Revista Debates Insubmissos

O SETOR DA SAÚDE: UM COLETIVO MOBILIZADO EM DEFESA DA VIDA DAS FAMÍLIAS NO ACAMPAMENTO SEM TERRA DA ANNONI

THE HEALTH SECTOR: A COLLECTIVE MOBILIZED IN DEFENSE OF FAMILIES 'LIFE IN ANNONI'S LANDLESS CAMP

Alessandra Regina Müller Germani[1]

Jacir João Chies[2]

Clayton Hillig[3]

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a experiência de luta pela saúde desenvolvida no assentamento da antiga Fazenda Annoni, localizado no município de Pontão/RS, no período de outubro de 1985 a outubro de 1986, visando identificar como foram sendo construídas as relações entre os saberes e práticas, científicos e populares, na produção das ações em saúde no período do acampamento. Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, resultante de uma tese de doutorado. Os procedimentos metodológicos compreenderam a realização de uma pesquisa exploratória, bibliográfica, documental e de campo, no período de março de 2017 a junho de 2018. Ao final, compreende-se que os esforços e os caminhos percorridos pelos sujeitos, na busca pela articulação entre os saberes e práticas para a resolução dos problemas de saúde que vinham sendo enfrentados pelas famílias, encontra-se alinhado com os pressupostos contra hegemônico, de promoção de uma Ecologia de saberes.

Palavras-chaves: luta pela terra; luta pela saúde; ecologia de saberes.

[1] Atualmente é Professora do Magistério Superior na Área de Saúde Coletiva na Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Passo Fundo/RS. Doutora em Extensão Rural pelo Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. e-mail: alessandragermani@hotmail.com

[2] Atualmente é Professor colaborador do Curso de Graduação em Agronomia desenvolvido no Instituto EDUCAR em parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Campus Erechim/RS – Turma Especial PRONERA. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Sistemas de Produção Agrícola Familiar, da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. e-mail: jacirchies@yahoo.com.br

[3] Atualmente é Professor do Magistério Superior no Departamento de Educação Agrícola e Extensão Rural e do Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. e-mail: hillig@smail.ufsm.br

ABSTRACT

This article aims to analyze the experience of struggle for health developed in the settlement of the former Fazenda Annoni, located in the municipality of Pontão / RS, from October 1985 to October 1986, in order to identify how the relationships between the knowledge and practices, scientific and popular, in the production of health actions during the camp period. It is a case study research, with a qualitative approach, resulting from a doctoral thesis. The methodological procedures included carrying out exploratory, bibliographic, documentary and field research, from March 2017 to June 2018. In the end, it is understood that the efforts and paths taken by the subjects, in the search for the articulation between the knowledge and practices for solving the health problems that had been faced by families, is aligned with the assumptions against hegemony, of promoting an Ecology of knowledge.

Keywords*: struggle for land; fight for health; knowledge ecology.*

INTRODUÇÃO

A ocupação realizada na Fazenda Annoni, na região norte do Rio Grande do Sul, em 29 de outubro de 1985, ganha destaque na história da luta pela terra e reforma agrária no país, por ser conhecida como a maior ocupação, o mais longo conflito por terra e por ter estabelecido as bases que contribuíram para a consolidação do MST em todo o território nacional. No total foram 1.500 famílias mobilizadas e que ocuparam a Fazenda em 1985. Desde a ocupação, acampamento e assentamento definitivo foram cerca de oito anos marcados pela espera, organização e luta, o que viabilizou o exercício de muitas experiências nesse âmbito, tanto por parte das famílias acampadas quanto por parte das diferentes instâncias envolvidas com a ocupação, como foi o caso da igreja, do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA, das Universidades, etc (BONAVIGO; BAVARESCO, 2008).

Na primeira fase do acampamento, que compreende a ocupação e a formação do acampamento, que vai de outubro de 1985 a outubro de 1986, as famílias ficaram agrupadas em uma parte pequena da Fazenda Annoni, que ficou conhecida posteriormente como a Área 10. A principal preocupação dessa fase do acampamento era, frente aquela realidade, as famílias resistirem e persistirem no acampamento, para assim conquistar um pedaço de terra (TEDESCO; CARINI, 2008).

Neste sentido, a experiência de luta pela saúde construída no âmbito da luta pela terra assume um caráter de organização do Setor da saúde, viabilizando por meio da participação e

construção coletiva das estratégias de ação, promover a articulação e o diálogo entre os saberes e práticas, cientificas e populares, para a produção das ações de saúde neste período.

Assim, este artigo tem como objetivo analisar a experiência de luta pela saúde desenvolvida no assentamento da antiga Fazenda Annoni, localizado no município de Pontão/RS, no período de outubro de 1985 a outubro de 1986, que compreende a fase da ocupação e formação do acampamento, visando identificar como foram sendo construídas as relações entre os saberes e práticas, científicos e populares, na produção das ações em saúde no acampamento.

E desta forma, compreender se a experiência construída pode ser considerada como um movimento alternativo de produção de saúde, que se alinha aos princípios do movimento de luta pela terra, pela Reforma Agrária e pelo direito à saúde em defesa da vida e assim, promotores de uma Ecologia de Saberes.

2. CONEXÕES TEÓRICAS ENTRE A LUTA PELA TERRA E A LUTA PELO DIREITO A SAÚDE NA BUSCA PELA PROMOÇÃO DE UMA ECOLOGIA DE SABERES

A reflexão sobre as lutas sociais, a partir do olhar da Sociologia das ausências, proposto por Boaventura de Sousa Santos, nos remete a pensarmos sobre como são produzidas as ausências na sociedade, essas que invisibilizam as lutas e atores sociais, criando uma aparente resignação sobre o lugar social destinando a cada grupo e a cada luta, e uma falsa crença de que o mundo está em ordem e de que toda sociedade é, inevitavelmente, constituída de incluídos e excluídos. O estudo da Sociologia das Ausências nos ajuda a romper com essa invisibilidade e a perceber que a violência estrutural e difusa que a nossa sociedade sofre e que se expressa nas imensas desigualdades sociais, não são fenômenos isolados e inevitáveis, e sim parte de um mundo defeituoso, de um mundo equivocado (SANTOS, 2007; LAGE, 2012).

Neste contexto, levando em conta os estudos de Fernandes (1999), a luta pela terra pode ser considerada uma experiência admirável. Desde as capitanias hereditárias até os latifúndios modernos, a estrutura fundiária vem sendo mantida pelos mais altos índices de concentração de terra do mundo. Esse modelo insustentável sempre se impôs por meio do poder e da violência sobre as populações. E por conta disso, em todos os períodos da história, houve diferentes formas de resistência, como a luta dos povos indígenas, dos escravos, dos trabalhadores livres e a dos

imigrantes no final do século XIX. São lutas contra o cativeiro do homem, o cativeiro da terra, contra a exploração, expulsão e expropriação produzida continuamente pelo desenvolvimento do capitalismo no país. Das lutas messiânicas ao cangaço, das Ligas Camponesas ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST, a luta nunca cessou. Lutaram e seguem lutando por condições dignas para se viver (FERNANDES, 1999; MEDEIROS, 2004).

Em uma reflexão, desencadeada por Fernandes (1999), sobre os cinco séculos de luta pela terra no Brasil, ele refere que é impossível dissocia-la do debate sobre a intensificação da concentração fundiária que deu origem a um dos maiores problemas políticos do país: a questão agrária. A luta pela terra nasce com a estruturação do latifúndio e a luta pela Reforma Agrária com o advento das organizações políticas camponesas, principalmente, a partir da década de 1950, com o crescimento das Ligas Camponesas. Portanto, é fundamental distinguir a luta pela terra da luta pela Reforma Agrária. Primeiro, porque a luta pela terra sempre existiu, com ou sem projeto de Reforma Agrária. Segundo, porque a luta pela terra é feita pelos trabalhadores e na luta pela Reforma Agrária participam diferentes instituições. Todavia as duas são interativas. O primeiro projeto de Reforma Agrária no país ocorreu na década de 1960, com o Estatuto da Terra, elaborado no início da ditadura militar, e que não foi implantado efetivamente. A luta pela Reforma Agrária contém a luta pela terra e a luta pela terra promove a luta pela Reforma Agrária.

Essa distinção nos ajuda a compreender que ainda não foi implantado um projeto de Reforma Agrária no Brasil, diferente do que defendem os governos federais. O que vem ocorrendo, desde o fim da década de 1970, é a intensificação da luta pela terra, por meio do crescimento das ocupações massivas, realizadas por diversos movimentos sociais, principalmente pelo MST. Por conta disso, o aumento do número de assentamentos tem relação direta com a territorialização do MST, que foi criado na década de 1980, e a partir daí multiplica-se intensamente o número de ocupações em todo o país. Então, a política de assentamentos do governo federal e de alguns governos estaduais é apenas uma resposta às ações dos Sem Terra. Essa política não existiria sem as ocupações de terra (FERNANDES, 1999; FILIPPI, 2005).

Estudos sobre os Sem Terra mencionam que a experiência de acampar e ocupar, para eles, é carregada de simbologias e significados, pois se constitui num momento de ruptura. Ruptura com a realidade vivenciada de exclusão, exploração e expropriação. O ato simbólico de romper a cerca, de cortar o arame, é um momento no qual o sujeito não é mais o mesmo, não pode mais voltar atrás.

Mais do que romper a cerca, ao ocupar uma propriedade, o indivíduo rompe com a cerca da sua própria vida, da sua posição passiva, que lhe foi imposta historicamente, para outro momento de crítica em relação ao seu contexto, que muitas vezes lhe foi apresentado como imutável, criando assim possibilidades de tomarem nas mãos a rédea de sua própria história, de fazerem o seu próprio e diferente caminho, na busca por dignidade (CALDART, 2004; FIGUEIREDO; PINTO, 2014).

