição que o Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa (AULETE, 1968) dá ao termo: “*obtenção, alargamento ou reforço de poder*”. Considerando que a palavra ‘poder’ pode ter variações em seu significado, incluímos a definição de Poulantzas (1970), que, a partir de Marx e Lênin e da teoria da luta de classes, chama de poder a capacidade de uma determinada classe social de realizar seus interesses e objetivos específicos. Podemos então entender o termo “empoderamento” como a obtenção, o alargamento ou o reforço da capacidade do ser humano em alcançar seus objetivos específicos individualmente ou coletivamente.

Essa definição pode ser então trazida para a realidade na qual este estudo foi realizado, onde a necessidade de estimular o “empoderamento” e a vontade de empoderar-se se colocam em comunhão para alcançar as demandas individuais e coletivas relacionadas à qualidade de vida dos trabalhadores rurais.

Diagrama 1: Marco conceitual da participação social no contexto do trabalhador rural



Fonte: elaboração e diagramação do autor a partir das idéias de Freire (2005).

A participação social no SUS por aqueles que vivem em áreas rurais está indissociavelmente atrelada à educação popular em saúde. Isso se dá devido ao fato de que o meio ambiente no qual o trabalhador rural vive é por vezes agressivo e limitante no que diz respeito ao acesso a informações relevantes para a melhoria de sua qualidade de vida. Sendo necessário lembrar que, para que a ocorrência da participação desses indivíduos seja autêntica, ela necessariamente deve estar cerceada pelo diálogo.

Todos os seres humanos que compartilham daquele determinado espaço, sejam eles profissionais da saúde, gestores ou usuários, devem estar despertos para a necessidade de diálogo sobre suas realidades, de modo a problematizá-las a fim de, num ato de reflexão-ação-reflexão, empoderarem-se. Tais momentos de educação popular em saúde devem ser propriedade de todos, quando o compartilhamento e a disponibilidade dos participantes sejam elementos fundamentais para que sejam dados por completo.

Em um ambiente onde o processo saúde-doença tem uma dinâmica com diferentes características daquelas do espaço urbano é necessário uma participação que esteja sintonizada com as necessidades da região. Por isso, o profissional de saúde deve estar atento para que o seu discurso esteja inserido no contexto. Para tanto, é necessário que a formação deles contenha essa vivência para que a atuação do futuro profissional esteja de acordo com as necessidades daquela realidade. O profissional de saúde que tenha em sua formação a vivência de momentos de educação popular em saúde terá uma boa inserção na participação social e no incentivo da participação dos usuários.

5. O PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta a trajetória metodológica que percorremos para responder à questão da pesquisa.

5.1. CONTEXTUALIZANDO A PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em um município situado na região Nordeste do Estado de Santa Catarina no Brasil. Distante 264 km de Florianópolis, Capital do Estado de Santa Catarina, está situada a uma altitude de 790 metros acima do nível do mar. Sua população era de 42.144 habitantes em 2007 segundo contagem feita pelo IBGE. A cidade possui uma área de 908,391 km² e sua economia é baseada em atividades agroflorestais que visam a produção moveleira, na criação de bovinos, suínos, caprinos e aves e na agricultura com o cultivo de milho, soja, feijão e fumo, o qual representa a base da agricultura na região.

A região rural do município possui ao todo sete assentamentos do INCRA onde estão cadastradas, até o presente momento, de 148 famílias, sendo excluídas desse total as famílias agregadas àquelas inscritas. A maioria das casas é construída de madeira e têm entre três ou quatro cômodos distribuídos entre banheiro, cozinha e quartos. Há ainda casas com banheiro externo, com paredes de lona plástica e sem energia elétrica. A maioria utiliza o fogão à lenha e a água é captada e drenada por bombas d'água comunitárias em rios e riachos próximos aos assentamentos.

Esses assentamentos estão na área de abrangência de uma ULS, cuja equipe é composta por 1 enfermeiro, 1 médico, 2 técnicos em enfermagem e 3 agentes comunitários de saúde, não constituindo portanto uma equipe de Estratégia Saúde da Família. O conselho local de saúde, segundo relatos, não existe e nunca existiu. A mobilização e organização pelos assentados se dão quando eles se reúnem para discutir um problema e se organizam para reivindicar a solução. A participação social em espaços legalmente constituídos não acontece, ela ocorre somente em reuniões esporádicas, sempre com um objetivo pontual.

O Conselho Municipal de Saúde existe e realiza suas reuniões periodicamente, porém a distância e a dificuldade em conseguir transporte são fatores limitantes à participação dos assentados. A composição do quadro de delegados no conselho municipal segue o disposto em lei. Já a representatividade dos munícipes segue o padrão da maioria dos conselhos brasileiros, ou seja, se dá de forma desigual devido à dificuldade de deslocamento de uma parcela considerável da

população. Quanto à qualidade da representatividade, acreditamos não ser possível descrevê-la e analisá-la neste estudo, pois fugiríamos do tema proposto.

A região do Norte catarinense, apesar de alocar cidades onde o processo de industrialização é intenso, como nas cidades de Joinville e Jaraguá do Sul, possui os menores Índices de Desenvolvimento Humano do Estado de Santa Catarina.

5.2. APRESENTANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes desta pesquisa são trabalhadores rurais assentados pelo INCRA. A participação majoritária é de mulheres adultas, mães, com pouco tempo de escolarização e de alguns militantes do MST. Todos foram convidados pessoalmente por meio de visita domiciliar. A expectativa de participação era de aproximadamente 12 representantes de assentamentos, porém conseguimos que 8 trabalhadores rurais tomassem parte nesta pesquisa. Desses participantes, um é do sexo masculino e sete do sexo feminino, todos com idade entre 19 e 50 anos. Os nomes dos participantes foram trocados pela letra A seguidos de um número de maneira a diferenciá-los, objetivando o sigilo das suas identidades.

5.3. O DELINEAMENTO DO ESTUDO

A pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratória, utilizando como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e o diário de campo. Como método analítico dos dados obtidos, utilizamos a análise temática de Minayo (2000). A entrevista semi-estruturada contou com um grupo de temas-guia que possibilitou dar objetividade ao diálogo com os participantes.

A pesquisa qualitativa se preocupa em compreender as diferentes formas de construção de uma realidade e as representações das experiências vivenciadas pelos indivíduos que as constroem. A interpretação do fenômeno atribuindo-lhe significados é parte integrante do processo de conhecimento, tanto do sujeito pesquisador como dos atores entrevistados. É favorável adotar a abordagem investigativa por sua melhor adequação à necessidade de compreensão que este estudo requer e a por ela constituir a melhor forma de extrair da realidade uma maneira adequada de entender a questão norteadora do estudo. (MINAYO, 2000)

5.4. ESTRATÉGIA PARA A COLETA E REGISTRO DOS DADOS

As técnicas que compuseram a estratégia de coleta de dados deste estudo foram a entrevista semi-estruturada e o diário de campo. A entrevista semi-estruturada contou com um conjunto de temas-guia elaborados a partir dos pressupostos deste estudo e da vivência anterior do pesquisador junto aos trabalhadores rurais assentados daquela localidade. Os temas-guia foram: a compreensão do trabalhador rural de seus direitos e deveres no SUS; a compreensão do trabalhador rural sobre a ação do enfermeiro no incentivo à participação social no SUS; a compreensão do trabalhador rural sobre a preocupação do poder público local em incentivar a participação desses indivíduos na formulação e na fiscalização das políticas em saúde; e o significado e a importância da participação social no SUS para o trabalhador rural. A população entrevistada deu suporte ao diálogo, objetivando uma melhor compreensão e o enriquecimento dos dados coletados.