A fase do assentamento se configura em um outro momento de luta, diferente daquele vivido no acampamento, pois a terra já foi conquistada, e inicia-se todo um processo de estruturação e organização desta nova comunidade. É neste espaço que este novo sujeito coletivo, constituído na luta pela terra, no período do acampamento, vai se desenvolver. Na perspectiva do Sem Terra, o assentamento significa o vislumbre de um novo mundo que se pretende construir, um local de novas relações sociais, relações estas construídas sobre os valores da cooperação, da igualdade, da justiça social e na busca por liberdade (CALDART, 2004; FIGUEIREDO; PINTO, 2014).

Se, por um lado, os autores têm demonstrado o avanço nas relações sociais vivenciadas nos assentamentos, por outro lado, autores como Martins (2003, 2009), têm sinalizado para a presença de conflitos e dificuldades de relacionamento nesta nova comunidade, desencadeando um processo de reprodução de relações assimétricas dentro dos assentamentos de Reforma Agrária. Esses conflitos têm relação com a história da luta de cada grupo, ou seja, são conflitos decorrentes das diferenças de origem e das diferenças de experiência e propósitos de cada família. Desta forma, o presente das incertezas superadas, aberto a novas possibilidades e alternativas no assentamento e na Reforma Agrária, em alguns assentamentos ainda não produziu de fato uma identidade nova.

Neste sentido, a busca por um lugar, pela terra para morar e viver, é fruto de diversas situações marcadas justamente pela falta deste lugar. As pessoas foram forçadas, historicamente, pela escravidão, pela falta de trabalho, pela instabilidade do trabalho sazonal, pela vontade dos proprietários de terras a constantes deslocamentos. As histórias de vida das pessoas Sem Terra são, na percepção de Sauer (2005, p.70), "verdadeiros itinerários biográficos", na busca por um "canto" para viver, na busca por um "porto seguro". Esse processo de luta pela terra e depois a luta para resistir nela pode ser considerada, sem dúvida, como um processo formativo, pois a partir das diferentes lutas desencadeadas por cidadania, as pessoas vão se descobrindo e se constituindo como sujeitos históricos e de direitos (SAUER, 2005; LAGE, 2012).

Nessa direção, o processo de tomada de consciência contribui para a quebra das diferentes formas de alienação e isolamento, permitindo a superação do sentimento de opressão e de subalternidade e a criação de uma fortaleza interna, chamada empoderamento, que leva o sujeito a acreditar nas suas potencialidades, que são geradas a partir do seu protagonismo social. O empoderamento permite o fortalecimento dos sujeitos na busca pela conquista dos demais direitos básicos a sua existência (SAUER, 2005; LAGE, 2012).

A luta pelo direito a saúde é um exemplo disso. Ao tratarmos da saúde das populações rurais, não podemos, em nenhum momento, fazê-la desarticulada deste contexto, do modelo de desenvolvimento do país que considera essas populações invisíveis ou um empecilho para o progresso, excluindo-as de diferentes maneiras através dos tempos. Lutar contra esses obstáculos ou ampliar as conquistas sociais significa desenvolver, a cada momento, a consciência de que o direito à saúde é limitado em função da correlação de forças baseada na ordem social vigente e, que, para que a saúde seja de fato assegurada, torna-se necessário a superação dessa ordem (CARNEIRO; KREFTA; FOLGADO, 2014; PAIM, 2008).

No capitalismo, opera a lógica mercadológica da saúde, sendo esta reduzida a ausência de doença, e, portanto, sinônimo de medicalização, de atendimento médico especializado em hospitais, entre outros; funcionando apenas para compensar problemas estruturais individuais e não coletivos. Neste sentido, a saúde, diferentemente do que alguns defendem, não pode ser apreendida simplesmente como uma mercadoria, mas sim como um fenômeno ampliado que envolve os modos de ser e de produzir e/ou recriar a vida, em sua singularidade e multidimensionalidade. Nessa perspectiva, é preciso estar atento e questionar os discursos que privilegiam esse conceito de saúde ligado somente a dimensão biológica/mercadológica, pois estes contribuem para fortalecer uma concepção fragmentada de ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo das práticas de saúde (CARNEIRO; KREFTA; FOLGADO, 2014).

Esse modo de intervenção tem sustentado uma forte relação de dependência entre os indivíduos e os serviços prestados pelos profissionais da área da saúde, que colocam os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis por realizarem mudanças na saúde. Essas questões são muito perceptíveis, inclusive, nas propostas de alguns programas e políticas de saúde governamentais, desenvolvidos de forma padronizada e centrada nos cuidados com as doenças biológicas, sem considerar o contexto geral de vida das populações, especialmente daquelas que

vivem em comunidades rurais (BRASIL, 2006; CARNEIRO; KREFTA; FOLGADO, 2014; CAMPOS, 2016).

As populações que vivem nas áreas rurais possuem uma dinâmica de vida que envolve hábitos, rotinas e processos de trabalho diferenciados, ligados a terra, e que necessitam de uma atenção especial da área da saúde, que, quando preconizada sob o viés da universalidade, deve ser desenvolvida na perspectiva de respeitar os diferentes modos de viver das populações, ofertando práticas de saúde condizentes com essa realidade. As primeiras políticas de saúde voltadas para o rural foram baseadas em uma concepção restrita da relação entre desenvolvimento e saúde no Brasil, buscando com isso atender a interesses econômicos, ligados à garantia de mão-de-obra sadia para a exploração de recursos naturais (CARNEIRO et al., 2007; BATISTA; ALBUQUERQUE, 2014).

A partir das mobilizações dos trabalhadores rurais, se constituindo em grupos de pressão, com grande capacidade de articulação política frente ao Estado, foram vencidas, importantes barreiras associadas aos interesses privados e coorporativos na área da saúde. Na década de 1960, a pressão das Ligas Camponesas desencadeou a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural - FUNRURAL pelo Estado. Já no final dos anos de 1970, o movimento pela redemocratização do país abriu espaço para a criação do Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde - PIASS e mais adiante para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo assim a saúde como um direito de todos e dever do Estado (CARNEIRO et al., 2007).

A criação do SUS, na Constituição Federal Brasileira de 1988, é fruto dessa ampla mobilização social chamada Movimento Sanitário, que envolveu profissionais ligados ao campo da saúde coletiva, universidades, movimentos sociais, sindicatos e sociedade civil organizada, na luta pela redemocratização da saúde e que deu origem a um novo processo de Reforma Sanitária no país. Esse movimento expressou a indignação da sociedade frente às diversas desigualdades sociais a que estavam expostas a população brasileira e as várias tentativas de mercantilização da saúde, configurando-se em uma ação política centrada em um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo como base a saúde como um direito universal de cidadania. No bojo deste Movimento é que as lutas pela terra, pela Reforma Agrária e pela saúde convergem, especificamente, na redefinição do conceito de saúde, elaborado durante a 8ª Conferência Nacional

de Saúde - CNS, realizada em Brasília, no ano de 1986, em que o acesso e posse da terra passam a ser incorporados como uma condição para se "ter saúde" (CAMPOS, 2016; PAIM, 2008).

A crítica ao discurso liberal da medicina preventiva produzida por Arouca (2003), em sua tese de doutorado, instigou/ mobilizou muitos esforços para a sua superação, propiciando assim a criação de um novo campo na saúde no Brasil, a saúde coletiva. A compreensão da determinação social do processo saúde-doença e o repensar de outros conceitos desencadearam repercussões em termos políticos e nas diversas práticas de saberes ligados a saúde, em contraste com a hegemonia monocultural do paradigma biomédico.

Desta forma, o campo da saúde coletiva como impulsionador e inserido no Movimento Sanitário, tem possibilitado a construção de espaços fomentadores da substituição de monoculturas por ecologias, vindo ao encontro do que Santos (2010) conceitua como Sociologia das Ausências, ou seja, tornar presente as experiências que foram desperdiçadas, por meio de múltiplas formas de produção social de ausências, tais como: o ignorante, o residual, o inferior, o local, e o improdutivo. Em cada um desses domínios, se exerce a Sociologia das ausências substituindo as monoculturas por ecologias (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Direcionamo-nos assim para a elaboração de um conhecimento ético e político, que seja capaz de reconhecer as interfaces da desigualdade social, e que possa ir ao mundo vivo recolher seus objetos de estudo, a partir das lentes de uma sensibilidade engajada, ao encontro daqueles grupos sociais mais vulneráveis, a favor da construção de uma sociedade justa e equânime. Somente nesta perspectiva seremos capazes de construir uma contraepistemologia, assentada no diálogo entre as diferentes culturas e saberes, na solidariedade e no compromisso social, rumo à emancipação humana (SANTOS, 2010; CARNEIRO, 2015).

É neste contexto que as experiências da educação popular articuladas com a saúde ganharam visibilidade. A participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, desde os anos de 1970, tem possibilitado a criação de uma nova forma de se relacionar com a população, representando uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora presente nas práticas de saúde até então desenvolvidas (MELO; CUNHA, 1999; GOMES; MERHY, 2011).

A educação popular em saúde busca desenvolver uma relação de troca de saberes, entre o saber popular e científico, no qual ambos têm muito a aprender um com o outro. A partir desse

diálogo, as equipes de saúde têm a possibilidade de ampliar as suas práticas, diminuindo assim o distanciamento cultural entre as instituições de saúde e a população. Neste contexto, a educação popular em saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas também a intensificação da participação popular nas instâncias de gestão do SUS. Nessa perspectiva, a postura dos profissionais de saúde deveria ser de respeito e diálogo com o saber popular, pois representam uma sistematização de conhecimentos que vem se acumulando e passando de geração em geração, reconhecendo assim o papel desempenhado pelos diversos agentes de práticas populares de saúde presentes nas comunidades (GOMES; MERHY, 2011).