Durante as entrevistas observamos a necessidade de incluir a seguinte questão introdutória e provocadora: quando alguém da sua família fica doente, como é que você faz? Essa foi a pergunta geradora que possibilitou um início de conversa com os entrevistados. Os trabalhadores rurais em questão puderam então refazer e reviver em suas memórias os episódios nos quais necessitaram de atenção em saúde e os sentimentos e reflexões provenientes de tais momentos. Além disso, tal questão trouxe uma aproximação maior entre o entrevistador e os entrevistados e, assim, possibilitou o aprofundamento nos diálogos. A maioria das entrevistas foi realizada na cozinha das casas dos participantes, trazendo assim um clima de proximidade. Antes do início das entrevistas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era oferecido e a intenção do projeto de pesquisa era explicada aos entrevistados, assim como o direito deles em não participar. O sigilo absoluto dos nomes dos entrevistados também era garantido. As entrevistas duraram entre 20 e 30 minutos.

O registro dos dados observados e coletados foi realizado por meio de gravação digital de áudio e em um diário de campo, onde foram registrados os dados descritivos, os dados observados e as reflexões que surgiram durante o período em campo. Os dados descritivos continham informações sobre a estrutura das residências e seu entorno, como localização, infra-estrutura e condições para o cultivo. Também foram registrados: a forma como fomos recebidos pelos entrevistados, as suas reações frente aos temas abordados e durante as suas argumentações. Nas reflexões estão as nossas percepções, problematizações e considerações

frente ao que foi descrito e observado no período das visitas domiciliares. Associações com fatores ambientais, políticos e legais vividos durante a realização da pesquisa foram feitas.

A intenção de realização de um diálogo coletivo com os trabalhadores rurais não se concretizou. Devido aos inúmeros dias de chuva que marcaram o semestre em que a pesquisa foi realizada naquela região do Estado, à falta de condições em conseguir transporte para os participantes e à impossibilidade de alguns participarem de tal momento, decidimos abandonar a idéia do diálogo coletivo como estratégia metodológica desta pesquisa. Contudo, essa atividade terá continuidade ao longo do ano de 2010 visando à importância da devolução dos dados ao grupo. Isso acontecerá no momento em que seja possível reuni-los. A intenção de tal estratégia era a de realizar a apresentação dos dados surgidos nas entrevistas e aprofundar as discussões sobre aqueles que eles escolhessem. O objetivo geral foi empoderá-los via reflexão sobre as condições atuais das suas participações no SUS.

5.5. ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados por meio das entrevistas semi-estruturadas e das observações realizadas e registradas em diário de campo sobre a compreensão dos trabalhadores rurais sobre sua participação social no SUS foi estruturada por meio da utilização da “Análise Temática” apresentada por Minayo (2000).

Para Minayo (2004, p. 208), “*a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo*”.

A análise dos dados por meio da técnica de análise temática, como apresentado por Minayo (2000), inclui:

1º) *Pré-análise* – iniciada com a *leitura flutuante* do conjunto das comunicações, tem como propósito tomar contato exaustivo com o material se deixando impregnar por seu conteúdo e; *constituição do corpus*, representada pela seleção e organização dos dados de forma a responder a algumas normas de validade como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência. Nessa fase pré-analítica, determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise. (MINAYO, 2000)

Neste estudo, a impressão do material resultante das entrevistas foi realizada e a posterior leitura exaustiva deles. As unidades de registro foram recortadas, dispostas em forma de colagem em papel craft e penduradas em uma parede formando um mural, de modo a facilitar a exploração do material.

2º) *Exploração do material* – esta etapa consiste essencialmente na operação de codificação, que, por meio dos dados brutos, busca alcançar o núcleo da compreensão do texto. Segundo Minayo (2000), a análise temática trabalha a fase inicialmente pelo recorte do texto em unidades de registro, as quais podem ser uma palavra ou frase estabelecida na pré-análise; posteriormente, escolhem-se regras de contagem, uma vez que, por meio desta técnica, é possível construir índices que permitem alguma forma de quantificação; e, por último, realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que auxiliarão na especificação dos temas.

3º) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação* – é o momento onde se classificam os dados pela sua significância e validade. Ocorre então a interpretação dos dados obtidos, já categorizados, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa. Tal momento privilegia a expressão dos conteúdos manifestos e latentes, tendo em vista a compreensão dos seus significados.

Neste momento, depois de processadas todas as fases, as subcategorias que emergiram foram norteadas por quatro (04) categorias: 1ª Categoria - O conhecimento do trabalhador rural de seus direitos e deveres ante o SUS; 2ª Categoria - A percepção do trabalhador rural sobre o enfermeiro e sua ação no incentivo à participação social no SUS; 3ª Categoria - A preocupação do poder público local em incentivar a participação dos assentados na formulação e fiscalização das políticas de saúde; e 4ª Categoria – O significado e a importância da participação social no SUS para o trabalhador rural;

5.6. ASPECTOS ÉTICOS

Para garantir os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS) guiaram o desenvolvimento deste estudo. Ele foi cadastrado no SISNEP sob o número FR - 255364, submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 084/09 e aprovado na reunião do referido comitê no dia 25 de maio de 2009 (Anexo 1). Os Trabalhadores Rurais

foram convidados a participar espontaneamente, sendo que a sua recusa não implicou em prejuízos pessoais ou em forma nenhuma de constrangimento para os mesmos, bem como foi assegurada a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento. Para garantir o anonimato dos participantes foi adotado o uso de códigos para identificação dos entrevistados: as letras TR (Trabalhadores Rurais) seguidas por numeração em algarismos romanos indicando o total de entrevistados.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Iniciamos agora a análise e discussão dos dados coletados. As categorias e suas subcategorias, bem como as reflexões resultantes da análise dos dados que as originaram serão apresentadas

6.1. CATEGORIA 1 - O (DES)CONHECIMENTO DO TRABALHADOR RURAL DE SEUS DIREITOS E DEVERES FRENTE AO SUS

Esta categoria emergiu logo na primeira entrevista e se fez presente nas demais de forma incisiva. Os assentados, sem serem perguntados, já demonstravam conhecer um dos direitos básicos do cidadão, o direito à saúde. No decorrer da análise as entrevistas demonstraram que os assentados, apesar de saberem de alguns direitos, negavam saber sobre seus deveres, sempre pondo seus direitos a frente dos seus deveres, como se um viesse antes do outro, em uma ordem imaginária. Duas situações então são consideradas: a primeira nos remete ao fato de que essa população, por não ter seus direitos respeitados, não reconhece ter deveres; ou numa outra linha de pensamento, podemos questionar se não é demais requisitarmos deste cidadão o cumprimento de seus deveres sabendo dos percalços enfrentados para terem acesso aos serviços de saúde.

A consolidação do direito à saúde universal, integral e equânime, com a participação social na gestão das políticas de saúde, em todas as esferas públicas, é prevista na Constituição Federal e nas leis 8.080/90 e 8142/90. Tais conquistas no plano legal necessitam, todavia, de incentivos contínuos e direcionados para transformá-las em conquistas reais. É um grande desafio tratando-se de um país onde a história política se apresenta centralizadora, tecnocrática e embasada em barganhas e conchavos.

6.1.1 Participação: o caminho para acessar os serviços de saúde.

A emersão desta subcategoria demonstra que apesar de garantido legalmente o direito à saúde, o acesso a ela não se dá de forma tranqüila para esses entrevistados. O abandono dos assentados pelos organismos estatais que seriam responsáveis por prover a eles o mínimo de condições para viver e produzir com dignidade ficou claro. Durante a análise dos dados observamos em diversas falas um forte sentimento de deses-

perança para com a mudança da situação gerada por anos e anos de abandono pelo Estado.

Segundo o artigo 196 da Constituição Federal:

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

Devemos, antes de discutir o direito e o dever em participar dos processos de fiscalização, avaliação, e formulação das políticas públicas em saúde, discutir o acesso aos serviços de saúde. Debater sobre como os usuários conseguem chegar até tais serviços, levando em consideração os diversos fatores que estão atrelados ao itinerário, tais como: transporte público regular, vias públicas que permitam o trânsito de transportes, os custos para os usuários desse transporte, entre outros. Essa população, muito antes de se preocuparem com uma vaga para consultar com um profissional da saúde, deve planejar sua ida até o serviço de saúde. Um percurso que pode ser extremamente penoso em alguns casos:

“A Pé, a pé, eu nunca fui, mas tem muita gente que já foi daqui, mulher com criança pequenininha, mulher de ‘dieta’ que vai levar as crianças lá, daí se não tem a condução, vão a pé.” TR-I

Para se chegar ao serviço, alguns trabalhadores rurais chegam a caminhar aproximadamente 40 quilômetros. Para não terem que passar a metade do dia caminhando pra chegar ao serviço de saúde, muitas vezes gastam suas escassas economias pagando um transporte contratado. Algumas vezes, contam com a ajuda de vizinhos que tenham transporte particular, mas nem sempre isso é possível.

“Ah, daí a gente tem que justar um carro. Mesmo sem dinheiro tem uns vizinhos bons que fazem as corridas fiado né, pra se deslocar até Rio Negrinho, no pronto-socorro que é o hospital.” TR-V

A Prefeitura disponibiliza transporte para os moradores dos assentamentos uma vez por semana para levá-los à ULS de Volta Grande, limitando o acesso à saúde a somente àquele dia da semana. A atenção básica, como primeiro nível de atenção do sistema, está embasada nas seguintes propostas:

A atenção básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coleti-

vo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006a).

No presente caso, estamos diante de um descuido para com a saúde daquela população. Pois a acessibilidade, um dos princípios do SUS, está sendo negada. A necessidade de adequação geográfica da ULS deve ser levada em conta nesta situação. Do mesmo modo, acredito que alguns outros princípios do SUS estão sendo deixados de lado naquela localidade.

O acesso aos serviços de saúde também se mostra precário no que se refere ao atendimento pré-hospitalar, um serviço de responsabilidade do SAMU. Infelizmente, alguns trabalhadores rurais desconhecem esse serviço, e os que o conhecem afirmam que ele não atende algumas localidades:

“O SAMU se a gente, assim sendo um caso bem grave mesmo, que eles perguntam daí lá né, daí eles vem encontrar, a gente vai indo e eles vêm encontrar [...] vêm, se der tempo, se ficar esperando eles vêm, mas ai pode demorar uma hora, duas horas, até meio dia. Por que às vezes eles têm outros compromissos né.” TR-V

A fala acima evidencia o descaso com que são tratados esses trabalhadores. Enquanto nas cidades o serviço de atendimento pré-hospitalar é muitas vezes subutilizado. Outro dado que chamou nossa atenção foi a organização do serviço em relação à atenção à demanda do território que a ULS abrange. Reserva-se um dia da semana para o aten-

dimento médico da população que reside nos assentamentos. Um fato que gera revolta e descontentamento nos trabalhadores rurais:

“É dez vagas pro interior, pro interior geral, tipo daí se vai o pessoal daqui e do campo grande chega lá lotou, se eu chegar lá deu as dez vagas não sou atendida a não ser que eu esteja nas últimas.” TR-VI

O acesso à saúde se apresenta como ponto de partida para se chegar ao conhecimento necessário para o então cumprimento da participação social no SUS. A inacessibilidade pode ocasionar sentimentos que podem estimular o usuário a buscar seus direitos e a participar nos conselhos de saúde. Pode também, por outro lado, gerar ações de repúdio ao serviço e levar ao extremo da violência verbal ou até mesmo física. Em outras ocasiões, pode os fazer desacreditar no sistema de saúde, de maneira a distanciá-los, levando-os a buscar atenção à saúde somente em casos extremos. A falta de acesso ao serviço de atenção básica pode ser um dos motivos que ocasionam o inchaço na demanda dos setores de emergência nos hospitais das cidades. A reorientação da demanda, proposta pelos princípios do SUS, sofre duro golpe com a incapacidade dos gestores municipais em garantir o acesso dos usuários à atenção básica. O indivíduo não vai mais acordar na madrugada para tentar conseguir uma vaga na ULS mais próxima, ao invés disso, ele vai direto ao setor de emergência de um hospital, pois ele sabe que lá não o será negado atendimento. Tais são as dificuldades enfrentadas por essa população, num primeiro momento a dificuldade em conseguir chegar ao serviço e, num segundo, ter que contar com a sorte para conseguir ser atendido. O estado de abandono ocasiona a aceitação dessa condição por alguns trabalhadores rurais, que dizem que a vida é assim mesmo.

“Que aqui o Butiá assim, ele tá meio parado, sabe como é que é, chegou num ponto que o pessoal ‘desacoça’, desanima, vê o pai com a mãe, moram há vinte anos aqui, é obvio que o pessoal chega num ponto que desanima.” TR-VI

Tal atitude não é só observada frente aos problemas relacionados à saúde, mas também com relação ao abandono dos órgãos responsáveis pela assistência técnica aos assentados. Como tais indivíduos podem produzir adequadamente se estão isolados das informações sobre o manuseio adequado da terra? Este abandono também os empurra para a busca de atalhos, ou seja, eles atuam exatamente como anteriormente citado em relação à busca de atenção à saúde. Decidem pela utilização de técnicas e tecnologias de manuseio do solo que contribuem com a destruição dos recursos naturais locais: contaminam o solo e as águas com agrotóxicos e fertilizantes, utilizam-se de queimadas para a prepa-

ração do solo e desrespeitam as leis ambientais. Freire (1981) trata desse tema:

Os camponeses desenvolvem sua maneira de pensar e de visualizar o mundo de acordo com pautas culturais que, obviamente, se encontram marcadas pela ideologia dos grupos dominantes da sociedade global de que fazem parte. Sua maneira de pensar, condicionada por seu atuar ao mesmo tempo em que a esta condiciona, de há muito e não de hoje, vem se constituindo, se cristalizando. E se muitas dessas formas de pensar e de atuar persistem hoje, mesmo em áreas em que os camponeses experimentam conflitos na defesa de seus direitos, com mais razão permanecem naquelas em que não tiveram tal experiência. Naquelas em que a reforma agrária simplesmente aconteceu. (FREIRE, 1981. p. 27).

Talvez o que Freire diz seja um dos grandes desafios para a transformação desses trabalhadores no que se refere à participação no SUS. Por se tratarem de assentamentos antigos, que já têm mais de 20 anos, a chama da transformação e da luta pelos direitos talvez já tenha sofrido uma diminuição ou nunca tenha existido para alguns assentados. Fato esse que evidencia a necessidade em estimular o diálogo sobre o tema com toda a comunidade e, assim, vislumbrar um maior interesse em transformar a realidade no que se refere à assistência à saúde. Sobre a possibilidade de uma atuação onde o cidadão tenha condições de transformar a sua realidade, Carvalho (2004, p. 1092) cita que:

Ser dono do próprio destino é um processo e uma condição que demanda a aquisição de competências tais como o desenvolvimento da auto-estima e da confiança pessoal; a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política. (CARVALHO, 2004. p. 1092).

Seguindo essa linha de pensamento, o trabalhador rural consciente de sua realidade e disposto a participar de forma efetiva no SUS deverá, no percurso, ser auxiliado por momentos de educação popular em saúde. A necessidade de educação permanente é um requisito não só

para os conselheiros dos Conselhos Municipais de Saúde, mas para todos os usuários que vivenciam ou desejam vivenciar nesse espaço democrático. A possibilidade de “empoderamento” pela educação, segundo Carvalho (2004, p. 1093), pode:

[...] contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e do estímulo a ações que tenham como objetivo realizar a superação das estruturas institucionais e ideológicas de opressão. [...] toma os indivíduos e grupos socialmente excluídos como cidadãos portadores de direitos e do direito a ter direitos, distanciando-se do projeto behaviorista que tende a representar os marginalizados como pessoas dependentes que devem ser ajudadas, socializadas e treinadas. (CARVALHO, 2004, p. 1093).

Dessa maneira, a educação é um meio para despertar a consciência crítica e reflexiva dos que desejarem participar dos espaços colegiados no SUS. A manipulação ideológica, os conchavos e barganhas políticos que se aproveitam do pensar ingênuo e descontextualizado politicamente e socialmente daqueles que participam dos espaços colegiados são então dificultados.