Porém, apesar de termos avançado com o processo de criação e regulamentação do SUS, pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e sua complementar nº 8142/90, e posteriormente com a implementação de um conjunto de políticas fomentadoras de novas experiências no campo da articulação entre os saberes científico e popular, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; ainda é muito forte a influência do modelo de atenção à saúde hegemônico/biomédico, centrado na doença-cura, no atendimento médico-hospitalar, na medicalização da vida e na valorização do saber cientifico, e que favorece a visão mercadológica da saúde. Esse tensionamento constante faz com que muitas comunidades se distanciem das suas práticas tradicionais de cuidado a saúde e passem a requisitar/reivindicar por cuidados nos moldes do modelo biomédico (CARNEIRO et al, 2007; CAMPOS, 2016).

Neste sentido, na perspectiva de criar novas possibilidades de enfrentamento desse modo de pensar e fazer saúde, ligado ao modelo biomédico, e na perspectiva de contemplar a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas é que alguns pesquisadores, dentre eles, professor Fernando Ferreira Carneiro, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ Ceará e professor colaborador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB, se aproximaram dos estudos produzidos pelo sociólogo e professor Boaventura de Sousa Santos, que refere a ciência, com todo o rigor de seus critérios, ao desacreditar ou se colocar numa posição de superioridade em relação aos demais saberes, contribui para o estreitamento das nossas relações e percepções sobre a realidade, desperdiçando oportunidades e espaços de construção de

conhecimentos. Romper com essa estreiteza, não é romper com o conhecimento cientifico, mas sim com a forma com que ele é concebido na atualidade (SANTOS, 2014; CARNEIRO et al., 2007).

Nesta perspectiva, para rompermos com a monocultura do saber científico, o autor propõe a Ecologia de Saberes, compreendida como um diálogo horizontal entre os diversos saberes, incluindo o científico, saberes como o camponês, o artístico, o indígena, o popular e outros tantos que foram sendo descartados historicamente, na busca por compreender suas diferenças e não fazer disso elementos de fragmentação, mas sim de acúmulo de forças para o avanço das lutas sociais (CARNEIRO; KREFTA; FOLGADO, 2014).

A Ecologia de Saberes busca dar visibilidade e consistência epistemológica ao saber propositivo. Trata-se de uma Ecologia porque está alicerçada no reconhecimento da pluralidade de saberes heterogêneos, da autonomia de cada um destes saberes e da articulação sistêmica, dinâmica e horizontal entre eles. Quer dizer, a Ecologia de Saberes se sustenta na independência complexa entre os diferentes saberes que constituem o sistema aberto de conhecimento que se encontra num processo constante de criação e renovação. O conhecimento neste contexto é interconhecimento, é reconhecimento, é autoconhecimento (SANTOS, 2010, SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

3. METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvida no assentamento da antiga Fazenda Annoni, localizado no município de Pontão, na região norte do estado do Rio Grande do Sul, sendo os procedimentos metodológicos adotados compreenderam a realização de uma pesquisa exploratória, bibliográfica, documental e de campo, no período de março de 2017 a junho de 2018.

A pesquisa exploratória teve a finalidade de levantar informações sobre o período da ocupação e da formação do Assentamento na Fazenda Annoni, que possibilitassem maior familiaridade com a problemática da pesquisa, utilizando para isso a técnica de observação simples ou assistemática. O desenvolvimento da pesquisa bibliográfica envolveu o levantamento, leitura, análise e interpretação de materiais bibliográficos que passaram por tratamento analítico e foram publicados, em bibliotecas ou em base de dados, sendo que a síntese desses estudos originou o arcabouço teórico sustentador do desenvolvimento da tese.

Para a pesquisa documental foram coletados durante o trabalho de campo, no momento de interação com os sujeitos da pesquisa, na página oficial do município de Pontão e do Ministério da Saúde. Foram selecionados documentos como: fotografias antigas que retratam a realidade do Acampamento e do Assentamento; Relatório Ambiental dos Projetos de Assentamentos Encruzilhada Natalino III/ Rio Bonito e Encruzilhada Natalino IV – MDA/INCRA – 2009; Plano Municipal de Saúde – 2006/2009; Plano Municipal de Saúde 2014/2017; Plano Municipal de Saúde – 2018/20121; Ata da Câmara Municipal de Pontão nº 001/2017 referente a aprovação do Relatório de Monitoramento da Gestão em Saúde – RMGS – 3º Quadrimestre e da Prestação de Contas do ano de 2016; Ata da Câmara Municipal de Pontão nº 002/2017 referente a aprovação do Relatório de Monitoramento da Gestão em Saúde – RMGS 1º Quadrimestre do ano de 2017; Portaria nº 572/2013 – Nomeia integrantes para compor o Conselho Municipal de Saúde de Pontão/RS. Após a seleção realizou-se a etapa de análise e interpretação dos conteúdos que emergiram desses documentos e que serviram como subsídio para a análise dos dados.

A coleta de dados durante a pesquisa de campo deu-se por meio das seguintes técnicas: Entrevista não-estruturada, que é aquela que permite ao entrevistado falar livremente a respeito da temática em estudo, e que busca a visão geral que o entrevistado tem sobre o tema; Observação simples ou assistemática e registros em Diário de campo. Aliado a períodos de outras vivências no Assentamento, na perspectiva de conhecer e interagir com a dinâmica de vida do assentamento. Os dados coletados, por meio das entrevistas, foram sistematizados e organizados considerando em três grupos: Grupo A - Representantes do assentamento e Agentes Externos; Grupo B - Agentes de Práticas Populares em Saúde e Grupo C - Trabalhadores da área da saúde. Foram entrevistados 44 sujeitos, sendo 19 do Grupo A; 16 do Grupo B e 09 do Grupo C, seguindo os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos.

Da inter-relação dos dados pertencentes aos Grupos A, B e C, por meio da aplicação do Método de Triangulação de dados; acrescidos das informações coletadas durante as observações e registradas no diário de campo, da pesquisa documental e da pesquisa bibliográfica, vieram à tona os múltiplos olhares sobre a experiência de luta pela terra e saúde no norte do RS, cuja análise foi aprofundada utilizando-se o Método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (2004). Desta aplicação emergiram as seguintes categorias:

4. RELATO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1 A problemática de saúde e a organização e funcionamento do setor da saúde no acampamento

O olhar sobre a problemática de saúde presente no acampamento na Área 10, não está sustentado somente na visão das doenças biológicas, mas no contexto de vida em que as famílias estavam inseridas e que se tornavam determinantes para o processo saúde e doença, numa perspectiva de análise ampla, política, social, cultural e econômica. Considerando que estas famílias são oriundas de vários municípios e trazem consigo os diferentes modos de viver e de se relacionar com a natureza, numa situação em que estar em um ambiente provisório faz parte deste contexto de vida (BRASIL, 1986; CARVALHO, 2013; SOUZA, 2013).

Neste sentido, em linhas gerais, os entrevistados relataram que os principais problemas de saúde que a maioria das pessoas enfrentavam estava diretamente relacionado às precárias condições vividas naquele período. Pois, as famílias estavam expostas as intempéries por morarem nos barracos cobertos por lona preta (calor excessivo, frio, chuva), a escassez e precariedade da alimentação, questões de higiene e saneamento, do acesso à água potável, do destino do esgoto e lixos, entre outros fatores. Além disso, o ambiente de forte tensão e pressão por conta das negociações e intervenções externas no acampamento também contribuíram para o desencadeamento de certas doenças e outras situações.

Não havia um registro formal dos casos de morbidade e mortalidade pelo Setor de Saúde no acampamento, no entanto, principalmente as lideranças de saúde retratam em suas falas o surgimento de um quadro de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, agudas e crônicas, nesse período. Doenças ocasionadas por parasitas como a pediculose, escabiose, verminoses e bicho de pé são alguns dos exemplos. Segundo as lideranças de saúde, houve um período em que teve um surto de bicho de pé, e que tiveram que desencadear uma ação de saúde conjunta envolvendo vários integrantes do Setor da saúde para tratar as pessoas e os animais, para assim controlar e minimizar os casos.

Outra situação relatada dizia respeito aos casos de pediculose nas crianças que frequentavam a escola de lona no acampamento e que da mesma forma que a situação do bicho de pé, exigiu ações em conjunto realizadas pelo setor saúde e as famílias. Sempre eram repassadas

orientações, mas como reuniam cerca de 100 crianças em um espaço coletivo, haviam certos momentos em que os casos de pediculose aumentavam consideravelmente. Quando isso ocorria os profissionais de saúde e as lideranças faziam um mutirão, com orientações e aplicação de medicamentos para eliminá-los. Também eram recomendados o uso de recursos alternativos, como o uso de plantas medicinais na forma de sabão para lavar os cabelos das crianças e de toda a família.

Nos relatos dos entrevistados também foi possível identificar que durante esse período ocorreram casos de sarampo, conjuntivite, infecções respiratórias e gastrointestinais. E que em alguns casos de doenças gastrointestinais, estas acabaram desencadeando desnutrição e/ou desidratação, principalmente nas crianças. Motivo inclusive de alguns óbitos no acampamento. Já em relação às doenças não-transmissíveis, são relatados casos de alcoolismo, tabagismo, pequenos acidentes com ferramentas de trabalho, lesões decorrentes de algumas brigas e machucaduras em geral. Também haviam nos núcleos familiares algumas mulheres grávidas e que exigiam um acompanhamento diferenciado, desenvolvido principalmente pelas lideranças de saúde, responsáveis pelos núcleos familiares.