6.1.2 A compreensão dos direitos e deveres ante o SUS

O exercício da participação social no SUS é um dever e ao mesmo tempo um direito estabelecido na LOS 8080/90 e na 8142/90. As inúmeras necessidades que os trabalhadores rurais têm em relação à melhoria da atenção à saúde vêm ao encontro de ações mais contundentes do poder público para estimular tal benefício. Conseguimos perceber que há algum conhecimento dos direitos, o qual foi adquirido por meio da participação em atividades educativas desenvolvidas pelos projetos de extensão citados no início deste trabalho. Porém, a maioria dos entrevistados nega seus deveres, os quais, quando explicitados nas falas dos indivíduos, estão atrelados à exigência dos direitos.

“Ah, o dever nosso é correr atrás né, porque se nós ficar aqui só, não adianta nós termos direitos. [...] Eu conheço um pouco os meus deveres, só que temos os deveres e temos direitos também.” TR-III

A negação dos seus deveres pode ser atribuída à ausência da maioria dos seus direitos. A compreensão por parte dos trabalhadores rurais de que seus deveres, ou ao menos um deles, a participação social, estão

atrelados à garantia de seus direitos frente ao SUS é de extrema importância. Por outro lado, nos questionamos sobre a pertinência da cobrança dessa participação que por vezes nos assombra tendo em vista a negação dos seus direitos, como o acesso à saúde.

Para Freire, (1993 p. 25): “[...] cidadão significa indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado, e cidadania tem que ver com a condição de cidadão, quer dizer, com o uso dos direitos e o direito a ter deveres de cidadão.”

Neste caso então podemos reconstruir a citação de Freire que coloca como elemento primeiro o dever de participar, para, assim, manter ou adquirir direitos. Porém, o dever de participar está condicionado à oportunidade de acessar os serviços. A palavra acessar, neste caso, corresponde à possibilidade de chegar até o serviço de saúde e então ser acolhido. Acolhimento aqui pode ser entendido como:

[...] uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Esta atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente neste sentido, de ação de “estar com” ou “próximo de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. (NEVES; ROLLO 2006 p.2).

O acolhimento seria o passo inicial para que o trabalhador rural, mesmo sofrendo com a dificuldade em chegar ao serviço de saúde, visse naquele serviço um “porto seguro”. Seria o ato primeiro para uma relação mais verdadeira entre os profissionais que ali atuam e o usuário, o que facilitaria a aproximação entre eles e a possibilidade de dialogarem sobre suas necessidades, tanto as dos profissionais quanto as dos usuários. Acreditamos então que neste diálogo ambos estariam participando do SUS e gerando “empoderamento”, pois a habilidade de dialogar pode tornar indivíduos e coletivos competentes para, em sociedade, refletirem a sua ação política. (CARVALHO, 2004)

Os trabalhadores reconhecem a necessidade de mais atividades educativas que tenham como objetivo a comunicação e a explicação de seus direitos e deveres para com o SUS. Apesar de estarem distantes das informações necessárias para reivindicarem a cidadania plena e a exercerem conscientemente, eles demonstram iniciativas individuais de busca por informações.

“Mais ou menos, pela aquela apostila que vocês deram né, que eu estudei, e por uma apostilazinha que ganhamos da terceira idade, o direito do idoso, o direito da adolescência né, daí na escola eles fornecem alguns livrinhos, a gente estuda.” TR-V

Reafirmando uma demanda por informações que não são supridas adequadamente pelos profissionais dos serviços aos quais entram em contato e nem pelos gestores municipais. Voltamos a afirmar que essas informações não devem ser disponibilizadas em forma de cartilhas somente, pois se assim o for, contribuirão para um saber descontextualizado. Elas devem então estar associadas à problematização da realidade, a fim de possibilitar a superação do fosso cultural existente entre o funcionamento dos serviços de saúde, o trabalho e saber médico e a dinâmica do processo saúde-doença e o saber popular. (VASCONCELOS, 2004).

Podemos supor que o quadro de desinformação sobre os seus direitos e deveres pode ser estendido à maioria da população brasileira. Além de invadir também os conselhos de saúde, onde nem os conselheiros têm domínio dos direitos e deveres do cidadão e tampouco do seu próprio papel junto aos conselhos de saúde (GERSCHMAN, 2004; COTTA et al., 2009).

Apesar desse quadro complexo, temos dentre os entrevistados algumas pessoas que, a partir de um mínimo de informação que conseguem via participação em atividades educativas desenvolvidas por agentes externos ao serviço local, reivindicar, mesmo que de forma precária, o seu direito à atenção em saúde:

“Eu acho que o primeiro direito, não sei se é certo, é de saúde pra todos né, e na maior parte da realidade eles te escolhem, saúde pra uns e pra outros zero. Eu acho que o principal quando se fala em saúde é atender qualquer pessoa, não interessa a religião, não interessa o seu estado ou condição, o direito é igual, não tem você querer, eu chegar lá e dizer assim ó, sou de lá dos sem terra e quero uma vaga, e não ser atendida, não senhor, meu direito é aqui e daqui não saio sem ser atendida. Uma dessas coisas que eu aprendi é que esse é o meu direito. Muitas vezes eu saía daqui, chegava lá, e eles diziam, não tem vaga, não tem, então eu volto outro dia, e saía na boa, agora se eu chegar lá e disserem, não tem vaga, sinto muito só saio daqui na hora que eu for atendida. Esse é um direito que aprendi e tu chega lá e eles te recebem mal, isso é uma coisa que você tem ser atendida com jeito, com educação, esse acho que são os primeiros. Tu chega lá na condição de saúde, tu precisa voltar melhor, não pior. Tem que chegar lá e receber um sorriso, talvez, por mais que tu esteja doente, tu volta com alegria, tu

chega lá e te recebem com cara feia? Tu chega lá e ao menos te atendem bem. Acho que um dos primeiros direitos é esse. É você chegar lá e estarem te olhando, vendo sua situação, te reconhecendo.” TR-VI

Tal depoimento traz uma carga grande de revolta por tudo o que sofrem esses trabalhadores quando conseguem chegar a um serviço de saúde. Não bastando sofrerem com a inexistência de transporte para chegar lá, sofrem também quando chegam. Sofrem com a sua desumanização, causada pelos atos falhos de alguns profissionais que evidenciam a má qualidade de sua formação. Ocorre o revés daquilo que a legislação preconiza e do que os pactos da saúde enunciam e põe à prova o entendimento e os esforços de humanização dos serviços de saúde no Brasil. Por outro lado, há a rigidez gerada pelo culto ao procedimento padronizado, pré-estabelecido por gestores e profissionais com formação tecnicista, que não trata os diferentes de maneira diferente, não cumprindo assim o princípio de equidade preconizado pelo SUS. Segundo Corbani et. al. (2009):

O modelo biologicista, que releva a doença em detrimento da promoção do ser humano em sua totalidade, mais o uso inadequado da tecnologia, fizeram com que profissionais da saúde e usuários do sistema de saúde se afastassem. O profissional assumiu o papel de onipotente, e o usuário do sistema de subjugado. O profissional diz: ‘eu sei’ - conhecimento científico [como se isso fosse tudo] - e o usuário: ‘sei nada ou pouco.’ (COEBANI, et al., 2009. p. 350).

Apresentando assim um distanciamento do motivo principal ao qual se destina a atenção à saúde do próximo: seu bem-estar. O distanciamento causado pela ideologia do profissional da saúde como um ser superior aos demais vem há tempos contaminando a cabeça de alguns que pretendem fazer um curso na área da saúde e também daqueles que estão estudando para se tornar profissionais da saúde. Infelizmente, essa idéia de superioridade e onipotência está impregnada em grande parte desses profissionais, independente do seu grau de escolarização, tanto no nível técnico quanto no superior. Essa situação histórica e cultural dificulta a aproximação e o diálogo entre alguns profissionais da saúde e os usuários. Para mudar tal modo de atenção à saúde, formulou-se a Política Nacional de Humanização – PNH. Segundo Santos Filho (2009):

[...] a PNH, como aporte e articulação de um conjunto de referenciais e de instrumentos, tem como finalidade maior estar **em meio** aos processos de trabalho, no movimento de sua constituição, buscando ajudar a **desequilibrar** seus arranjos e produzir desvios nas relações instituídas, instigando novas composições, outras possibilidades de ser e de trabalhar no âmbito da Saúde. (SANTOS FILHO, 2009. p. 605)

O desequilíbrio serviria a um novo modo de conceber a atenção à saúde, possibilitando, entre outros elementos, o diálogo como meio de valorizar o saber do outro. Sendo a participação social embasada no princípio do diálogo. Há então a questão do acesso e da acessibilidade à saúde serem dependentes de ações de gestores e profissionais da saúde objetivando a melhoria da qualidade da prestação do serviço para os trabalhadores rurais daquela localidade. Conjugados com a percepção de que apesar de a grande maioria dos entrevistados não possuir domínio sobre seus direitos, e por isso negligenciarem seus deveres, há interesse em aprender mais sobre o tema. Temos aqui uma junção de possibilidades de ações, nas quais tanto gestores e profissionais da saúde quanto os próprios trabalhadores rurais devem participar de momentos de diálogo com o objetivo de sanar as falhas e pendências que todos apresentam referentes ao SUS.

6.2. CATEGORIA 2 - A COMPREENSÃO DO TRABALHADOR RURAL SOBRE A AÇÃO DO ENFERMEIRO NO INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS.

O profissional de enfermagem é lembrado como uma referência pelos trabalhadores rurais por ser o organizador da assistência local. O enfermeiro assume então um papel de grande responsabilidade para com a população. Por ser conhecedor de todas as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores, ele pode e deve adotar uma ação o mais equânime possível. Esse profissional, nessa localidade, está em situação trabalhista precária por seguir um regime de contrato, um subterfúgio usado para aprovisionar as vagas ociosas nos serviços públicos sem ter com o enfermeiro as obrigações que o regime estatutário garante ao servidor público como o previsto na Constituição Federal art. 37, Inciso IX. Por isso, esse profissional não pode ser uma referência para as reclamações dos usuários frente aos gestores municipais, pois seus atos e falas, para

não gerar conflito de interesses com os seus gestores, devem ser comeditados, porque poderiam ocasionar a perda do seu cargo. Esse é um fator limitante expressivo das possibilidades desse profissional ser um incentivador da participação dos trabalhadores rurais nos momentos necessários.

O profissional enfrenta uma situação de opressão por estar em uma situação na qual não pode lutar para “*ser mais*”, e o silêncio o faz permanecer nesta posição: “Os oprimidos, contudo, acomodados e adaptados, ‘imersos’ na própria engrenagem da estrutura dominadora, temem a liberdade enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la. E a temem, também, na medida em que lutar por ela significa uma ameaça, não só aos que a usam para oprimir como seus ‘proprietários’ exclusivos, mas aos companheiros oprimidos, que se assustam com maiores repressões. (FREIRE, 2005, p.37)

Os entrevistados não reconhecem o enfermeiro como um dos responsáveis pelo estímulo à participação social no SUS. Eles o associam somente ao papel técnico, de assistência à saúde.

“Eu acho que sim, por que se o enfermeiro quiser trabalhar também medidas preventivas, como a pessoa se alimentar, inclusive a forma de alimentação, ele vai ter um conhecimento nessa área com certeza. O que ele pode tá prevenindo, pra você não tratar somente o doente né, mas também pessoas que possam estar evitando contrair uma doença com o cuidado.” TR-II

Numa realidade onde a acessibilidade ao serviço de saúde é precária, quando o usuário consegue chegar ao serviço e ter acesso aos cuidados há a necessidade de contar com um profissional preparado para tanto, no sentido de acolher e assistir o usuário, gerando bem-estar e maior confiança.

“O papel dele, eu acho, é receber bem as pessoas né, é tratar bem, não ser estúpido. Tem enfermeira nos postos de saúde que só porque estão ali, querem ser os tal, desaforam, desaforam as pessoas né, não tratam bem. Não tratam bem, eu acho que eles tinham que melhorar um pouco o tratamento deles com as pessoas.” TR-I

Acreditamos que não só os trabalhadores rurais tenham essa compreensão limitada da atuação do enfermeiro, mas também grande parte da sociedade, e até mesmo alguns dos enfermeiros. Então, não é de

se admirar que o entendimento do trabalhador rural sobre o profissional enfermeiro seja limitado à dimensão assistencial.

Apesar de não haver surgido dados que falem sobre a possibilidade do enfermeiro ser um facilitador da participação dos trabalhadores rurais no SUS, devemos esperar do profissional daquela localidade uma posição de agente transformador. O qual, livre das amarras empregatícias que vivenciam no presente momento, poderá trabalhar de forma mais contundente, objetivando o fortalecimento da participação dos usuários daquela comunidade.

6.3. CATEGORIA 3 - O GESTOR MUNICIPAL E SEU PAPEL NO INCENTIVO À PARTICIPAÇÃO NO SUS

O gestor teria como obrigação legal formar um CMS com representatividade paritária entre profissionais, usuários, gestores e serviços privados segundo a Lei 8.080 de 1990. Porém, encontramos um cenário de desconhecimento da existência de tal instância no processo decisório da saúde entre os trabalhadores rurais. Quando questionados sobre o incentivo dos gestores, prefeito e secretaria de saúde à participação das comunidades nas decisões que envolvem a assistência à saúde, eles deram respostas que evidenciam a ausência de interesse em tal processo. Encontramos nas falas dos entrevistados desde a visão do gestor como “o salvador da pátria” até certa facilidade de diálogo entre os assentados e o representante político eleito.

“O prefeito, acho que não. Porque nós votamos pra ele e não vemos nem as caras dele aí, pra nós não deu nenhuma solução”. TR-1

A participação social tem uma questão subjacente que é a cultura política que permeia as relações sociais no Brasil. Não é suficiente aprovar leis e estabelecer normas operacionais, é preciso também avançar na mudança de comportamento e nas práticas dos indivíduos, dos grupos e dos gestores. Segundo Freire (2005):

Desde o começo da luta pela humanização, pela superação da contradição opressor-oprimido, é preciso que eles se convençam de que esta luta exige deles, a partir do momento em que a aceitam, sua responsabilidade total. [...] Tal liberdade requer que o indivíduo seja ativo e responsável, e não um escravo nem uma peça bem alimentada da máquina. (FREIRE, 2005. p. 62).

O que demonstra a importância de não mais esperarem pelas soluções dos gestores, e sim proporem soluções e participarem ativamente da formulação e da execução das propostas. Não sendo mais o bastante uma atitude ingênua ou irresponsável frente aos problemas, delegando a responsabilidade das soluções a outros. Essa responsabilidade também é dos gestores, mas os trabalhadores podem compartilhar dela e, juntos, prevendo a eficácia e a eficiência nas ações, os dois lados podem encontrar as soluções necessárias. Há, porém, um agravante nessa análise: o baixo nível de escolarização dos assentados.