Nem todas as pessoas ficaram doentes ali no Acampamento, algumas como já se encontravam morando e vivendo em condições precárias antes de vir para o acampamento, já chegaram apresentando problemas de saúde, como por exemplo: desnutrição, hipertensão, diabetes, problemas renais, alergias, entre outras situações. E a vinda para o Acampamento, por vezes, acabou agravando esses problemas para alguns.

Portanto, o cenário descrito pelos entrevistados acerca da problemática de saúde demonstrava a necessidade de se ter um Setor da Saúde ágil e dinâmico estruturado no acampamento, no sentido de permitir acesso as diferentes formas de tratamento das doenças, sem perder de vista a prevenção, pois eram muitas as famílias a serem cuidadas nesse período.

Neste contexto, as experiências relacionadas ao Setor da Saúde foram sendo construídas e organizadas contando com uma infraestrutura física e de transporte e com a participação e o envolvimento de um conjunto de sujeitos, que a partir do seu protagonismo teceram uma rede de encontros, entre os saberes e práticas, científicas e populares, presentes no acampamento, para a produção das ações de saúde, individuais e coletivas, alicerçados nos princípios da cooperação e da

solidariedade. Para tanto, foram criados diferentes espaços de debates e de formação, no sentido de fortalecer essa construção coletiva da atenção à saúde na Annoni.

O objetivo comum que mobilizava os sujeitos envolvidos com o Setor da Saúde era o de propor e desenvolver estratégias de luta (práticas de saúde) contra as doenças e em defesa da vida das famílias, mantendo-as firmes, em pé e envolvidas com as atividades internas e externas do acampamento, em resistência na luta pela conquista da terra e por melhores condições de vida. Para tanto, o diálogo e a articulação com os outros Setores do acampamento e com demais agentes externos eram sistemáticos e permanentes.

4.2 O coletivo em movimento: os sujeitos envolvidos na produção de ações em saúde

O conjunto das entrevistas revelaram que os problemas de saúde no Acampamento não foram enfrentados somente pelas ações específicas desenvolvidas pelos profissionais vinculados, primeiramente ao Barraco da Saúde, e em seguida ao Posto de Saúde, e que representavam o sistema oficial de saúde, mas também pelo envolvimento de outros sujeitos comprometidos, de diferentes formas, com a produção de ações de saúde na Annoni, sendo eles: Lideranças integrantes da Comissão de Saúde; Lideranças de saúde que representavam os núcleos familiares; Agentes de práticas populares em saúde (benzedeiras/rezadeiras, costureiras de rendiduras, erveiras, parteiras e arrumadores de ossos) e Agentes externos vinculados ao acampamento (igreja, universidades, voluntários, etc.)

4.2.1 Atuação da Comissão de saúde

A Comissão de saúde desenvolvia um processo de gestão participativa no Setor da saúde, sendo responsáveis pelas atividades de planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação do conjunto das ações e serviços que eram desenvolvidos junto aos núcleos familiares no acampamento. Toda a tomada de decisão era no coletivo, exceto aquelas em caráter emergencial. Desenvolvia, portanto, um importante papel de articulação e mediação política e técnica entre os sujeitos que se envolviam com a produção das ações de saúde, apoiadas/assessoradas por profissionais/lideranças de saúde do município de Ronda Alta.

Para isso, encontrava-se cotidianamente circulando entre os espaços do acampamento, dialogando com os profissionais de saúde, lideranças de saúde, com os agentes de práticas populares em saúde, com os agentes externos, com as outras comissões específicas e com a comissão

executiva. Inicialmente a Comissão era constituída por três lideranças comunitárias, sendo que um deles exercia o papel de coordenador geral da Comissão.

> Antes da luta eu vivia de favor aqui e ali... E foi na luta que eu me libertei!! Eu tinha muita responsabilidade... Todas as decisões sobre a saúde eram com a comissão.... Nós é quem decidíamos inclusive quem contratar de profissional... as vezes dava problema e nós já agíamos, já fazíamos reunião... nós nos reuníamos sempre pra não deixar nenhum problema sem solução... (Coordenador Geral da Comissão de Saúde)

Neste sentido, os diferentes relatos dos entrevistados demonstraram o reconhecimento e a legitimidade da atuação da Comissão nesse período, vindo ao encontro do que Marcon (2016) refere sobre o Acampamento Natalino, mas que também se aplica a realidade da Annoni, que da condição de excluídos eles passam a lideranças marcantes, desenvolvendo diversas lutas que contribuem para a desconstrução dos discursos produzidos e usados pelos governos para reforçar a condição de opressão e anonimato.

Além do compromisso com o desenvolvimento das atividades de saúde no âmbito interno do acampamento, a Comissão também assumia a responsabilidade de formar equipes de saúde para dar suporte e acompanhar as atividades de mobilizações e pressões que eram realizadas fora do acampamento. Segundo os relatos, geralmente essas equipes eram constituídas pelas lideranças e algumas vezes também pelos profissionais de saúde.

4.2.2 Atuação das lideranças de saúde

Para cada núcleo de 11 a 12 famílias, havia uma liderança de saúde, que tinha como atribuição identificar, encaminhar e acompanhar os problemas de saúde desse conjunto de famílias. Assumiam o papel de ser elo de ligação entre as famílias e os demais sujeitos envolvidos com o processo de produção de ações de saúde, tendo sua atuação centrada nas atividades de educação em saúde.

As lideranças eram escolhidas pelas famílias em uma reunião, na qual eram verificados o interesse e a afinidade da pessoa em assumir esse compromisso com o desenvolvimento de atividades ligadas a saúde. No total eram 120 lideranças que se encontravam sistematicamente em diálogo com a Comissão de saúde, com os profissionais que atuavam no posto de saúde, com os agentes de práticas populares em saúde presentes no acampamento e também com os agentes externos.

Para ter um acompanhamento efetivo da situação das famílias, as lideranças realizavam visitas periódicas nos barracos para levantamento de problemas. Por vezes, desenvolviam rodas de conversas na forma de grupos e/ou cursos para abordar temas relacionados à saúde, principalmente sobre higiene, doenças relacionadas as condições de vida e os principais cuidados que as famílias precisavam adotar para evita-las. Além disso, desenvolviam atividades no posto de saúde como: recepção, distribuição de fichas, organização dos materiais, limpeza, entre outras.

Houveram relatos de que algumas lideranças também atuavam como agentes de práticas populares em saúde, realizando benzimentos e recomendando o uso das plantas medicinais para o tratamento de certas doenças. O que contribuía para fortalecer ainda mais o vínculo das lideranças com as famílias de cada núcleo.

> Como eu tava te contando... a gente tinha que pegar em todas as pontas, porque tinha muitos problemas de saúde... daí muitos que eram lideranças da saúde também benziam... eu era um deles, porque daí nas visitas que eu fazia nos barracos já aproveitava pra fazer isso e pra ver que planta eles tinham pra fazer chá... (Liderança e agente de prática popular em saúde D)

Porém, de uma forma geral, a atuação das lideranças estava diretamente relacionada ao perfil de cada pessoa, sendo que na percepção dos entrevistados, uns núcleos eram mais ativos e dinâmicos que outros. Mas todas as lideranças estavam focadas em levantar os problemas e situações ligadas à saúde com agilidade, permitindo que fossem resolvidos rapidamente, evitando assim que se transformasse em um problema maior a ser enfrentado por todo o acampamento.

4.2.3 Atuação dos agentes de práticas populares em saúde – os guardiões da sabedoria popular em saúde no acampamento

O Setor da Saúde também contava com o apoio e o envolvimento de vários agentes de práticas populares em saúde que vieram para a Annoni. Pois, tendo em vista o contingente de pessoas que integravam o acampamento, cerca de 7.000, tornava-se necessário lançar mão de todos os recursos disponíveis para a resolução e também para a prevenção das doenças que iam surgindo, fruto da realidade vivida no acampamento.

Identificou-se, portanto, a presença de uma diversidade de saberes e práticas relacionadas à saúde, fruto do universo cultural de cada família e que foram sendo acionados em diferentes momentos pelas famílias, lideranças e profissionais de saúde. Eram benzedeiras/rezadeiras, costureiras de rendiduras, erveiras, parteiras e arrumadores de ossos que estavam nos diferentes

núcleos familiares do acampamento da Anonni e que aos poucos foram sendo reconhecidos por suas atividades de cuidado a saúde.

Muitos já desenvolviam estas práticas antes de virem para o acampamento, cujo conhecimento aprenderam com seus pais ou familiares, momento em que também assumiram o compromisso de repassarem essa sabedoria para as demais gerações das famílias. São, portanto, considerados guardiões da sabedoria popular relacionada à saúde. De acordo com Brandão (2000), o saber popular é repassado de geração para geração por meio de conversações. Essa tradição oral serve de base para a leitura e interpretação da realidade pelos diferentes sujeitos.

Santos (2010) refere que os saberes populares são utilizados para a leitura de mundo, e é por meio destes que a natureza é interpretada, numa lógica diferente do conhecimento científico, pois é resultado de experiências, de trocas e de convívio com a natureza. Essa forma de aquisição de saberes relacionadas às experiências vividas cotidianamente são compreendidas nas obras de Paulo Freire (2008, p.59) como "saber da experiência feito", e que dizem respeito as maneiras que vamos respondendo e sentindo ao que nos vai acontecendo ao longo da nossa vida. Trata-se de um saber que está relacionado a um indivíduo ou a uma comunidade em específico.

O fato de ser uma prática repassada entre as gerações, é mencionada pelo coordenador geral da Comissão de Saúde, como uma das razões de ter sido comum encontrar nos núcleos familiares, pessoas que atuavam como benzedeiras/rezadeiras, costureiras de rendiduras, erveiras, parteiras e arrumadores de ossos. Outras pessoas, por necessidade e por confiarem nessa prática de cuidado a saúde, foram aprendendo durante o acampamento. A preocupação com a saúde dos filhos pequenos foi o principal motivo da busca por esses aprendizados.

Uma outra prática citada pela coordenação, que também era comum de ser encontrada nas famílias, dizia respeito ao uso e preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais para o tratamento de doenças como febres, vômitos, diarreias, entre outras doenças, mas que também podiam ser utilizadas para outras situações, em alguns casos como fortificantes, na prevenção da anemia e fraquezas. Algumas pessoas traziam as plantas de fora do acampamento, mas outras coletavam na própria fazenda.

> Quando a gente precisava de fazer um chá, a gente corria nos campo buscar... tinha muita planta naquele período... (Agente de prática popular em saúde G)

Então, para cada núcleo ou núcleos de famílias do acampamento haviam diferentes referências de agentes de prática populares em saúde. Pela quantidade de pessoas que constituíam o acampamento, tornou-se praticamente impossível mapear quem eram todos os agentes. Mas durante a entrevista com o coordenador, ele se recordou de alguns nomes que eram muito referenciados nesse período. Refere que a maioria dos agentes de prática popular de saúde na Annoni eram mulheres, o que ele associa com os cuidados com os filhos pequenos.

A mais antiga benzedeira da Annoni tem 84 anos, e é reconhecida por sua generosidade, solidariedade, sempre disposta a ajudar as pessoas. Além de benzer, ajudava na limpeza e manutenção do posto de saúde. Era conhecida pelas famílias acampadas pelos atos de solidariedade e por ajudar as pessoas de diferentes maneiras. Muitas pessoas foram inclusive acolhidas em seu barraco.

A outra agente de prática popular que reside na Área 09, aprendeu a benzer com a sua mãe no período do acampamento e está passando para os filhos esses aprendizados. Os principais problemas para os quais realiza os benzimentos são para "machucados, torcicolos e bichas[4]". Recorda das muitas dificuldades que as famílias enfrentaram durante o acampamento. E que naquele período atendia muitas crianças, mas que com o passar do tempo tem realizado benzimentos mais em adultos. Sempre foi uma liderança comunitária muita ativa na comunidade e por conta disso, interagiu e tem interagido muito com as famílias.

A mais conhecida agente de prática popular reside na Comunidade 16 de Março, e referenciada por muitos entrevistados, diz ser muito católica, uma pessoa de muita fé. Vinda de Alto Recreio revela que vieram motivados em ter um pedaço de terra para viver e deixar para os filhos. Até então viviam e plantavam na terra dos seus pais. Lembra também que benzeu muitas crianças e adultos na época do acampamento, que muitas vinham orientadas pelas lideranças, pelos vizinhos, e por quem a conhecia através dos benzimentos.

Além disso, preparava remédios à base de ervas medicinais para as pessoas que a procuravam e para a própria família. Quem passou esses conhecimentos para ela foi seu pai, que inclusive ela conta que havia sido preso diversas vezes, acusado de bruxaria. Refere que naquele tempo antigo pessoas como ele eram muito perseguidas, porque lidavam com a fé e as crenças das

[4] Termo utilizado pelos entrevistados para se referir aos vermes intestinais.

pessoas. Como ela cresceu nesse meio, foi aprendendo a identificar as doenças e a fazer as benzeduras e remédios, dando seguimento a essa sabedoria de seu pai.

> Eu cresci nesse meio... vi meu pai curar muita gente... vi ele fugir da polícia que vinha atrás dele... naquele tempo era mal visto quem benzia, sabe?!... me lembro de um livro de capa preta que meu pai usava... lá tinha muitos ensinamentos... e depois que eu fui crescendo eu fui vendo que eu tinha o dom também... e meu pai foi me ensinando... e sigo até hoje... (Agente de prática popular em saúde I)

Esse relato, nos remete aos estudos dos autores Andrade, Mello e Holanda (2015) que referem que entre o século XIX e meados do século XX, a pajelança e o curandeirismo eram proibidos pelos códigos municipais de postura e no código penal brasileiro. Por isso, ocorriam muitas prisões e perseguições aos então denominados pajés e curadores, sendo estes acusados de exercício ilegal da medicina, charlatanismo, exploração da população carente, bruxaria, etc. Já no século XXI, embora ainda se encontre discriminação nesse meio, os especialistas (agentes de práticas populares em saúde) de sistemas não oficiais de saúde possuem uma maior liberdade de ação, sendo respeitados pelos órgãos oficiais, principalmente os da saúde.

Com o passar do tempo e frente às situações vividas no acampamento, ela conta que foi aprendendo outras práticas com outras benzedeiras, algumas ali mesmo da Annoni. Aprendeu a benzer para as "bichas, quebrante e amarelão". Refere que não tem um lugar específico para realizar os benzimentos, e os utensílios que utiliza para benzer muda de acordo com a doença apresentada pelas pessoas, pode ser um copo de água, linha[5], arruda[6] e assim por diante. Reforça que a pessoa que não é católica, que não tem fé, não adianta nem benzer, porque não vai funcionar. Pois a fé está diretamente ligada ao sucesso da prática dos benzimentos segundo ela.

E esse é um aspecto apontado pelos demais agentes entrevistados, que reforçam a importância da religiosidade nas práticas populares em saúde. Todos os agentes entrevistados referem que possuem muita fé, e que são católicos praticantes. Por ser um dom, eles não cobravam pelo atendimento. Dentre as doenças mais comuns atendidas mencionadas por eles nesse período

[5] Se utiliza um pedaço de linha de costura para fazer o benzimento.

[6] Arruda é uma planta utilizada para o benzimento. Geralmente se utiliza um galho da planta.

são: de ar, susto[7], bichas, quebranto, mau olhado, dor de barriga, etc. Atendiam muitas pessoas, mas principalmente crianças.

Para o tratamento das doenças, utilizavam além das orações, objetos como linha, tesoura, água, velas, emplastos, massagens, banhos de ervas, chás, "garrafadas" contendo várias plantas e preparadas pelo erveiro. Existem alguns estudos que apontam que muitos dos conhecimentos e técnicas usadas pelos agentes de práticas populares em saúde tenham sido aprendidas com populações indígenas desde o período da colonização e desde lá vem sendo repassada de geração em geração (ANDRADE; MELLO; HOLANDA, 2015).

Geralmente o agente de prática popular em saúde, iniciava o tratamento das doenças com o benzimentos e depois com a indicação da erva(s) medicinal(is). A maioria refere que não tinham um local específico para atendimento, que podia ser em seu barraco ou nos barracos das famílias. Portanto, para cada tipo de doença existia uma oração específica e também um tipo de erva medicinal.

Eles mencionaram que nesse período do acampamento, trabalhavam articulados com as lideranças e profissionais de saúde, mas não no mesmo espaço físico. A interação entre suas atividades se dava por meio das orientações e encaminhamentos, que eram realizados tanto pelos profissionais quanto pelas lideranças de saúde. As pessoas também chegavam até eles por indicação de um familiar, vizinho e conhecidos. Da mesma forma, quando percebiam que a situação necessitava de um olhar dos profissionais encaminhavam as pessoas ao posto de saúde. Cada um trabalhava a seu modo, mas sempre se respeitando.

> Os benzedores eram mais reservados, porque a busca do benzimentos envolvia a fé e a crença, e nem todas as pessoas acreditavam na benzedura... já o uso das plantas pra saúde era bem mais comum... (Agente de prática popular de saúde D)

Assim, a busca pelas benzedeiras e demais agentes das práticas populares em saúde, se dava, além da crença, pela confiança nas pessoas que desenvolviam essa prática de cuidado a saúde, pois eram pessoas que estavam na mesma situação, compartilhando os mesmos espaços de atividades que envolviam a dinâmica organizacional do acampamento.

[7] Quando as crianças se assustam com facilidade e isso as deixa agitadas e irritadas se recomenda benzer para susto.

4.2.4 Atuação dos profissionais e a infraestrutura física e de transporte da saúde

O contexto da luta pela terra, de constantes tensões e conflitos, fazia com que os profissionais de saúde tivessem uma agenda dinâmica de atendimentos. Esses profissionais que atuavam no acampamento, foram cedidos inicialmente pelo município de Ronda Alta e os atendimentos eram realizados em um barraco de lona preta, chamado de "Barraco da Saúde". Os materiais e medicamentos utilizados também eram fornecidos pelo município, porém outras entidades, instituições e voluntários apoiavam com doações e também com o desenvolvimento de atendimentos voluntários.

Porém, a partir de reuniões e negociações com o governo de estado, em seguida, foi construído um Posto de Saúde, próximo ao palco do acampamento, no qual haviam salas destinadas aos procedimentos de enfermagem, consultórios médico e odontológico, cozinha e sala de espera. A estrutura do Posto de Saúde, permanece até hoje na Área 10, e fica no lote de uma família assentada. O seu interior abriga um depósito de uma oficina mecânica.

Os profissionais de saúde, materiais e medicamentos também passaram a ser subsidiados financeiramente pelo Estado. Mas o Setor da Saúde seguia recebendo doações, principalmente de medicamentos de amostra grátis. Porém, quando necessário, outros tipos de medicações ou serviços de saúde eram comprados com verbas do próprio acampamento, via Setor de Finanças.

O perfil destes profissionais constitui um elemento de destaque, sendo possível identificar que desenvolviam suas práticas de maneira integrada e interdisciplinar, numa perspectiva contra hegemônica e sintonizados com os pressupostos da educação popular em saúde. Suas ações, tanto individuais quanto coletivas, tinham o intuito de resgatar e aliar os saberes científicos e populares para o enfrentamento dos problemas de saúde vivenciados pelas famílias. Por isso, trabalhavam em conjunto entre eles e em cooperação com os demais sujeitos envolvidos com o Setor da saúde (Comissão, lideranças e agentes de práticas populares em saúde). O trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, era considerado como um forte aliado nas movimentações e mobilizações de luta pela terra na Annoni.

Em sua entrevista, uma das profissionais, que atuou na equipe de enfermagem nesse período, relata que se envolvia não só com os atendimentos no posto de saúde, mas também com às visitas nos barracos e nas rodas de conversas. As atividades de educação em saúde eram à base

da atuação dos profissionais, sendo que os temas abordados geralmente tinham relação com os cuidados de higiene, alimentação e o uso das plantas medicinais. Também nas situações de conflitos, geralmente com a brigada militar, a equipe de saúde estava junto com as famílias, prestando atendimento aos feridos.

> Eu até hoje lembro do meu avental sujo de sangue de socorrer as pessoas... foi em um dia de confronto... a brigada veio e tinha helicóptero também... era uma barulheira e começaram a bater nas famílias... e nós do postinho corremos pra ajudar... lembro dos meus olhos arderem do gás... mas a gente tinha que aguentar firme pra ajudar... (Profissional de saúde A)

Naquele período, ela menciona, que eram muito fortes os debates sobre a implantação das Ações Integradas de Saúde – AIS nos serviços de saúde, e que os profissionais estavam sendo capacitados para atuarem nos programas de saúde desenvolvidos nos postos de saúde. Ela relembra que participava destas discussões nas reuniões da secretaria de saúde no município de Ronda Alta. A diretriz política das AIS previa o desenvolvimento de ações preventivas junto com as curativas, descentralizadas e focadas principalmente na saúde materno-infantil (CRUZ, 1998; MELO; CUNHA, 1999).

Seguindo nessa mesma linha de atuação, eram preconizados por essa política nacional de saúde que fossem estabelecidos canais de comunicação entre os saberes populares presentes nas comunidades com o saber científico dos profissionais, fortalecendo assim as estratégias de intervenção a serem desenvolvidas pelas equipes nos postos de saúde. Essa forma de pensar e agir na saúde, vai na contramão dos pressupostos da educação em saúde conservadora, que é entendida como uma maneira de fazer as pessoas do povo mudarem seus comportamentos, os quais são prejudiciais à saúde, sendo as informações transmitidas de forma impositiva pelos profissionais de saúde tidos como detentores do saber, sem a participação e envolvendo das pessoas e comunidades (VASCONCELOS, 1997; CRUZ, 1998; MELO; CUNHA, 1999).

Desta forma, ela relembra que no posto de saúde do acampamento também eram disponibilizados vários tipos de chás como um recurso alternativo ou complementar ao tratamento das doenças. Esses chás eram trazidos pelas lideranças de saúde e às vezes pela própria comunidade, sendo seu uso recomendado pelos profissionais atuantes no posto de saúde. Dessa forma, as lideranças e os profissionais propiciavam a valorização do saber popular ligado ao uso de plantas medicinais.

Em virtude do tamanho do posto de saúde, as ações de saúde desenvolvidas eram de caráter individual, e consistiam em consultas médicas, odontológicas, pesagens, verificação de pressão arterial, curativos e campanhas de vacinação. Os atendimentos eram mais focados nas doenças e situações emergenciais que iam surgindo no cotidiano, mas o trabalho de educação em saúde, de caráter preventivo subsidiava tanto esses atendimentos individuais como os coletivos, que eram realizados por meio de grupos, cursos, rodas de conversas e visitas aos barracos. As atividades coletivas eram desenvolvidas pelos profissionais, lideranças e em certas ocasiões por agentes externos, como a Pastoral da criança, Universidades, etc.

O atendimento no Posto de Saúde era 24 horas, depois do expediente dos profissionais, eram as lideranças de saúde que ficavam de plantão. Para isso, eles tinham uma escala para poder acolher as emergências e encaminhá-las, quando necessário, aos hospitais. O coordenador do setor da saúde sempre estava de plantão e relatou em entrevista, que por vezes, teve que levantar-se de madrugada para ir atender a algum chamado. Geralmente eram usados o alto-falante para chama-lo para ir até o posto de saúde. Lembra, que era muito movimentado os plantões, e quando era chamado saia correndo para verificar o que estava acontecendo.

> Eu sempre estava em alerta, ficava de sobreaviso, porque podiam me chamar a qualquer momento pra ir no posto... sabe... corri muito pra ajudar as pessoas... até hoje me lembro disso...as vezes eu chegava lá e não era tão grave... mas eu sempre estava ali pra ajudar a resolver... (Coordenador geral da Comissão de saúde)

Junto ao posto de saúde, para apoiar os atendimentos, havia uma ambulância do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, com motorista cedido pelo estado, para o transporte das emergências. As situações que não podiam ser resolvidas dentro do acampamento, os casos mais graves de doenças e as gestantes em trabalho de parto, eram encaminhadas para os hospitais de referência, nos municípios de Passo Fundo, Ronda Alta, Rondinha e Sarandi. Além da ambulância, o acampamento contava com um fusca para auxiliar nos deslocamentos do Setor da Saúde.

Porém, os entrevistados relataram que nem sempre a ambulância estava em condições de uso, pois enfrentavam problemas como falta de gasolina e de motorista, às vezes. Além das estradas, em dia de chuva, ficarem praticamente intransitáveis. Quando isso ocorria, as pessoas eram levadas para atendimento em saúde, no fusca do Setor da Saúde ou em carros emprestados, que não eram muitos naquele período. Mas transparece nas falas a solidariedade e a cooperação de todos frente a

estas situações, todos se mobilizavam para ajudar, e deslocar o mais rápido possível as pessoas para os serviços de saúde mais próximos.

> Naquele tempo era poucas pessoas que tinham carro, mas os que tinham sempre emprestavam e ajudavam... pois tinham os doentes e as grávidas pra gente levar pro hospital... aquele fusca da saúde... nossa! Não parava nunca...(Sr. Bento Dinis, Coordenador Geral da Comissão de Saúde)

> Ás vezes ocorria de as grávidas já chegarem com os filhos nos braços no hospital, porque demorava pra arrumar um carro pra levar, ou atolava na estrada..(Liderança de saúde C)

Outros relatos também dão conta de que a dificuldade de se deslocar para acessar os serviços de saúde em outros municípios não estava somente na estrada ruim, com barro, mas estava também nos ônibus, onde eram constantemente criticados e discriminados, ou por comentários ou por olhares de desaprovação. O mesmo também era verificado em alguns serviços hospitalares.

Frente a essas dificuldades sentidas principalmente em relação aos atendimentos hospitalares, as lideranças do acampamento se envolveram nas mobilizações realizadas em Ronda Alta, em abril de 1986, e que resultou na compra do Hospital que estava com problemas financeiros, pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais e com o apoio financeiro da Prefeitura e do Fundo de Assistência à Saúde. Com esta aquisição, muitas situações passaram a ser encaminhadas diretamente para o Hospital da Associação dos Trabalhadores de Ronda Alta - ATRA, o que contribuiu para melhorar essa parte do atendimento à saúde.

4.2.5 A participação dos agentes externos na produção das ações de saúde

Para o desenvolvimento das ações de saúde no acampamento, o Setor da saúde contou com o apoio e a colaboração de diversos agentes externos, tais como: município de Ronda Alta, Caritás, Pastoral da saúde e da criança, Universidades, sindicatos, entre outros. Todos interessados em aliar esforços para minimizar os problemas enfrentados pelas famílias e fortalecer as estratégias de luta e resistência na terra. Um destaque a participação do município de Ronda Alta, que prestava apoio e assessoria para a atuação da Comissão de Saúde, pela cedência de profissionais de saúde e pelo apoio nos encaminhamentos dos casos graves que eram identificados no âmbito do acampamento.

Para além do apoio técnico, a parceria com os profissionais do município de Ronda Alta, permitia que os envolvidos com o Setor da Saúde no acampamento se conectassem aos demais debates que estavam ocorrendo no país, sobre a luta pela redemocratização da saúde e criação de políticas que viabilizassem a mudança do modelo de atenção à saúde até então desenvolvidas, na

perspectiva de construir outro que pudesse viabilizar a garantia da saúde como um direito social para toda a população brasileira.

Como mencionado, nesse período, o Movimento sanitário, desencadeava muitos debates em vários locais pelo país, apoiados por várias instituições e organizações governamentais e não governamentais e que culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Além disso, reflexos dessas movimentações, debates e reflexões podiam ser sentidos nas estratégias políticas que eram propostas pelo Ministério da Saúde, e que contribuíam de alguma maneira para essa caminhada rumo à reorientação do modelo assistencial dominante (PAIM, 2013; ESCOREL, NASCIMENTO; EDLER, 2005)

No período (1985 a 1986) estava em voga à implementação das Ações Integradas de Saúde – AIS, para a qual era necessário que comissões de planejamento, gestão e acompanhamento fossem criadas nos municípios que aderissem à política. São elas: a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN; Comissões Interinstitucionais de Saúde - CIS; Comissões Regionais de Saúde - CRIS e Comissões Municipais ou Locais Interinstitucionais de Saúde - CIMS ou CLIS (CRUZ, 1998; MELO; CUNHA, 1999; BERTOLLI FILHO, 2008). Neste contexto, com a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS, em Ronda Alta, o coordenador do setor da saúde, representando o acampamento da Annoni, passou a participar das reuniões e deliberações, levando com ele as demandas do acampamento.

4.3 Mobilizando o coletivo: espaços de formação, participação e construção coletiva das ações de saúde

Uma característica considerada como um diferencial importante na constituição desse acampamento foi à organização e a capacidade da tomada de decisão no coletivo o que contribuiu para a resistência das famílias na luta pela terra. A construção coletiva fez com que as famílias se comprometessem com as atividades desenvolvidas, dentro e fora do acampamento, fortalecendo assim os laços de cooperação e solidariedade entre as famílias.

No que se refere ao Setor da Saúde, as entrevistas revelaram que foram criados espaços de formação, participação e construção coletiva das ações de saúde, compreendidos como espaços potencializadores/promotores da articulação entre os saberes científicos e outros saberes não

científicos para a produção dessas ações de saúde, tendo em vista a resolução dos problemas de saúde enfrentados e na defesa da vida das famílias no acampamento.

Espaços que viabilizaram a promoção de uma ecologia de saberes, quer dizer, o fortalecimento das lutas sociais por meio do diálogo entre os saberes, pois não há construção coletiva sem debates, divergências, conflitos, contradições. Essa construção intercultural promovia a integração de saberes originados de diferentes olhares e experiências de vida (SANTOS, 2010).

Compreendiam esses espaços as reuniões de trabalho, as reuniões/encontros de formação em saúde e a participação nas reuniões da CIMS. Para além desses espaços, estavam aqueles relacionados à formação geral no acampamento, que compreendiam as formações políticas, as místicas, as missas, as romarias, entre outras atividades que eram desenvolvidas no acampamento.

As reuniões de trabalho eram promovidas pela Comissão de Saúde e consideradas como um espaço de debate coletivo para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, bem como para a tomada de decisões sobre os rumos a serem seguidos no Setor da Saúde. Essas reuniões ocorriam semanalmente, junto ao palco do acampamento e envolvia prioritariamente as lideranças de saúde. Dependendo do assunto/problema levantado, outros sujeitos, como os profissionais de saúde, representantes de outros Setores do acampamento ou agentes externos também participavam das reuniões.

Outro espaço considerado em sua potencialidade para a promoção do diálogo entre os saberes e práticas foram às reuniões para formação em saúde, que eram realizadas na forma de grupos ou cursos e envolviam as temáticas relacionadas ao uso de plantas medicinais, alimentação alternativa e saudável, cuidados e higiene, imunizações, entre outros temas que davam sustentação para minimizar certos problemas de saúde enfrentados pelas famílias.

Esses espaços foram criados na perspectiva de qualificar a atuação dos sujeitos envolvidos com a produção das ações de saúde no acampamento, principalmente as lideranças de saúde que atuavam diretamente nos núcleos familiares. Assim, quando as lideranças fossem realizar as visitas nos barracos ou mesmo quando desenvolvessem as rodas de conversas na forma de grupos ou cursos com estas famílias, podiam ir socializando os conhecimentos apreendidos durante os encontros de formação em saúde.

Essa forma de socialização dos conhecimentos tinham o intuito de contribuir para a promoção da saúde das pessoas, para a prevenção de doenças e para o desenvolvimento da vida no coletivo, alicerçados nos princípios da solidariedade, da participação e compromisso social. A participação nas reuniões da CIMS pela Comissão de Saúde também era compreendida com um espaço importante para a construção das estratégias de ação no acampamento. Esse local permitia a conexão, o diálogo entre a realidade vivida no acampamento com a implementação das políticas públicas de saúde.

Havia, portanto, nesse período os espaços específicos para tratar dos temas relacionados aos problemas e situações de saúde, mas que repercutiam diretamente para o fortalecimento da unidade das famílias para permanecerem na luta e resistência.

4.4 Construindo as redes promotoras da articulação de saberes e práticas

Para analisar como se deu a articulação entre os saberes e práticas, científicas e populares, para a produção das ações de saúde no acampamento utilizamos como base os estudos sobre a constituição das redes vivas de cuidado à saúde proposto por Emerson Elias Mehry, que refere que as redes vivas se constituem em um arranjo organizacional, no qual as redes vão se estabelecendo por meio dos sujeitos nas suas experiências vividas, nos encontros e nas conexões cotidianas.

Transpondo esse olhar para o cenário do acampamento, entende-se que a forma de organização e funcionamento do Setor da saúde, cuja mediação era realizada pela Comissão de saúde, favoreceu a construção de uma rede de encontros, de conexões existenciais e institucionais, entre os diferentes sujeitos, viabilizando assim a articulação entre saberes e práticas, científicas e populares, para a produção de ações de saúde para as famílias, tanto curativas quanto preventivas.

No entanto, Mehry *et al* (2014), salienta que as redes vivas podem assumir um caráter fragmentário, ou seja, às vezes são circunstanciais, criadas para dar conta de um determinado problema de saúde, por isso elas podem aparecer e desaparecer, assim como podem emergir, serem acionadas, de qualquer lugar da rede.

Características essas verificadas na constituição de uma rede circunstancial para controlar o surto de "bichos de pé" nas pessoas, cachorros e gatos, relatada pelas lideranças de saúde. Para isso, organizou-se uma força tarefa envolvendo a Comissão, lideranças de saúde dos núcleos familiares, profissionais, agentes de práticas populares em saúde e as famílias unindo esforços para controlar e

eliminar essa situação. Para isso, foram realizadas rodas de conversações sobre o tema, visitações aos barracos, retirada dos bichos e tratamento para as infecções decorrentes desse processo.

> Lembro que teve uma vez um surto de bicho de pé por conta da quantidade de cachorros que vieram com as famílias. E que tivemos que fazer muita orientação para as pessoas. Fomos indo até que conseguimos controlar. Mas não foi fácil fazer as pessoas entenderem que precisavam se cuidar e cuidar dos bichos também... (Liderança de saúde A)

Essa maleabilidade na constituição das redes, nos fez perceber que no âmbito interno do acampamento foi desenvolvido um trabalho de articulação pela Comissão de saúde com vistas a propiciar que as famílias pudessem percorrer diferentes caminhos para resolver os seus problemas de saúde, favorecendo a construção de redes de encontros entre saberes e práticas, científicas e populares, acionadas de diferentes perspectivas. Desde o uso das plantas medicinais cujo aprendizado se dava no âmbito da própria família, até a busca pelo atendimento no posto de saúde e com os agentes de práticas populares em saúde. Desta forma, os encontros não se davam somente nos espaços formais, mas também nos informais, nos espaços de convivência da própria comunidade.

Desta maneira, a atuação individual e no coletivo dos sujeitos envolvidos no processo de produção das ações de saúde, quais sejam, a Comissão de Saúde, as lideranças de saúde, os profissionais de saúde, os agentes de práticas populares em saúde e os agentes externos, bem como os espaços de formação, participação e construção coletiva, viabilizaram que a experiência de luta pela saúde no âmbito do Setor da Saúde fosse constituída por uma constelação de saberes e de práticas, originários dos diferentes olhares e experiências vividas por esses sujeitos, quer dizer, tinham relação com o contexto cultural de cada um deles.

As diferentes culturas ao serem postas em diálogo, nos remete as reflexões de Santos (2006, 2010) sobre a hermenêutica diatópica, que concerne na ideia de que os *topoi* (o senso comum) de uma dada cultura, por mais fortes que sejam, são tão incompletos quanto a própria cultura a que pertencem. O objetivo da hermenêutica diatópica não é, porém, atingir a completude mas ampliar ao máximo a consciência de incompletude mútua através de um diálogo que se desenrola, por assim dizer, com um pé numa cultura e outro noutra.

Nesta forma organizacional, as práticas de educação em saúde se configuraram em um caminho importante para o encontro entre as culturas e saberes, num exercício dialógico viabilizador da troca, no intercâmbio entre o saber popular e o científico, em que cada um dos

sujeitos envolvidos tiveram muito a ensinar e muito a aprender (VASCONCELOS, 1997). Neste sentido, percebe-se que por meio desse encontro, o saber popular pode dialogar com o cientifico sem que a houvesse a desqualificação dessa forma de conhecimento, algo comum na perspectiva da ciência moderna (SANTOS, 2005).

Santos (2010), diz que devemos considerar que os saberes são incompletos, e que consciente dessa incompletude, precisamos compreender que necessitamos de diferentes conhecimentos para diferentes objetivos. E a promoção da Ecologia de Saberes tem essa finalidade, a de superar a hegemonia do saber científico e valorizar outros conhecimentos, de valorizar as diferentes experimentações.

Compreendendo a ecologia de saberes enquanto uma epistemologia pós-abissal, entende-se que a busca de credibilidade para os conhecimentos não científicos não implica no descrédito do conhecimento científico. A reflexão sobre novas formas de produção do conhecimento, expressas no entendimento recíproco da incompletude dos saberes científicos e do senso comum, contribuem para novas percepções e apropriações da realidade (SANTOS, 2010).

A diversidade de problemas encontrados no acampamento, deixam transparecer, por meio das entrevistas, que a equipe do Setor da Saúde estava sempre atenta a todas as situações vividas pelas famílias, para que fossem imediatamente adotadas medidas que viabilizassem a busca pelos diferentes recursos da maneira mais rápida possível. Pois fazia parte da estratégia de resistência na terra, lutar contra as doenças e demais situações que pudessem comprometer a vida das famílias. Desta forma, a organização, a diversidade de ações de saúde desenvolvidas e a criação de espaços de debates e formação são elementos que se sobressaem na construção dessa experiência de luta pela saúde construída no âmbito do Setor da saúde.

Compreende-se que o desenvolvimento desta rede viva de cuidado a saúde das famílias viabilizou em alguns momentos a aproximação e em outros o distanciamento entre os saberes e práticas, científicos e populares. Alguns relatos dos entrevistados, sobre os atendimentos fora do acampamento, nos hospitais de referência, demonstram que as ações ofertadas eram pautadas especificamente no saber científico, em detrimento e desprezo aos demais saberes.

Na memória dos entrevistados está marcado, portanto, o esforço desse Setor em buscar a estruturação de ações e serviços no sentido de contemplar uma visão ampla do processo saúde e

doença. Essa compreensão de que a saúde não está relacionada somente a condição biológica, mas sim ao contexto de vida das pessoas, fez com que fossem acionados diferentes sujeitos e setores na perspectiva de resolverem as problemáticas evidenciadas. Assim, a luta contra as doenças e em defesa da vida das famílias envolvia o desenvolvimento de ações não só de caráter curativo, mas preventivo também.

Essa forma de pensar e agir em relação à saúde, focada em ações curativas e preventivas, presente no acampamento encontrava-se sintonizada com os debates que estavam ocorrendo no país, promovidos pelo Movimento sanitário, e que chegavam até o Setor da Saúde do acampamento pelos profissionais do município de Ronda Alta. Debates estes que salientavam a necessidade de se repensar o Sistema Nacional de Saúde que vinha sendo desenvolvido até então e que reunia características alinhadas com o modelo de atenção à saúde hegemônico/biomédico, portanto, centrado na doença e na atuação do médico, curativista, especializado, medicalizante, hospitalocêntrico, individual, discriminatório, excludente e na valorização do saber científico em detrimento de outros saberes (CAMPOS, 2007; PAIM, 2008; CARVALHO 2013).

Para outro modelo de atenção à saúde, alternativo, assentado nos princípios e diretrizes da integralidade da assistência e do indivíduo, na universalidade, igualdade, resolutividade, equidade, participação da comunidade, na descentralização da gestão dos serviços e ações de saúde; no trabalho interdisciplinar e intersetorial e na valorização de todos os saberes na produção das ações de saúde; garantindo assim que a saúde pudesse ser considerada como um direito de toda a população. Essa movimentação contra hegemônica deu origem, posteriormente, em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (CAMPOS, 2007, 2016; PAIM, 2008; CARVALHO 2013).

O viés contra hegemônico era o que sustentava ambas as lutas, tanto relacionada à terra quanto a saúde, fortalecendo ainda mais a luta social travada pelas famílias na Annoni. A luta é compreendida neste contexto como a impulsionadora do desenvolvimento das diferentes experiências no âmbito do acampamento, as quais vão se tornando em aprendizados no decorrer do percurso. Essa experiência construída foi reflexo do desenvolvimento de um processo participativo e de construção coletiva, articulado pela Comissão de Saúde, de estratégias de luta (práticas de saúde) contra as doenças e demais situações que foram surgindo durante o período do acampamento e que contribuíram para mantê-los vivos na luta.

5. CONCLUSÕES

Percebe-se, a partir da memória dos entrevistados, que se tinha uma preocupação, por parte das lideranças gerais do acampamento, em organizar uma estrutura operacional de atendimento no Setor da saúde que pudesse acompanhar a situação dos núcleos familiares, principalmente as crianças e gestantes. Para isso, tornava-se necessário, contar com o apoio não só dos profissionais, detentores do saber científico, mas também com o apoio de outros sujeitos, os "guardiões" das diferentes formas de saberes e culturas presentes no acampamento, na perspectiva de reunir esforços para o enfrentamento, para a luta contra as doenças e demais situações que iam emergindo naquele contexto, na defesa da vida das famílias.

Para tanto, houve a mobilização/formação de um coletivo no Setor da Saúde, que incluíam as lideranças da Comissão de Saúde, as lideranças de saúde de cada núcleo familiar, os agentes de práticas populares em saúde, os profissionais da área da saúde e o apoio de outros setores e dos agentes externos ao acampamento. Além das atividades internas, o Setor da Saúde também se responsabilizava por prestar apoio com uma equipe de saúde nas atividades que eram realizadas fora do acampamento. Essa forma de organização do Setor da Saúde pode ser compreendida como uma estratégia de resistência das famílias na luta pela terra, como um espaço de fortalecimento e de avanço da luta social.

E é neste contexto de intensas movimentações desencadeadas pelas famílias durante a ocupação e acampamento, que a experiência de luta pela saúde foi sendo construída no âmbito do Setor da Saúde, traduzindo as forças, os esforços e os caminhos percorridos pelos diferentes sujeitos, na busca pela articulação entre os saberes e práticas, científicas e populares, para a resolução dos problemas de saúde que vinham sendo enfrentados pelas famílias, num movimento alinhado com os pressupostos contra hegemônico, de promoção de uma Ecologia de Saberes.

A abordagem focada não só nas doenças, mas pautada no contexto de vida das famílias faziam com que esta experiência vivida na Annoni estivesse sintonizada aos pressupostos sustentadores do Movimento Sanitário, de luta pelo direito a saúde por meio da construção de um novo modelo de atenção à saúde para o país, mais adiante chamado de Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; MELLO, Márcio Luiz; HOLANDA, Violeta Maria de Siqueira. **Saúde e cultura**: diversidades terapêuticas e religiosas. Fortaleza: EdUECE, 2015.

AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2004.

BATISTA, Marina Fenicio Soares; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti. A produção da saúde e a população do campo: uma experiência no assentamento de reforma agrária em Pernambuco–Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 173-194, 2014.

BONAVIGO, Elizabete Ana; BAVARESCO, Pedro Antônio. Fazenda Annoni: da ocupação ao assentamento definitivo. In: TEDESCO, João Carlos; CARINI, Joel João. **Conflitos agrários no norte gaúcho 1980-2008**. Porto Alegre: EST edições, 2008.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. A comunidade tradicional. In:UDRY, Consolación, EIDT, Jane Simoni. **Conhecimento tradicional**: conceitos e marco legal. Brasília/DF: Embrapa, 2015.

BRASIL **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALDART, Roseli Salete. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estudos Avançados**, São Paulo, SP, v. 15, n. 43, p. 207-224, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde. **Ensaios & Diálogos em Saúde Coletiva**. n.3. Novembro 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Gastão Wagner de Sousa. Reforma Política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciências e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, RJ, v.12, n.2**,** mar. /abr. 2007.

CARNEIRO, Fernando Ferreira *et al.* Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p. 275-293, 2014.

CARNEIRO, Fernando Ferreira (Org.). **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde / Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; KREFTA, Noemi Margarida; FOLGADO, Cleber Adriano Rodrigues. A práxis da ecologia de saberes: entrevista de Boaventura de Sousa Santos. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 8, n. 2, p.331-338, 2014.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, SP, v. 27, n.78, p.07-26, 2013.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde:** sujeito e mudanças. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CRUZ, José Francisco das Graças. Assistência à saúde no Brasil – evolução e o Sistema Único de Saúde. Pelotas: Educat, 1998.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.59-81.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**. 15ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

FERNANDES, Bernardo Mançano. Brasil: 500 anos de luta pela terra. **Revista de Cultura Vozes**, v.2, 1999.

FIGUEIREDO, Gislayne Cristina; PINTO, José Marcelino de Rezende. Acampamento e assentamento: participação, experiência e vivência em dois momentos da luta pela terra. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 3, 2014.

FILIPPI, Eduardo Ernesto. **Reforma agrária:** experiências internacionais em reordenamento agrário e a evolução da questão da terra no Brasil. 1 ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2005.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

LAGE, Allene Carvalho. A pedagogia que emerge da luta política do MST. **Revista de Educação Pública**, v.17, n.35, p.487-508, 2012.

MARCON, Telmo. Experiência do Acampamento Natalino: uma releitura política e educativa. ANPED SUL 2016. **Reunião Científica Regional da ANPED** – De 24 a 27 de julho – UFPR / Curitiba / PR.

MARCON, Telmo. **Os movimentos sociais como educadores**: contribuições políticas e pedagógicas do Acampamento Natalino. Passo Fundo: Editora UPF, 2016.

MARTINS, José de Souza. **O sujeito oculto**: ordem e transgressão na reforma agrária. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

MARTINS, José de Souza. José de Souza. **Travessias**: a vivência da reforma agrária nos assentamentos. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

MEDEIROS, Leonilde Servolo de. As novas faces do rural e a luta por Terra no Brasil Contemporâneo. **Nómadas**, n. 20, p. 210-219, 2004.

MELO, Enirtes Caetano Prates; CUNHA, Fatima Teresinha Scarparo. **Fundamentos da Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 1999.

MERHY, Emerson Elias *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de janeiro, n.52, p.153-164, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Fórum Social Mundial:** Manual de Uso. São Paulo: Cortez Editora, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estudos-CEBRAP**, n.79, p.71-94, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 7ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes. In: Santos, Boaventura de Sousa; Meneses, Maria Paula (org.). **Epistemologías del Sur (Perspectivas)**. Madrid: AKAL, 2014. p.21-66.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **As bifurcações da ordem**: revolução, cidade, campo e indignação. São Paulo: Cortez, 2016.

SAUER, Sérgio. O significado dos assentamentos de reforma agrária no Brasil. In: Caio FRANÇA, Galvão de; SPAVOREK, Gerd. **Assentamentos em debate.** Brasília: NEAD, 2005.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

SOUZA, Maria do Socorro. **Questão agrária e direito à saúde: o lugar da saúde no projeto político do Movimento Sindical de Trabalhadores(as) Rurais**. 2013. 225 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

TEDESCO, João Carlos; CARINI, Joel João. **Conflitos agrários no norte gaúcho 1980-2008**. Porto Alegre: EST edições, 2008.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de Saúde**.3ed. são Paulo: Hucitec, 1997.

Submetido em: 15/03/2020
Aprovado em: 30/03/2020