O baixo nível de escolarização pode ser vencido pela união do grupo de trabalhadores rurais. Por meio do aproveitamento de toda a história do movimento ao qual fazem ou fizeram parte, eles podem utilizar as experiências de negociação e participação para a obtenção do acesso à saúde e de outros serviços essenciais. A participação desses trabalhadores está atrelada à possibilidade de dialogarem em pé de igualdade em relação ao nível de conhecimento dos seus direitos e deveres frente ao SUS com os gestores municipais. Outros entrevistados relataram a necessidade de saber e compreender os seus direitos e deveres no SUS:

“Hoje há um dialogo tranqüilo, pra conversar aparentemente não há um preconceito por parte do prefeito em ser assentado ou não, então pelo menos isso facilita pro diálogo, pra conversar. A gente saber o que é que tem. Qual que é o nosso direito mesmo? Qual que é o nosso dever? Se nós soubéssemos isso, claro, acho que é uma coisa importante da gente saber, a gente pode também negociar muito mais tranqüilo, conversar, ter um diálogo mais tranqüilo com o poder municipal.” TR-II

Freire (2005 p. 94) tem uma contribuição interessante para esse dado quando diz: *“Se a fé nos homens é um dado a priori do diálogo, a confiança se instaura com ele. A confiança vai fazendo os sujeitos dialógicos cada vez mais companheiros na pronúncia do mundo.”* Tal confiança no diálogo advém de uma relação livre de preconceitos na qual ambas as partes estão dispostas a ouvir. Freire (2005 p. 94) também afirma: *“Sem essa fé nos homens, o diálogo é uma farsa. Transforma-se, na melhor das hipóteses, em manipulação paternalista adocicada.”*

O paternalismo pode ser uma forma de mascarar a intenção de dominar e oprimir, e acontecerá quando o diálogo entre as duas partes se realize embasado em interesses menores que o bem comum. Quando artimanhas politíqueiras e de conchavos para lograr seus objetivos são utilizados.

Segundo Freire (2001):

Não é a cultura discriminada a que gera a ideologia discriminatória, mas sim a cultura hegemônica. A cultura discriminada gesta a ideologia de resistência que, em função de sua experiência de luta, ora explica formas de comportamento mais ou menos pacíficos ora rebeldes, mais ou menos indiscriminadamente violentos ora criticamente voltados à recriação do mundo. (FREIRE, 2001. p. 18)

Podemos listar aqui uma centena de fatos violentos relacionados aos movimentos que lutam pelo direito de obter terra para plantar e trabalhar. Tais fatos são sempre bem noticiados e comunicados pela mídia em geral. Trata-se de espaços de comunicação que em sua maioria visa o lucro e, por isso, está comprometida com o poder hegemônico. Essas notícias podem influenciar com certa força a opinião da sociedade que a consome, podendo de certa forma afetar a decisão de um gestor em se sentar em uma mesa de negociação com trabalhadores que já participaram ou participam dos movimentos. Então o diálogo entre trabalhadores e gestores é comprometido consideravelmente. Por outro lado, os trabalhadores rurais podem também agir de forma discriminatória com os gestores, assumindo uma posição negativa frente à possibilidade de negociar com eles.

A visão dos trabalhadores rurais sobre os gestores do SUS dessa localidade apresenta certa desconfiança e representa a história de vida e de luta dos trabalhadores rurais junto ao MST. A experiência dos assentados em negociações com os representantes do poder público não parece ser fundada na confiança. Sendo assim, o pressuposto de Freire que diz que o diálogo deve ser embasado na confiança não condiz com os fatos neste caso. Acreditamos que isso constitua um dos grandes problemas a ser solucionado se quisermos aproximar os dois lados.

6.4. CATEGORIA 4 – O SIGNIFICADO E A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A compreensão do que viria a ser a participação social e as formas possíveis em que ela poderia acontecer fizeram parte do roteiro utilizado nas entrevistas. Porém, foi possível constatar que grande parte dos entrevistados desconhece o que é participação social. Mesmo apesar do desconhecimento do termo, as iniciativas de organização que visam à busca de soluções para os problemas das comunidades chamaram a nossa atenção. A participação social que acontece longe dos espaços

legalmente instituídos nos fez perceber que o problema talvez esteja na possibilidade em acessar tais lugares.

O desconhecimento sobre a existência do Conselho Local de Saúde ou do Conselho Municipal de Saúde evidenciou uma participação precária. Em oposição à falta de conhecimento está à disposição de todos os entrevistados em participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde caso haja transporte para levá-los até a cidade.

As iniciativas de participação social relatadas se apresentavam em forma de reuniões dentro dos assentamentos, as quais visam a melhoria das condições de assistência à saúde. Porém, como essas reuniões acontecem de forma esporádica e para tratar de temas pontuais, elas não obtêm êxito permanente. A solução encontrada para o problema, o popularmente chamado de “cala a boca”, serve para acalmar os ânimos e gerar um contentamento temporário. Assim relata um entrevistado sobre as diversas reuniões realizadas anteriormente:

“Olha, foram várias vezes, várias vezes, e nada, não deu resultado nenhum pra nós. Não tivemos resultado assim, de médico vir. Era pra médico vir, era pra dentista vir, mas não apareceu ninguém. Foi arrumada uma casinha, tem uma casa de material ali, que tem conforto. Não apareceu ninguém.” TR-I

Esses trabalhadores têm então consciência da necessidade de uma forma de organização, mesmo que precária, para conseguir melhorias na sua qualidade de vida. Segundo Freire (1979, p. 15): *“A conscientização não pode existir fora da ‘práxis’, ou melhor, sem o ato ação – reflexão. Essa unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens.”*

O que parece faltar aos entrevistados não é a vontade de agir e nem a falta de ação em si, mas a falta de reflexão perante os fatos provenientes dessas ações. Pode ser que reflitam, mas de forma ingênua e limitada à realidade objetiva, primeira. Falta-lhes “desvelar” a realidade a qual estão vivenciando.

“A gente mobilizou o pessoal aqui, fez uma coleta pra pagar uma corrida, fizemos um grupo e fomos até lá (prefeitura). Mas que nem eu falei antes, na verdade fomos recebidos, fomos bem atendidos, mas não aconteceu o que ela (secretária da saúde) prometeu.” TR-VIII

O que demonstra a necessidade e a vontade em participar limitadas pela precariedade dos recursos para tal exercício. Conferindo aos trabalhadores o propósito de entender a complexidade da realidade vivenciada:

A conscientização é, neste sentido, um teste de realidade. Quanto mais conscientização, mais se “desvela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. (FREIRE, 1979. p. 15.).

Outro fato que nos chamou a atenção foi a pouca informação em relação à existência de um local instituído legalmente para se discutir os problemas de saúde da comunidade. Isso nos fez refletir sobre a possibilidade de que essa informação não seja fornecida pelas lideranças do MST por causa de uma ideologia de não ocupação de espaços legalmente instituídos. Podemos associar essa falta de interesse dos líderes do movimento em participar dos espaços institucionalizados à falta de reconhecimento desses lugares como espaços legítimos de negociação. Porém, podemos também conjecturar que tal recusa em participar desses espaços possa ser por eles não quererem que a aproximação resulte em um abrandamento ou uma “domesticação” dos militantes pelas forças hegemônicas instituídas. Como comenta Freire (1979):

Desta maneira, o processo de alfabetização política – como o processo lingüístico – pode ser uma prática para a “domesticação dos homens” ou uma prática para sua libertação. No primeiro caso, a prática da conscientização não é possível em absoluto, enquanto no segundo caso o processo é, em si mesmo, conscientização. Temos então, ação desumanizante de um lado, e esforço de humanização de outro. (FREIRE, 1979. p. 16).

Um fato que pode ser superado com o sentimento de utilidade social de alguns entrevistados, como seus relatos evidenciam, para com os outros trabalhadores rurais quando em exercício de sua participação, não nos conselhos de saúde, pois dos entrevistados nenhum nunca entrou ou participou de uma reunião do conselho municipal de saúde, mas em suas reivindicações por melhorias na assistência à saúde.

“Até eu às vezes fico assim pensando em desistir porque é muito sofrido. Mas eu vejo que o retorno das pessoas é uma forma de tu tá ajudando e tá tendo o retorno de carinho com as pessoas, o conhecimento delas, então eu acho bom isso. Pra mim é isso que vale a pena né.” TR-VIII

Outro fator que nega a facilidade de “domesticação” é o de que o diálogo que o trabalhador rural mantém com os agentes públicos eleitos

acontece entre representantes de classes sociais distintas, predispondo o conflito de idéias. Assim sendo, ele deixa de ser um diálogo ingênuo, mesmo que os sujeitos não estejam cientes desse fato, dando consistência e força ao oprimido frente aos argumentos do opressor (FREIRE, 2005. p. 6).

Necessariamente, o exercício da participação dos trabalhadores rurais nos espaços institucionalizados requer um maior empenho por parte deles próprios e uma maior abertura por parte dos gestores. Estes, além de terem a obrigatoriedade do incentivo à participação social no SUS, devem extrapolar a fala e gerar atitudes e ações que a viabilizem de forma menos onerosa e sofrida. A permanência dos êxitos logrados com a participação social poderá ser alcançada a partir do momento em que os trabalhadores visualizem suas ações de uma forma histórica, assumindo o papel de sujeitos de transformação permanente da sua realidade.

7. CONSTRUINDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM TRABALHADORES RURAIS

Podemos dizer, a partir da análise dos dados coletados neste estudo, que os trabalhadores rurais daquela localidade não participam efetivamente do SUS e esta realidade se estende a uma grande parcela da população brasileira. A participação desses indivíduos poderá acontecer a partir do momento em que tiverem acesso a momentos de educação em saúde.

Apesar de contarmos com uma grande rede de educação popular em saúde gerada por organismos não governamentais, por movimentos populares em saúde e por universidades, contamos com poucas ações provenientes dos governos nos diferentes níveis. O que percebemos nos últimos anos foram ações geradas por atores que participavam e participam dos movimentos sociais que foram convidados a fazer parte do governo federal em exercício. Podemos citar aqui a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS como exemplo de uma das iniciativas do Governo Federal. Tal iniciativa tinha a intenção de por em diálogo os diferentes grupos e as diferentes ações realizadas no âmbito da educação popular em saúde no Brasil. Porém, como todo projeto governamental idealizado e construído sem consultar as bases, a maior parte dos núcleos se encontra inativo atualmente. Em estudo do ano de 2007, Severo *et. al* (2007) apontam alguns fatores que proporcionaram fragilidades nessa articulação, dentre eles a falta de consulta às bases no momento de sua construção.

O modelo vertical de educação popular em saúde, mesmo sendo programado por pessoas que fazem parte de movimentos de base, tende a falir, a não prosperar, pois a falta das bases no momento de concepção da proposta gera uma sensação de não-pertencimento nos participantes. Esse exemplo deve ser levado em consideração pelos profissionais, gestores e usuários que se dedicam a gerar eventos ou projetos de educação popular em saúde. Freire (2005) aponta para a necessidade do diálogo verdadeiro como forma de gerar apreensão do saber, ou seja, como forma de gerar o sentimento de pertencimento do momento histórico no educando. Sentimento este que pode elevar o mero espectador das ações a ser um participante das ações.

O fortalecimento a partir da educação em saúde é uma possibilidade real. O que nós, sujeitos proponentes de ações nesta linha, devemos ter sempre como norte é a necessidade de incluir os pretensos parti-

cipantes desses momentos em sua concepção. Não é possível empoderar deixando o participante no papel de espectador.

A participação social dos trabalhadores rurais deve ser estimulada por gestores, profissionais da saúde, movimentos sociais e também pela academia. Este estímulo deve, necessariamente, ter como parceiros na construção das propostas os próprios trabalhadores rurais, pois são eles os que sabem de fato as suas necessidades. Dessa maneira, a importância e o significado dos momentos serão muito mais proveitosos e valorizados por eles. Os dados que apresentamos neste estudo demonstram a necessidade de construir a participação social dos trabalhadores rurais a partir das suas reais demandas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou ao pesquisador aprofundar sua compreensão sobre o pensar do trabalhador rural assentado com relação ao SUS. Possibilitou também reconhecer e conhecer as diversas forças que interligadas dão forma à compreensão da participação desses indivíduos nos serviços de saúde pública daquela localidade. O referencial teórico adotado neste estudo possibilitou fazer as entrevistas da forma mais dialógica possível, sem desrespeitar os limites do método adotado para sua coleta.

O referencial teórico enriqueceu a análise dos dados pelo estímulo ao pensar crítico e transformador, estimulando a pensar a realidade de forma política, consciente, sempre pensando no ser humano como capaz de transformar a sua realidade. O formato metodológico desta pesquisa, utilizando um rol de temas-guia para direcionar a entrevista semi-estruturada, possibilitou a descrição das necessidades daquela comunidade e a exposição do pensamento de um grupo influente de trabalhadores rurais assentados. Acreditamos que isto fez com que grande parte dos dados analisados e apresentados corresponda às idéias e às necessidades da maioria daquela população.

Dentre os percalços enfrentados neste estudo podemos incluir a dificuldade de locomoção entre os assentamentos devido a estradas sem a mínima condição de circulação de automóveis. Esperamos alguns meses pela cessação das chuvas para que pudéssemos entrar nos assentamentos e realizar as entrevistas. Este estudo apresenta limitações referentes ao método de coleta e análise dos dados, diretamente relacionadas à dificuldade de locomoção dos assentados e entre os assentamentos.

A realidade mostrada por meio dos dados analisados mostra o quão ingênua é a forma como aqueles trabalhadores rurais assentados participam do SUS. Por outro lado, ela mostra também a capacidade e a vontade deles em aprender e apreender informações que os levem a transformar a sua realidade por meio de uma atuação consciente no Conselho Municipal de Saúde. Para que isso aconteça, acreditamos ser necessária a reunião desses indivíduos para a discussão do tema em círculos de diálogos, pois a organização em prol de melhorias na qualidade de vida depende do acesso deles às informações que lhes sejam interessantes. A demanda por educação em saúde em prol da participação social fica evidente neste estudo. Esse momento deve ser entendido como ato político, como diz Freire, e ter como fim o empoderamento, de maneira a vislumbrar assim a geração de autonomia e a conseqüente potencialização da transformação que eles afirmam necessitar. A comu-

nidade deve exercer seu direito e dever de participar, pois ela é responsável também pela melhoria da qualidade de vida. Sabemos que as mudanças que a comunidade necessita devem também partir de iniciativas do poder público, por isso o diálogo entre todos os atores envolvidos nesse processo é essencial.

Compreendemos que apesar dos trabalhadores rurais viverem em uma situação de precariedade extrema com relação à infra-estrutura pública, eles não deixam de buscar aprender e não medem esforços para chegar a esse conhecimento. A necessidade de conhecimento deve ser atendida e, ao mesmo tempo, estimulada por profissionais da saúde, gestores e acadêmicos.

Por tudo isso, para que o SUS seja um sistema equânime, é necessário que tenha ambientes preparados para o diálogo entre usuários, gestores e profissionais. Esses últimos, em sua formação, devem ser orientados a incentivar e dar possibilidade para que tal espaço exista nos serviços de saúde. Os gestores, aqueles que não são técnicos, devem estimular a participação dos usuários e dos profissionais. Os gestores que estão no cargo por indicação ou eleição precisam ser chamados ao diálogo para serem expostos à possibilidade de conscientizarem-se de que a gestão será mais rica com a participação da comunidade. E os usuários, caso não participem, deixam para os outros dois atores citados acima a responsabilidade da assistência à saúde, a qual sem dúvida não terá a eficácia e eficiência que necessitam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AULETE, C. **Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Delta S/A, 1968.

BRANDÃO, C. **Lutar com a Palavra**: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal. 1985 p. 186

BRASIL. **11ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Informativo eletrônico do CNS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Informativo/16.pdf>. Acessado em: 8 de outubro de 2008.

BRASIL. 2009a. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Instituto Nacional de Reforma Agrária. **Relatório SR-10**. Disponível. em:< <http://www.incra.gov.br/>>. Acesso em 11 de setembro de 2009.

BRASIL. **Constituição Federal. 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/principal.htm. Acesso em: 12 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília, 2006. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf> Acessado em 12 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: 2007. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_conselheiros.pdf . Acesso em 10 de outubro de 2008

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete Tesis sobre la Educación Sanitaria para la Participación Comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.12, n. 1. 1996. p. 7-30,

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20 n. 4 2004. p. 1088-1095. Disponível em: <www.scielo.br> Acessado em 12 de maio de 2009

CONH A. Saúde como Direito de Cidadania e Direito do Consumidor In: **Simpósio Regulamentação dos Planos De Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:

<http://www.cedec.org.br/files_pdf/Saudecomodireitodecidadaniaedireitodoconsumidor.pdf> Acessado em: 16 de setembro de 2009. p. 60.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília v. 62, n. 2. 2009. p. 349 – 354. Disponível em: <<http://www.scielo.org.br/>> Acesso em: 03 de março de 2010.

CORREA, M. V. Controle Social na Saúde. In: UCHOA R.; NOGUEIRA V.; MARSIGLIA R.; GOMES L.; TEIXEIRA M. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez. 2007 p. 408.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, n. 2. 2009. p. 419-438. Disponível em: <<http://www.scielo.org.br/>> Acesso em: 03 de março de 2010.

FERNANDES, B. M. **A Formação do MST no Brasil**. Petrópolis: Vozes. 2000. p. 319

FILHO, J. J. C. Reforma agrária: de eleições a eleições. ESTUDOS AVANÇADOS 11 (31), 1997 p.111 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v11n31/v11n31a06.pdf>> Acesso em: 11 maio 2010.

FÓRUM NACIONAL PELA REFORMA AGRÁRIA E JUSTIÇA NO CAMPO – Folheto de Informações, 2001. p. 35

FREIRE A. M. A voz da esposa. A trajetória de Paulo Freire. In: GADOTTI, M. (Org.). **Paulo Freire uma Biobibliografia**. Brasília, DF: UNESCO, 2001. p. 27-67.

FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996 p. 148

FREIRE, P. **Ação Cultural Para a Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.p. 152

FREIRE, P. **Conscientização teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes; 1979. p 102

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. p. 152

- FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**: Um reencontro com a Pedagogia do oprimido. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992 p. 248
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2005. p. 213
- FREIRE, P. **Política e Educação**: ensaios. São Paulo: Paz e Terra, 2001. p. 57 .
- GADOTTI, M. (org). **Paulo Freire**: uma bibliografia. Brasília: Cortez, 1996. p. 768
- GADOTTI, M.; FREIRE, P.; GUIMARÃES, S. **Pedagogia**: diálogo e conflito. São Paulo: Cortez, 1995. p. 98
- GENTILI, P. FRIGOTTO, G. **A cidadania negada**: políticas de exclusão na educação e no trabalho. 2.ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 2000. 279 p
- GERSCHMAN, S. **A Democracia Inclusiva**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2004. p. 272
- GRAMSCI, A. **Cartas do Cárcere**. São Paulo – SP: Civilização Brasileira, 1987 3 ed. p. 420
- KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, A. Emporamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democracia política. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. v. 18; n. 4. 2009. p. 733-743
- LEOPARDI, M. T.; et al. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palotti, 2001. p. 344
- LIMA, M. J. **O que é a Enfermagem**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 125
- Maria Goretti Gurgel Mota de Castro “Avaliação do Uso de Agrotóxicos e da Qualidade dos Recursos Hídricos nos Assentamentos de Reforma Agrária Bernardo Marín II e Mundo Novo,*
- “Município de Russas (CE): um estudo de caso” Dissertação 2008 p. 80 Fio Cruz – Fortaleza – CE*
- MARTINS et. AL Poliana Cardoso Physis. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n 1. 2008. p. 105-121.
- MATOS, M. L. Análise da evolução da extensão da Universidade Fede-

ral de Santa Catarina no período de 1997 a 2003. Dissertação – Florianópolis,

2004. p. 161

MILANI C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e européias. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro. v. 42, n. 3. 2008. p.51-79,

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 406

MST. **Movimentos dos Sem Terra.** 2009. Disponível em: <http://www.mst.org.br/> Acessado em 19 de março de 2009.

NEVES, C. A. B.; ROLLO. A. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 16

OLIVEIRA, A. U. A Longa Marcha do Campesinato Brasileiro: movimentos sociais, conflitos e Reforma Agrária. *Estudos Avançados* 15 (43), 2001.

ONU. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento:** Apresenta o Relatório de Desenvolvimento Humano. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/r-dh/rdh20072008/hdr_20072008_pt_complete.pdf> Acesso em: 20 de junho de 2008.

POULANTZAS, N. **Poder político y clases sociales em el Estado capitalista.** México: Siglo XXI, 1970. p. 471

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de reconhecimento do mundo. *Revista Texto e Contexto: enfermagem*. Florianópolis, v. 1, n. 12. 2003. p.26-33,

RIBAS, C. E. D. C. **Produção e industrialização de plantas medicinais:** Resgate cultural e viabilidade técnica, econômica e comercial nas áreas de assentamentos de reforma agrária do norte de Santa Catarina. Edital MCT/CNPq 15/2007 – Universal. Florianópolis, 2007. p. 17

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Revista Interface, Comunicação, Saúde, Educação*. v.13, supl.1. 2009. p. 603- 613. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>.

Acesso em: 12 dez. 2009.

SEVERO, D. O.; ROSS, M. A.; CUNHA, A. P. Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde no Estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. *Revista Texto e Contexto: Enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 2. 2007 p. 239 – 245.

SOARES, D. O “Sonho de Rose”: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. *Revista Saúde e Sociedade*. v.15, n.3. 2006. p.57-73.

TRENTINI, M; Dias, L. P. M. **Meu primeiro projeto assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, Casa Vida & Saúde, 1994 p. 89

VALLA, V. V. Sobre Participação Popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, Sup. 2. 1998. p.07-18. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/csp/>>. Acesso em: 11 set. 2009.

VASCONCELOS E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1. 2004. p. 67- 83. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2009.

WHO. Salud Mental. 2008. Disponível em: www.who.int/topics/mental_health/es/ Acessado em: 21 de junho de 2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Alexandre Pareto da Cunha, sou mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC, e estou desenvolvendo a pesquisa “**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS DOS TRABALHADORES RURAIS**”, que se constituirá na minha dissertação de mestrado. A pesquisa tem como objetivo geral identificar nos trabalhadores rurais de assentamentos da reforma agrária sua compreensão da participação social no SUS. Este estudo visa estimular a prática da cidadania através da participação popular nas decisões sobre os caminhos que os serviços de saúde regionais traçarão para atender as demandas populares. A coleta de dados proposta para o estudo ocorrerá por meio de diálogos em grupo com os trabalhadores rurais. Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento, por escrito, para participar da pesquisa. Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não serão utilizados os nomes dos participantes em nenhum momento, garantindo sempre o sigilo da pesquisa e os preceitos éticos da profissão. Saliento que após a coleta de dados seu relato será entregue para o seu parecer final, quando você é livre para argumentar, interferir ou recusar as informações. Uma cópia deste termo será entregue a você e a outra ficará arquivada com o pesquisador. Se, em qualquer fase do estudo, você tiver alguma dúvida ou não quiser mais participar do mesmo, poderá entrar em contato pelos telefones abaixo relacionados. Certo de sua colaboração, agradeço a sua disponibilidade em participar do estudo, possibilitando a aquisição de novos conhecimentos bem como oportunizando prováveis mudanças que repercutirão em nossa atuação junto aos conselhos locais de saúde e na melhoria da qualidade de vida das comunidades rurais.

PESQUISADOR: Enf^o. Alexandre Pareto da Cunha.
ORIENTADORA: Enf^a. Dr^a. Kenya Schmidt Reibnitz.
Telefones: (47) 3431-5628 e 9988-7060
e-mail : alexpareto@yahoo.com.br

Eu,.....
..., concordo em participar desta pesquisa desde que as respectivas pro-
posições contidas neste termo sejam respeitadas.

Florianópolis, fevereiro de 2009.

Assinatura e RG

ANEXO A – CERTIFICADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 108

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 084/09 FR- 255364

TÍTULO: Problemática da participação social no Sistema Único de Saúde com trabalhadores rurais.

AUTOR: Kenya Schmidt Reibnitz e Alexandre P. da Cunha.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza