

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Etel Matiolo

**DIALOGANDO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ÉTICA
A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO CURSO TÉCNICO EM
SAÚDE COMUNITÁRIA DO MOVIMENTO DOS
TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA**

Florianópolis

2009

Etel Matiolo

**DIALOGANDO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ÉTICA
A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO CURSO TÉCNICO EM
SAÚDE COMUNITÁRIA DO MOVIMENTO DOS
TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

Co-orientadora: Prof. Dra. Sandra Caponi

FLORIANÓPOLIS

2009

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

M433d Matielo, Etel

Dialogando sobre educação em saúde e ética a partir da experiência do curso técnico em saúde comunitária do movimento dos trabalhadores rurais sem terra [dissertação] / Etel Matielo ; orientador, Marco Aurélio Da Ros. – Florianópolis, SC, 2009.

138 p.: il.

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

Inclui referências

1. MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. 2. Saúde pública. 3. Educação. 4. Formação. I. Da Ros, Marco Aurélio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU 614

AGRADECIMENTOS

Este agradecimento já está sendo há muito tempo gestado, como fazê-lo, como dizer as muitas pessoas importantes de minha vida que foram e são importantes? Escolhi a música: letras e sons que inspiram esta delicada relação educativo-amorosa...

Começo agradecendo um lutador, que despertou meus sentidos para o convívio com a educação e com o MST, uma pessoa que demonstrou que “é preciso ter força, é preciso ter garra, é preciso ter gana sempre”¹. Valeu Marcão, você, foi, é e será sempre muito importante para nós!!!

O nosso convívio, agora instituído no Grupo de Pesquisas Educação em Saúde levou-me a “Conhecer as manhas e as manhãs, o sabor das massas e das maçãs” e como sussurrou tantas vezes Paulo Freire: “é preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz pra poder sorrir, é preciso a chuva para Florir”². Carla, Alessandra, Thais, Paloma, Suzana, Cecília, Giovanna, Patrícia, Fátima, Larissa, Fernanda, mulheres da sala 42 adoro todas vocês!!!

Algumas mulheres e homens daquela sala querem “ter voz ativa, o nosso destino mudar”³, Denise, amiga, companheira, sua contribuição no trabalho foi imprescindível, sua amizade é fundamental. Mônica, super-mãe, adorei conviver contigo e compartilhar anseios, medos, desejos, inquietações, trabalhos... Fernando, nosso bendito ao fruto, te adoro, obrigada por rir comigo, sempre...

“Eu tenho tanto pra te falar, mas com palavras não sei dizer”⁴, sinto-me imensamente orgulhosa por fazer parte da melhor turma do mestrado, uma turma unida, parceira, divertida, responsável. Que nossa convivência perdure para além destes 2 anos e que possamos comemorar e bebemorar sempre!!!!

“É cria, criatura e criador, cuida de quem me cuidou, pega na

¹ Maria, Maria, Milton Nascimento

² Tocando em frente, Almir Sater

³ Roda Viva, Chico Buarque

⁴ Como é grande o meu amor por você, Roberto Carlos

minha mão e guia”⁵, Marta você é Inesquecível!

Sou eternamente grata: À Sandra, por me acolher como orientanda com tanto carinho, ao Cutolo pelas importantes contribuições na qualificação e pela disposição em participar de minha banca de defesa, ao Rodrigo, que com um desprendimento Freiriano, entregou em minhas mãos toda sua coleção de Paulo Freire. Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e a todos os professores conduziram com confiança e cuidado nosso processo educativo. Sou igualmente grata a Neiloca Maria, amiga que sempre acolhe minhas inquietações em relação à educação, alimentação e nutrição e que me proporcionou a experiência inesquecível de trabalho na Residência Integrada em Saúde da Família, ao Erasmo, que carinhosamente emprestou seu computador em um momento de Exu Tranca Tese; a todos residentes (especialmente as da nutrição: Rafaella, Roberta e Thaís), tutores e profissionais do Sacão, com quem convivi e construí, por 8 meses, diferentes possibilidades de pensar e agir em saúde.

Algumas inspirações vêm dos sonhos: vocês dois pai e mãe construíram comigo a liberdade, a responsabilidade, o respeito, o amor, o cuidado com a natureza, a espiritualidade. “Estou no colo da Mãe Natureza”⁶, Edit Natureza, uma revolucionária, que me enche de orgulho. “Das roupas velhas do pai, queria que mãe fizesse”⁷ Evanir, pai, amigo, mestre! Amo vocês, sempre!!!!

“Você, meu amigo de fé, meu irmão camarada”⁸, valeu Bro, pela feliz convivência de mais de 3 décadas (hehehe), e Michelle, por aturarem meus ranços de mestrado, me alimentar inúmeras vezes (de comida, de ideias, de incentivo).

“Amigo é coisa pra se guardar, do lado esquerdo do peito, junto do coração”⁹, não haveria outra música para homenagear todas as pessoas amigas que souberam compreender minhas ausências, minhas angústias, meus chilikues. De longe: Christianne, Marlise, Dagma, Rejane, Camila, Analu, Claudia Regina, Laura; e de perto: Ge, Cristiany, Liliana, Ezequiel, Ronaldo, Thiago, Murilo.

⁵ Cria, Maria Rita

⁶ Mãe Natureza, Rita Lee

⁷ Guri, Cesar Passarinho

⁸ Amigo, Roberto Carlos

⁹ Canção da América, Milton Nascimento

Lembrando sempre que “uma cerveja antes do almoço é muito bom pra ficar pensando melhor”¹⁰ agradeço a Ana, comadre, por existir em minha vida e por compartilhar comigo, tantos temperos e sensações. Também ao Santi, meu afilhado lindo, que, como todas as crianças me deixa “numa relax, numa tranqüila, numa boa”¹¹. E não posso esquecer jamais o Vini, amigo para todas as horas, que voltou na finaleira pra cuidar de mim, que me deu uma música linda e que “sente e vive intensamente”¹².

Aos companheiros e companheiras do MST que sonham com “um lugar de mato verde, pra plantar e pra colher”¹³, agradeço por todo aprendizado que me oportunizaram, por toda convivência. Ainda bem que o coração é grande pra caber tanta gente: o pessoal de Veranópolis, de Santa Catarina, de Brasília, da Brigada Mítico (de Florianópolis), os companheiros e companheiras do Coletivo de Saúde do MST, vocês são inesquecíveis!!!!

Sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, sonho que se sonha junto é realidade, valeu Neusinha, Gislei e Dirlete (irmã), por uma convivência tão prazerosa no quarto 313, juntas sonhamos, comemos, dormimos, vigiamos, cuidamos. Agradeço ainda ao Paulinho, por ler com cuidado meu Projeto de pesquisa e por dar-me sugestões fundamentais e ao Gustavo por me acolher com carinho em Brasília, meu “Deus do Cerrado” gosto muito de tu.

“Será que vamos conseguir vencer”¹⁴ sim, vamos, vocês, meus sujeitos de pesquisa, das Turmas Che Guevara e Dorcelina Folador, fizeram minha vida mais feliz. Vocês, da Turma Salvador Allende me enchem de orgulho e certeza de que vou ver “os meninos do povo no poder”¹⁵.

“Amo tanto e de tanto amar”¹⁶, amo meu trabalho. Um agradecimento especial ao povo da Policlínica Sul, especialmente a Edla por entender e arrumar meu ponto. Também sou grata a todas as equipes

¹⁰ A praieira, Chico Science e Nação Zumbi

¹¹ Guiné Bissau, Moçambique e Angola, Tim Maia

¹² Gerânio, Marisa Monte

¹³ Casinha Branca, Gilson e Joran

¹⁴ Será, Legião Urbana

¹⁵ Coração civil, Milton Nascimento

¹⁶ Tanto amar, Chico Buarque

com quem convivo (pouco, mas intensamente), todas as pessoas com quem compartilhei o que sei e o que não sei, aos colegas da Câmara Técnica de Alimentação e Nutrição, aos companheiros e companheiras da ACAN valeu por acreditarmos que podemos construir um mundo mais feliz, saudável, saboroso e nutritivo.

“Você é linda mais que demais, você é linda sim”¹⁷ obrigada Vânia Linda por corrigir meu trabalho em tão pouco tempo e obrigada ao vizinho tradutor Oliveiros por me socorrer com os abstractos...

Agradeço a quem sabe que “Aqui vive um povo que merece mais respeito. Sabe, belo é o povo como é belo todo amor. Aqui vive um povo que é mar e que é rio, e seu destino é um dia se juntar”¹⁸, o povo da educação popular e saúde, da extensão popular. Eduardo Stotz, referência bibliográfica muito importante..., Zé Ivo, Osvaldo, Pepeu, Luiza, Sueli, Vera Dantas, Carlos Silvam, Helena, Vanderleia, todos e todas que respeitaram meu silêncio e ausência, espero voltar em breve ao convívio com vocês.

São tantas emoções, por isso peço desculpa a todos com quem vivi e convivi que foram importantes, mas minha memória insiste em não lembrar.

¹⁷ Você é linda, Caetano Veloso

¹⁸ Notícias do Brasil, Milton Nascimento

“A eles e elas, Sem Terra, a seu inconformismo, à sua determinação de ajudar a democratização deste país devemos mais do que às vezes podemos pensar. E que bom seria para a ampliação e a consolidação de nossa democracia, sobretudo para sua autenticidade, se outras marchas se seguissem à sua. A marcha dos desempregados, dos injustiçados, dos que clamam contra a violência, contra a mentira e o desrespeito à coisa pública. A marcha dos sem-teto, dos sem-escola, dos sem-saúde, dos renegados. A marcha esperançosa dos que sabem que mudar é possível”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, realizada com sete egressos do Curso Técnico em Saúde Comunitária (CTSC) do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Seu principal objetivo foi Analisar interações entre educação em saúde - questões éticas - questões políticas no cotidiano dos egressos do curso técnico em saúde comunitária do MST. A pesquisa mesclou pesquisa qualitativa com a Investigação Temática proposta por Paulo Freire. Com a exploração, inferência e interpretação do material de pesquisa foram encontradas cinco categorias, quatro que surgiram do momento específico de coleta de dados e uma que surgiu do próprio cenário de pesquisa, foram elas: (1) a amenidade do setor saúde; (2) saída dos militantes e estagnação do setor de saúde; (3) no curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo; (4) educação em saúde deve estar ligada a um projeto de sociedade; (5) quando precisa, o setor de saúde da conta. No processo de interpretação do material estas categorias foram agrupadas em três grandes grupos temáticos: Contra-hegemonia do setor saúde no interior do movimento, trabalho em saúde e educação em saúde. Com esta organização foi percebida a transversalidade da categoria: No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo. Demonstrou-se como característica do processo de formação do MST uma contraposição a formação fragmentada ainda hoje hegemônica nos cursos da área da saúde, o que contribuiu para a compreensão de um dos principais desafios na formação de profissionais para atuarem no SUS: estimular processos educativos articulados com lutas maiores dos movimentos sociais, contribuindo para uma formação não fragmentada em que as pessoas são compreendidas como sujeitos históricos, sociais e coletivos.

Palavras-chave: Saúde, educação, formação, MST.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory study, conducted with seven graduates of the Technical Course in Community Health (CTSC) of the Landless Workers Movement (MST). Its main objective was to analyze interactions between health education - ethical issues - political issues in the daily lives of the community health technicians of MST. The research blended qualitative research with the Thematic Research proposed by Paulo Freire. With the exploration, inference and interpretation of the research material were found five categories, four of which emerged in the time of collecting specific data and one that came out in the setting of research itself, they were: (1) the amenity of the health sector; (2) the output of the militants and health sector stagnation; (3) in the course we learned how to deal and to value with the human being as a whole; (4) health education should be linked to a society project; (5) when you need the health sector works. In the interpreting process of the material these categories were grouped into three broad thematic groups: counter-hegemony of the health sector within the movement, work in health and health education. With this organization was realized transversality in the category: In the course we learned how to deal and to value with the human being as a whole. It has been demonstrated as characteristic of the formation process of the MST a contraposition to a fragmented training courses still prevailing in the health area, which contributed to the understanding one of the main challenges in training professionals to work in SUS: to promote educational processes articulated with larger struggles of social movements, contributing to an unfragmented formation in which people are understood as historical, social and collective beings.

Keywords: Health, Education, Training, MST.

LISTA DE GRAVURAS

Figura 1 – Espaço de alojamento, Assentamento Novo Sarandi, 20/01/09.	73
Figura 2 – Suco sendo servido no horário do almoço, Assentamento Novo Sarandi, 21/01/09	74
Figura 3 – Oficina de massagem realizada na ciranda, Assentamento Novo Sarandi, 22/01/09	75
Figura 4 – Espaço da Saúde, Assentamento Novo Sarandi, 20/01/09.....	76
Figura 5 – Marcha Nacional por Reforma Agrária, 2005.....	94

SUMÁRIO

LISTA DE GRAVURAS.....	12
1. Introdução/Justificativa.....	15
2. OBJETIVOS:.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL:.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	23
3. Referencial Teórico.....	25
3.1 DA FORMAÇÃO DO CAMPESINATO BRASILEIRO À CONSTITUIÇÃO DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURALS SEM TERRA.....	25
3.2 A HISTÓRIA DO JOVEM MST.....	31
3.3 FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO NO MST.....	38
3.4 A SAÚDE DO CAMPO.....	47
3.5 A SAÚDE NO MST.....	54
3.7 O CURSO TÉCNICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA.....	59
3.8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	63
3.5 BIOÉTICA, SOLIDARIEDADE E AUTONOMIA.....	72
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	77
4.1 UM PERCURSO REPLETO DE MUDANÇAS.....	81
4.2 SUJEITOS DE PESQUISA.....	89
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	90
5. ASPECTOS ÉTICOS.....	93
REFERÊNCIAS.....	95
ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	105
REFLEXÕES A CERCA DA INTERAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	107
SAÚDE EM MOVIMENTO: O DEBATE SOBRE SAÚDE NO MST.....	121
QUEM SABE FAZ A HORA NÃO ESPERA ACONTECER: A FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE NO MST.....	137
APENDICE A.....	155
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155

1. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

A inquietação/dúvida frente às questões não esclarecidas foi um dos elementos fundamentais para o desenvolvimento da sociedade humana e da Ciência.

O interesse, com esta pesquisa parte da reflexão sobre a construção de um processo educativo diferenciado que, diretamente ligado à necessidade de construção de uma nova sociedade, busca formar educadores populares em saúde, capazes de, além de compreender a produção social da saúde, interferir em seus determinantes.

Convém contextualizar a relação de alguns professores do Centro de Ciências da Saúde com o Coletivo de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), pois esta pesquisa nasce do fruto desta convivência.

O grupo de pesquisa de educação em saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, mesmo antes de sua existência formal, sempre priorizou sua atuação e pesquisa próximo aos movimentos sociais de esquerda, visto que seus participantes têm sua história relacionada às lutas por transformações sociais e na saúde.

No decorrer dos anos 80, seus participantes, já atuando na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) participaram do Movimento da Reforma Sanitária, um dos movimentos sociais mais marcantes no processo de redemocratização política no Brasil. Esta mobilização materializou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde, um marco para o Movimento da Reforma Sanitária, do qual participavam diferentes movimentos sociais, envolvendo profissionais de saúde, estudantes, docentes, pesquisadores, sindicatos de trabalhadores e associações de moradores. Esta Conferência indicou a proposta da estruturação do Sistema Único de Saúde – SUS, referendada, posteriormente, pela Constituição Federal de 1988 (DA ROS, 2000).

A participação dos movimentos sociais não se limitou à garantia do SUS, ainda hoje são eles os que mais batalham por sua consolidação enquanto direito social. A atual legislação prevê a participação dos movimentos sociais através do Controle Social, previsto na constituição como participação da comunidade e instituído através da Lei Orgânica da Saúde 8142/90.

De forma geral, os movimentos sociais tendem a mobilizar e organizar seus membros na busca de fins materiais e não materiais que

consideram injustamente negados pelo Estado e suas instituições, buscando conquistar maior autodeterminação no interior do próprio Estado, ou evitando-o radicalmente, a ele se contrapondo (COHN, 2003).

No bojo da luta pela saúde, os movimentos sociais organizados sentiram e sentem a necessidade de formar militantes que consigam estabelecer diálogos no sentido da construção das políticas públicas necessárias a implementação do direito a saúde. Os movimentos sociais têm demandado a formação profissional de militantes, em nível técnico e superior, para atuarem nos espaços sociais destes movimentos, que muitas vezes, carecem de profissionais comprometidos e capacitados a compreenderem e intervirem na realidade social.

Por sua vez, alguns pesquisadores nas universidades têm procurado, nos cursos da área da saúde, formar profissionais educadores em saúde. Estes, além de atenderem as demandas clínicas, precisam ser desafiados a dialogar com as comunidades e usuários no sentido de contribuir com a prevenção das doenças e promoção da saúde. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004), o trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional da saúde e usuário é determinante na qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do tratamento, do cuidado ou do acompanhamento em saúde, sendo necessário que a formação na área da saúde contemple em seu processo educativo tais elementos.

Na medida em que o SUS propõe um processo de mudança na prática da atenção à saúde, diferentes saberes devem ser inseridos no processo de formação dos profissionais, especialmente aqueles que possibilitem transformações atitudinais, culturais e éticas. Pois sua efetivação configura um novo processo de trabalho, marcado por uma prática ética, humana e voltada ao exercício da cidadania (ZOBOLI; FORTES, 2004).

A Constituição de 1988 atribuiu ao SUS competência para ordenar a formação profissional na área da saúde. Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), muitas iniciativas contribuíram para o fortalecimento do movimento por mudanças nos processos de formação: Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), de

Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminharam nessa direção embora representassem programas específicos e não uma Política Pública voltada para a formação. Em Santa Catarina a UFSC começa, na década de 1980, com uma proposta do Departamento de Saúde Pública, a construção da Rede Docente Assistencial, articulação atualmente consolidada entre a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a UFSC. Esta proposta iniciou como uma atividade extra-curricular de extensão universitária, com a presença de estudantes e professores nas Unidades de Saúde do Município de Florianópolis, potencializando a mudança curricular dos cursos de graduação da área da saúde, especialmente o de Medicina (DA ROS, 2005). Em 2005, com a assinatura de Portaria Interministerial entre os ministérios da Saúde e da Educação, é que formaliza-se uma política pública que incentiva as mudanças curriculares para reorientação da formação de médicos, dentistas e enfermeiros (BRASIL, 2005). Atualmente todos os cursos da área da saúde recebem incentivos para reorientar sua formação, estimulando os novos profissionais para atuarem no SUS (BRASIL, 2007).

Os movimentos sociais e os municípios do interior de Santa Catarina, sabendo desta formação diferenciada, começam demandar trabalhos em saúde para os profissionais recém formados e os professores envolvidos (DA ROS, 2005).

Dentre os movimentos interessados em discutir saúde, em outra perspectiva, está o MST, que foi fundado oficialmente em 1984, e é fruto de uma questão agrária que é estrutural e histórica no Brasil. Nasceu da articulação das lutas pela terra, que foram retomadas a partir do final da década de 70, especialmente na região Centro-Sul do país e, aos poucos, expandiu-se pelo Brasil inteiro. O MST teve sua gestação no período de 1979 a 1984, e foi criado formalmente no Primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores Sem Terra, que se realizou de 21 a 24 de janeiro de 1984, em Cascavel, no estado do Paraná (CALDART, 2001).

Em Santa Catarina, a história do MST começou em 1980 com a ocupação da Fazenda Burro Branco. Em 1997, ocorreu uma das maiores ocupações no estado, na Fazenda Dissenha, em Abelardo Luz, fronteira entre os estados de Santa Catarina e Paraná. Com em torno de 900 famílias, esta ocupação se apresentou como uma possibilidade de articulação com o embrião do Grupo de Pesquisa de Educação em Saúde da UFSC. Os então participantes deste coletivo de pesquisa, professores

e acadêmicos dos cursos da área da saúde, foram convidados a conhecerem a experiência do MST e desenvolverem um trabalho em saúde no acampamento (DA ROS; SALAMI; MATIELO, 2006).

A partir daí, o Grupo de Pesquisa Educação em Saúde, vem desenvolvendo uma série de atividades com o Coletivo de Saúde do MST. Este coletivo foi criado com a intenção de integrar as ações de saúde desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos desde a criação do MST. O Movimento possui setores constituídos em diferentes áreas (produção, educação, gênero, saúde, cultura, frente de massas, etc), para enfrentar de forma organizada os problemas que surgem ao longo dos processos de ocupação e assentamento. Na área da saúde, estas ações abrangem desde o cuidado e acompanhamento dos doentes, até a organização da luta por políticas públicas e acesso aos serviços de saúde. A organização se dá no âmbito local, estadual e nacional (CARNEIRO, 2007).

Nas ações de mobilização para Reforma Agrária (marchas, assembléias, encontros, manifestações), também são organizados os coletivos de saúde. Nestes espaços, além das ações curativas e preventivas, são realizadas discussões sobre a saúde, a construção do SUS e como podemos efetivá-lo na prática, ressaltando a importância da organização comunitária para efetivação do direito à saúde, conquistado com a Constituição de 1988 (MST, 2005).

Com a organização dos coletivos de saúde, evidenciou-se a necessidade de formação das pessoas que atuam nestes espaços, dada à complexidade das condições de saúde existentes no campo. Esta formação tem sido potencializada no fazer diário, na convivência entre as pessoas e na reflexão cotidiana sobre os aprendizados resultantes desta convivência, mas também se dá formalmente através dos momentos coletivos, como encontros estaduais, nacionais e atividades específicas de formação (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

Havia uma necessidade de formação de quadros técnicos na área da saúde e uma percepção de que os cursos técnicos de nível médio, organizados na área da saúde não estavam de acordo com os princípios e concepções já construídos pelo Movimento. Surgiu então uma primeira proposta de formação técnica, que foi reformulada após um diálogo frutífero com professores de algumas universidades, dentre estas a UFSC (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

A experiência inédita do Curso Técnico em Saúde Comunitária (CTSC) desenvolvido no Instituto de Educação Josué de Castro (IEJC), no município de Veranópolis/RS, nasceu da parceria entre MST, Universidades e professores universitários, o Ministério da Saúde e da

Educação e o Programa Nacional de Educação para Reforma Agrária (PRONERA). Atualmente, está com a quarta turma em andamento, e por conta de seu caráter inovador, teve sua proposta propagada para diferentes locais do país, como Paraná, Bahia e Maranhão (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

O CTSC tem como um de seus objetivos principais, explicitado, formar educadores populares em saúde, comprometidos com o MST e sua luta, bem como, com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a emancipação dos sujeitos para melhoria de suas condições de vida (DAROS; DELLAZERI; ANDREATTA, 2007).

Já no começo de suas atividades, percebeu-se a dificuldade de encontrar educadores dispostos a construir uma proposta diferenciada, calcada na promoção de saúde e na prevenção de doenças. Desde o princípio o grupo de pesquisa Educação em Saúde vem contribuindo com esta formação, enviando diferentes educadores de Santa Catarina para o desenvolvimento das atividades do CTSC, é aí que começa a relação da pesquisadora com o Coletivo de Saúde do MST.

Inicialmente convidada a trabalhar sobre temas relacionados à educação popular em saúde com a Primeira turma do CTSC, fui sendo desafiada a trabalhar uma série de outros temas, e em duas semanas estava sendo convidada para desenvolver ações de nutrição no IEJC, escola onde acontecem as atividades do curso. A idéia deste convite surgiu durante um planejamento em saúde, realizado pelos alunos, com os demais estudantes da escola, no qual, um dos principais desafios constatado, foi a situação alimentar. Desta forma, como a atividade havia sido potencializada em uma de minhas aulas no curso e por conta da minha formação em nutrição comecei a desenvolver atividades mais específicas em relação a alimentação e nutrição no MST.

Entre os anos de 2004 e 2007 desenvolvi diferentes atividades com o Coletivo de Saúde do MST. Trabalhando os temas de saúde, alimentação e nutrição, educação em saúde e políticas públicas de saúde. Esta imersão em uma realidade tão diferenciada e complexa, com o objetivo de contribuir para a reflexão e construção da saúde no movimento, desafiou-me em um aprendizado constante, onde pude experimentar a verdadeira práxis educativa. Aos poucos fui cada vez mais me inserindo e sendo inserida nas atividades do Coletivo de Saúde do MST, ao passo que atualmente sou integrante deste coletivo. A experiência como educadora, levou-me a conhecer melhor o IEJC, seu potencial e suas contradições e desenvolver atividades em estados do Brasil como Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Espírito Santo e Maranhão.

O CTSC está com sua quarta turma em andamento, com duas

turmas já formadas. O curso recebe educandos de todas as regiões do Brasil, com idades diferentes, inserções diferentes no Movimento e características culturais distintas. Todas estas nuances contribuem para compor a formação destes sujeitos, visto que no MST, entende-se que a educação ocorre para além do espaço escolar.

Os Sem Terra se educam participando diretamente, e como sujeitos, das ações da luta pela terra e de outras lutas sociais que aos poucos foram integrando à agenda do MST. É esta participação que humaniza as pessoas: primeiro no sentido de que devolve à vida social pessoas que estavam dela excluídas (esta é pelo menos uma das interpretações que podem ser feitas da expressão paramos de morrer...); segundo, no sentido de que a pedagogia da luta educa para uma determinada postura diante da vida: nada é impossível de mudar, e quanto mais inconformada com o atual estado de coisas, mais humana é a pessoa (CALDART, 2001. p. 207-224);

Um dos desafios do curso e da prática de saúde do MST é pensar ações de educação em saúde em um contexto tão adverso, vivenciando situações de extrema desigualdade e vulnerabilidade. Foi-se percebendo que quanto maior o vínculo do educando com o MST maior é sua responsabilidade perante o curso e a realidade concreta que se apresenta. Ao potencializar a formação profissional em saúde, o CTSC procura preparar profissionais que tenham coerência política e ideológica (ética, valores) com o projeto de sociedade que este Movimento Social se propõe ajudar a construir, uma sociedade justa e soberana (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

Tendo em vista todos estes elementos, e refletindo sobre os desafios da formação universitária na área da saúde, é fundamental que as Universidades conheçam, analisem e discutam esta nova tecnologia educacional. Subsidiando uma reflexão sobre sua própria prática, sua inserção e interação com a comunidade e seu compromisso com a educação de qualidade. O número inexpressivo de pesquisas sobre as condições e os determinantes de saúde da população camponesa confirma a necessidade de transformarmos os espaços formais de produção do conhecimento em pesquisadores da temática camponesa.

O Ministério da Saúde tem contribuído para efetivação desta proposta, por meio de financiamento e parceria técnica e pedagógica,

trazendo a necessidade de construir pesquisas que permitam refletir sobre o impacto destas ações para consolidação do SUS no campo.

Em face aos elementos apresentados, este trabalho teve o propósito de contribuir para a investigação da relação entre o processo educacional dos Movimentos Sociais, em especial o MST, o SUS, e as possibilidades de utilizar tal conhecimento em uma via de mão dupla, Universidade e MST.

A partir da experiência concreta de formação profissional no MST, queremos investigar como ocorre o diálogo entre questões éticas e políticas com as estratégias de educação em saúde, analisando a interação entre educação em saúde e questões éticas e políticas no cotidiano dos egressos do CTSC do MST.

Este trabalho, para sua formatação, segue a orientação do Regimento Interno do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, que propõe para apresentação das pesquisas referentes à dissertação de mestrado, o projeto de pesquisa ampliado composto de: Introdução, objetivos, referencial teórico, metodologia, referências e, ao menos, um artigo científico. Desta forma além do Projeto de Pesquisa Ampliado, serão apresentados três artigos científicos, posteriormente submetidos a revistas científicas.

2. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar interações entre educação em saúde - questões éticas - questões políticas no cotidiano dos egressos do curso técnico em saúde comunitária do MST.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o processo histórico de constituição do Curso Técnico em saúde comunitária;
- Analisar o conceito de saúde que orienta os processos de educação em saúde dos egressos do CTSC;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DA FORMAÇÃO DO CAMPESINATO BRASILEIRO À CONSTITUIÇÃO DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA

O entendimento do processo de construção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra passa pela compreensão de sua origem, ou seja, como se deu a formação do campesinato brasileiro em uma breve contextualização histórica. De acordo com a sistematização do historiador Mario Maestri (2005), ao contrário do que muitos pensadores acreditam, o desenvolvimento desta categoria no Brasil configurou-se de forma diferente da europeia e mundial. Podemos considerar que a formação do campesinato brasileiro se deu em cinco vias: as vias nativa, cabocla, escravista, quilombola e colonial (MAESTRI, 2005).

Segundo o autor, em 1500, a ocupação do território brasileiro dava-se em ritmo desigual, com a maioria da população (estimada em um milhão de pessoas), no litoral brasileiro, entre tupinambas e guaranis. Eles viviam em aldeias independentes, cujo território era de domínio comunitário e dedicavam-se à pesca, à coleta e à horticultura (esta essencialmente feminina). Quando cessavam os recursos naturais indispensáveis à manutenção da vida, as aldeias eram transferidas para alguns quilômetros de distância. Como precisavam a cada 3 ou 5 anos mudar de moradia, carregavam consigo somente seus utensílios e tinham pouco vínculo com a terra. Esta sociedade foi destruída pela escravização e colonialismo, em um verdadeiro etno/genocídio que nunca cessou. Desta forma, tendo sido acuados e expulsos, fugiram ou morreram, sendo inexpressiva a contribuição da via indígena para a formação da comunidade camponesa nacional, embora a matriz cultural brasileira apresente importantes contribuições dos indígenas à sua constituição. Tal afirmação confirma-se com a ausência de línguas camponesas em contraposição à língua das classes proprietárias e o desaparecimento do tupi-guarani como língua coloquial brasileira, ainda que muitas palavras brasileiras tenham nela a sua origem (OLIVEIRA, 2003; MAESTRI, 2005).

Os poucos que sobreviveram à exploração colonialista, dedicaram-se a uma economia familiar sem organizar-se em aldeias, caracteristicamente de subsistência, apoiada na caça, na pesca, na coleta e na horticultura itinerantes, às margens da sociedade oficial. Eles foram

denominados de caboclos, termo derivado do tupi-guarani *kari'uoka*, que, com o passar dos anos, passou a designar todo e qualquer indivíduo nacional dedicado à economia agrícola de subsistência, portanto, de denominação étnico-produtiva, a designação passou a descrever a realidade socioprodutiva. O caboclo mantinha relação precária de posse da terra, expresso na ausência de lavouras perenes, no caráter sumário de sua moradia e benfeitorias e de seus equipamentos (estes capazes de serem carregados nas costas de um homem). Esta situação foi favorecida e favoreceu sua expulsão pelo latifúndio e pela expansão da fronteira agrícola camponesa colonial (MAESTRI, 2005).

Entre os séculos XVI e XIX, predominou no território brasileiro o modo de produção escravagista colonial, explorando primeiramente os americanos e em seguida, os africanos e seus descendentes. Estas práticas, assentaram-se na grande lavoura de exportação, com domínio latifundiário da propriedade. Os produtores diretos, escravizados, não estabeleceram vínculos significativos de posse efetiva com a terra trabalhada, sendo ínfimas as experiências de produção autônoma dos meios de subsistência. Os trabalhadores escravizados se mobilizaram pela garantia de sua liberdade civil básica, sendo ignorada a luta pela posse de terra, pois não havia uma vinculação positiva com ela. Durante a escravidão colonial, os cativos que conseguiam fugir, preferiam ir para o sertão onde formavam comunidades agrícolas clandestinas, os quilombos, mocambos, palmares, etc. Os quilombolas protegiam não a terra que exploravam, mas suas liberdades – ou seja, a autonomia da força de trabalho, ou seja, também não construíam laços profundos e essenciais com a terra ocupada (MAESTRI, 2005).

Como podemos observar a inexistência de vínculo comunitário e com a terra ocupada, permitiram que as terras caboclas, indígenas e negras fossem apropriadas pelo latifúndio em contínua expansão. Contudo, embora estas populações tivessem precocemente cerceados seus direitos de vida digna, sendo consideradas pelos colonizadores, sub-humanos, sempre houve sementes de resistência. Entre os indígenas podemos citar a Confederação dos Tamoios e a organização dos Povos Guaranis, no sul do país, esta última, organizada de forma extremamente comunal, lutou contra a escravidão e expulsão de suas terras, sendo o mítico Sepé Tiarajú, o principal símbolo da resistência indígena. Já os quilombos, territórios livres e socializados, eram compostos não somente por negros, mas também por indígenas e caboclos, tornaram-se símbolo da luta pelo direito à liberdade. Embora em sua maioria compostos por comunidades pequenas, houve experiências como, o Quilombo dos Palmares, que congregou mais de vinte mil pessoas na metade do século XVII. Zumbi dos Palmares, seu maior líder e símbolo

da luta contra a escravidão, continua inspirando diferentes movimentos sociais e culturais (LAUREANO, 2007).

Por entender que estes povos não tinham o direito a terra, pois não eram considerados dignos deste direito, o império brasileiro incentivou a imigração européia, com o fornecimento de terras, sementes, animais e ajuda para seu estabelecimento, potencializando o surgimento do campesinato nacional. A ascensão do Capitalismo industrial e a possível falta de mão de obra escravizada, trouxeram como resposta a criação da primeira lei de terras, a Lei nº 601, de 1850, que introduziu o conceito de propriedade privada da terra. Com o fim da escravidão e o impedimento dos negros terem acesso a terra, os capitalistas foram obrigados a importar mão de obra barata da Europa. Da mescla destes diferentes povos oprimidos surge uma nova classe social: os camponeses (STEDILE, 2002; MAESTRI, 2005).

A aliança entre estado e capital esteve presente na consolidação da estrutura fundiária brasileira, revelando as origens das desigualdades sociais e a fragilidade dos mecanismos de reação popular camponesa.

Entretanto, mesmo de forma incipiente, os camponeses sempre se organizaram para enfrentar a injustiça social, embora muitas vezes sem a clareza e organização necessárias para a continuidade destes movimentos. Já no começo do século XVIII, moradores pobres das cidades e das pequenas vilas da província do Grão-Pará (que compreendia a região norte do Brasil), rebelaram-se contra o governo e ocuparam o palácio do governador. Eram chamados de cabanos por morarem em cabanas à beira dos rios, surgindo daí o nome da revolta – Cabanagem, que aconteceu entre os anos de 1835 e 1840. Os grandes proprietários e comerciantes, inicialmente deram apoio aos cabanos, porém ao assumirem o poder quiseram recuar das propostas consensualizadas e acabaram sendo derrubados pelos cabanos, que proclamaram a independência do Grão-Pará. O novo governo, o único na história do Brasil Imperial, popular de base índio-camponesa, teve um caráter mais radical, sendo um de seus primeiros atos a expropriação dos armazéns e depósitos de alimentos e sua distribuição para os pobres, este governo foi destituído em 1836, porém a luta interiorizou-se e continuou até 1840, quando foi dizimada. A matriz desta luta nunca foi totalmente esquecida, sendo atualmente símbolo da ação popular de massa, assim como a memória da cabanagem continua sendo alimentada por sindicalistas, políticos de esquerda e militantes do MST (MORISSAWA, 2001; GOHN, 2003; RICCI, 2007).

Alguns fenômenos ideológicos, de cunho mágico e religioso, também funcionaram como vetores aglutinadores da resistência cabocla diante da ameaça da perda das terras que controlavam, como

observamos em Canudos e no Contestado. Ainda que a historiografia tradicional tivesse uma forte tendência de superestimar o caráter religioso e messiânico destes movimentos, havia raízes socioeconômicas profundas, como o descontentamento frente às condições de vida, os desmandos dos coronéis e a distribuição de terra a estrangeiros e não à gente do sertão (MAESTRI, 2005; IANNI, 2005).

Assim como os movimentos de origem messiânica, o Cangaço (1925 – 1938) também foi reflexo da luta dos camponeses e sem-terra contra o monopólio dos coronéis ou fazendeiros. Este movimento armado, considerado por muitos uma espécie de “banditismo”, era diferente do banditismo existente que expressava as tensões e conflitos entre os próprios coronéis. O cangaço surgiu como uma reação contra as condições econômicas de apropriação, vigentes na região em que o fazendeiro é o senhor quase absoluto (IANNI, 2005; LAUREANO, 2007).

A grande depressão econômica (1929-1933) e a Revolução de 1930, contribuíram para a diminuição do poder político da burguesia agrária, especialmente devido a diminuição da exportação do café e sua conseqüente superprodução. Embora o governo Vargas continuasse apoiando o setor cafeeiro, o mesmo estimulava principalmente, a industrialização com a criação de indústrias de base estatais, como a Companhia Vale do Rio Doce e Companhia Siderúrgica Nacional. Aliado a esta situação, nos anos de 1940-1950, o desenvolvimento demográfico, a elevação dos preços da terra, contribuíram para o surgimento dos colonos sem terra, ou com terra insuficiente para sustentação da família, o que trouxe como conseqüência a troca do campo pela cidade (MORISSAWA, 2001; IANNI, 2005; MAESTRI, 2005).

A partir da segunda metade do século XX, com a modernização tecnológica da produção, houve grandes transformações na forma de organizar a vida e o trabalho das populações rurais no Brasil. O capitalismo consolidou-se nas relações produtivas do campo, transformando e submetendo toda a produção ao capital, ainda que mantidas as antigas estruturas fundiárias. Esta situação agravou a problemática do êxodo rural e da fragilidade da sobrevivência no campo (VENDRAMINI, 2007).

Na medida em que os camponeses eram cada vez mais expropriados dos meios de produção, surgiam novas formas de organização e reivindicações dos trabalhadores rurais, que ficavam com a menor parte do produto de seu trabalho. No período entre 1954 e 1964 surgiram a União dos Trabalhadores e Lavradores Agrícolas (ULTAB), as ligas camponesas e o Master (Movimento dos Agricultores Sem

Terra). Em um primeiro momento, após o final da Segunda Guerra Mundial, as Ligas Camponesas foram organizadas com o esforço do Partido Comunista, o único que trabalhava com o meio rural, que criou também a União dos Trabalhadores e Lavradores Agrícolas (ULTAB), numa expectativa de articular camponeses e operários. Já o Master, surgiu no final da década de 1950, no Rio Grande do Sul, a partir da resistência de famílias posseiras que seriam expulsas de sua terra, sua principal estratégia de luta eram os acampamentos. Com a proscricção do Partido Comunista, reduziram-se extraordinariamente as organizações de trabalhadores no Brasil, dentre elas as Ligas Camponesas. Elas ressurgiram em 1955, deixando de ser organizações para se tornarem um movimento camponês que contagiou grandes massas rurais e urbanas, com repercussão nacional e internacional, desempenhando um importante papel na criação de uma consciência nacional em favor da reforma agrária. Os sindicatos rurais por sua vez, surgiram como resultado das reivindicações do trabalhador rural e da atuação do estado. Com eles iniciou-se a burocratização da vida política do trabalhador rural a partir da relação entre ele, o sindicato e o aparato estatal, com ou sem a mediação dos partidos políticos (MORISSAWA, 2001; IANNI, 2005; MORAIS, 2002).

A organização dos camponeses enquanto classe se deu, principalmente, através das ligas camponesas, do MASTER e dos Sindicatos e, na medida em que se organizavam, viam a importância de atuar junto com a classe operária, especialmente com a criação da ULTAB, que posteriormente transformou-se em Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), existente até hoje. Nesta época também estavam fortes os movimentos de valorização da cultura popular, como o Movimento de Cultura Popular (MCP) de Recife e o Movimento de Educação Popular (MEP), sendo um de seus principais idealizadores Paulo Freire. Assim como no Brasil, outros países da América Latina também estavam articulados em lutas populares, como Chile e Cuba (MORISSAWA, 2001).

A grande efervescência das lutas camponesas e operárias no começo década de 1960, aliada a fragilidade da economia, fez com que o governo de João Goulart elaborasse reformas de base, dentre elas a reforma agrária. Suas reformas estavam dentro de um plano de desenvolvimento capitalista para o Brasil, plano este que incluía benefícios para a população pobre do país, que se mobilizou a favor do governo. Entretanto, antes que pudesse colocá-lo em prática, os militares, aliados a elite nacional, a classe média, aos empresários estrangeiros, aos latifundiários e à igreja católica, articularam-se em um Golpe Militar, que diminuiu a voz dos movimentos sociais por 20 anos

(MORISSAWA, 2001).

No final dos anos 70, observava-se a crise do Governo Militar e a abertura democrática, o fracasso de vários programas de desenvolvimento regional, o desemprego das cidades e a organização dos camponeses por meio da Comissão Pastoral da Terra (CPT). Esta situação foi agravando a crescente insatisfação dos camponeses e propiciou a mobilização de agricultores não proprietários em vários Estados, começando pelo centro-sul e espalhando-se por todo o país. Seu principal propósito era se organizar e lutar por terra, desta insatisfação surge diferentes movimentos sociais dentre eles o MST (OLIVEIRA, 2001).

A violência tem sido uma das principais características da luta pela terra no Brasil. Ela agravou-se principalmente com o golpe militar (1964) e a tentativa de frear os ideais semeados pelas Ligas Camponesas, continuou nos anos 70 especialmente com a luta dos posseiros na Amazônia, que se apresentava como possibilidade de continuidade da colonização financiada pelo regime militar. As principais personagens destes conflitos eram índios, posseiros, colonos e grileiros. Na defesa dos indígenas surge o Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e na dos posseiros e colonos a Comissão Pastoral da Terra (CPT), que rapidamente ampliou sua atuação para outros estados do Brasil. A CPT teve uma influência decisiva no caráter nacional da articulação das lutas, mostrando para os camponeses a importância de organizar o processo. Além disso, sua vocação ecumênica evitou a criação de movimentos distintos e sua atuação nacional e profundo conhecimento das lutas anteriores contribuiu para esta articulação (OLIVEIRA, 2003; CALDART, 2004).

A estrutura agrária brasileira, embora tenha passado por inúmeras transformações, principalmente na segunda metade do século XX, cristalizava características de predomínio da concentração de terra com latifúndios monocultores, ligados diretamente a articulação entre o capital nacional e estrangeiro. Os trabalhadores rurais, camponeses, ao longo de toda a história brasileira, permaneceram privados de direitos mínimos de produção e reprodução da vida. Com sua organização em torno da luta por Reforma Agrária, perceberam-se lutando não só pela terra, mas pela conquista da democracia, da identidade camponesa, por direitos que até então lhe haviam sido negados, direitos de serem cidadãos (OLIVEIRA, 2001).

Ainda, segundo Caldart (2004), o contexto brasileiro no momento de redemocratização do país, com uma reação do povo contra a ditadura militar e a conseqüente organização dos trabalhadores nas cidades, contribuiu fundamentalmente para o fortalecimento da luta por reforma

agrária e a organização do MST.

Em diferentes estados brasileiros, principalmente no centro-sul do país, os camponeses e camponesas se organizaram, deflagrando lutas específicas que acabaram se articulando, neste grande movimento nacional de luta pela terra, estes fatos continuam presentes na memória dos/das Sem Terra, seja através dos relatos, poesias, músicas, textos, pinturas, desenhos (CALDART, 2004; OLIVEIRA, 2003; SEVERO, 2008).

3.2 A HISTÓRIA DO JOVEM MST

O MST foi fundado oficialmente em 1984, fruto desta conjuntura e representou a formação e organização de um movimento de camponeses no âmbito nacional de luta por reforma agrária. Convém salientar, porém que o MST não é o único movimento no campo brasileiro. Podemos lembrar a luta dos povos indígenas pela demarcação de seus territórios; a luta pela terra de trabalho realizada pelos posseiros ocorrendo em vários pontos do país; a luta dos peões contra a peonagem ("escravidão branca"). Há ainda a luta dos camponeses contra as desapropriações de terra para a execução das grandes obras do Estado, como a do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB). Há o movimento dos camponeses contra a subordinação praticada pela indústria no setor avícola; dos produtores de fumo, que se unem e se rebelam contra esta subordinação, a qual os torna reféns destas indústrias que adquirem suas matérias-primas; os movimentos dos brasiguaios e dos brasileiros, ressaltando-se que mais de 250 mil brasileiros estão no Paraguai e mais de 40 mil na Bolívia. Destaca-se também o movimento dos bóias-frias, que praticaram no interior do estado de São Paulo greves e lutas por melhores condições de trabalho; ainda, a recente filiação da Contag à CUT e a realização, por estes setores, do Movimento Grito da Terra Brasil, além de os seringueiros na Amazônia e as suas lutas pelas demarcações das reservas extrativistas. (CALDART, 2001; OLIVEIRA 2001).

O MST possui algumas características importantes: É um movimento popular, ou seja, pode entrar todo mundo, entendendo aqui dois sentidos: é um movimento das famílias sem-terra, ou seja, participam de suas ações pai, mãe, crianças, jovens, idosos; ao mesmo tempo em que para lutar por reforma agrária não precisa ser um camponês, por isso todo mundo entra. Além disso, *ele tem um componente sindical, no sentido de corporativo*, ou seja, as lutas

acontecem em torno de demandas específicas, que não se fixam à conquista da terra, também as condições necessárias para se manter nela. Outra característica fundamental é seu componente político, que significa perceber que a luta por reforma agrária, insere-se numa luta de classes, que precisa ser pautada com princípios organizativos, políticos e ideológicos e objetivos mais amplos (CALDART, 2004).

Sua estratégia de luta e enfrentamento avança em duas direções: na ocupação de terras que não cumprem sua função social, com a instalação de acampamentos e na construção de territórios produtores da vida, os assentamentos (OLIVEIRA, 2001). É importante salientar que a legislação que advoga sobre a função social da terra, a Lei n. 4504/64, ou o chamado Estatuto da Terra, foi elaborada durante o regime militar, e até hoje é o mais importante instrumento para desapropriação de terras para fins de reforma agrária. Tão forte foi a influencia desta legislação que o conceito de função social da terra foi transcrito integralmente no artigo 186 da Constituição Federal de 1988:

A função social é cumprida quando a propriedade rural atende, simultaneamente, segundo critérios e graus de exigência estabelecidos em lei, aos seguintes requisitos: I. aproveitamento racional e adequado; II. Utilização adequada dos recursos naturais disponíveis e preservação do meio ambiente; III. Observância das disposições que regulam as relações de trabalho; IV. Exploração que favoreça o bem-estar dos proprietários e trabalhadores (BRASIL, 1997).

A contradição, que parece ter saído dos escritos de Marx (2006) é que, a mesma terra conquistada por trabalhadores organizados e desapropriada para reforma agrária, por ser improdutivo ou não cumprir sua função social, transforma-se em valor monetário que será indenizado aos proprietários à custa dos recursos nacionais, sendo um forte entrave à democratização da posse da terra e à expansão econômica geral (MAESTRI, 2005).

Hoje, com 24 anos de existência, o MST entende que seu papel como movimento social é continuar organizando os camponeses, conscientizando-os de seus direitos e mobilizando-os para que lutem por mudanças. Como movimento de massa, em que todas as vozes coadunam em um único coro, os gritos e palavras de ordem são

carregados de simbologias e significados. A tentativa de compreensão deste movimento pode partir de sua análise. Em sua formação, nos anos 80, o lema do MST era: *Terra para quem nela trabalha* (1979-1983), uma frase que buscava construir uma identidade coletiva dos trabalhadores e proletários rurais. A resistência ao acesso a terra fez surgir um novo lema: *Terra não se ganha, terra se conquista*. No auge da luta pelos direitos civis as palavras de ordem passaram a ser: *Sem Reforma Agrária não há democracia* (1985) e, *Reforma Agrária já* (1985-86). Com o aumento da violência no campo e na cidade, surgiram novos lemas: *Ocupação é a única solução* (1986) e *Enquanto o latifúndio quer guerra nos queremos terra* (1986-87). A Assembléia Nacional Constituinte contribuiu para mudar o tom: *Reforma Agrária: na lei ou na marra* (1988). A conquista dos assentamentos, por sua vez, trouxe consigo um sonho: *Ocupar, resistir, produzir* (1989). Este processo mostra um movimento consolidado nacionalmente, construindo e sendo construído na dialética histórica (OLIVEIRA, 2001).

Na perspectiva de ampliar sua integração com outros segmentos da sociedade, nos anos 90, durante o governo Collor, as palavras de ordem passaram a ser: *Reforma Agrária, esta luta é nossa* (1990-91) e *MST, agora é pra valer* (1992-93). Por ocasião do III Congresso e como enfrentamento a recente eleição de Fernando Henrique Cardoso, surgiu o lema: *Reforma Agrária: uma luta de todos* (1995). Conseqüentemente, neste período houve um aumento da aceitação do movimento no conjunto da sociedade (OLIVEIRA, 2001, SEVERO, 2008).

A nitidez, de que era necessário um enfrentamento direto ao latifúndio, para balançar os pilares da sociedade capitalista, teve repercussão no lema do IV Congresso Nacional do MST, realizado em 2000: *Reforma Agrária, por um Brasil sem latifúndio*. E a certeza de que somente a reforma agrária não garantirá a transformação da sociedade, trouxe em 2007, durante o V Congresso um novo momento: *Reforma Agrária, por justiça social e soberania popular* (SEVERO, 2008).

Com as mudanças que houve nas palavras e gritos de ordem do MST, ao longo de sua história, percebemos que este movimento se constrói na práxis cotidiana. Sua trajetória pode ser identificada em **três momentos**, que se constroem a partir dos desafios concretos para a luta do MST em cada momento e da articulação de seus sujeitos para reagirem a estes desafios (CALDART, 2004).

A constituição do MST enquanto movimento social de massas, inaugura o **primeiro momento**: *Articulação nacional da luta pela terra*. Este período vai até 1986, 87, quando o MST consolida-se como sujeito de luta pela terra no Brasil (IDEM, 2004).

Os sem-terra deste período precisam ser compreendidos, primeiramente por sua origem de classe: trabalhadores e trabalhadoras que trabalham na terra sem serem os proprietários dela, ou que têm uma propriedade tão pequena que não garante a sobrevivência. Porém, esta classe é composta por uma heterogeneidade cultural que faz referência a sua relação com a terra e a forma com que produzem: parceiros, arrendatários, posseiros, assalariados rurais, pequenos agricultores e seus filhos; e sua origem étnica, que é diferente em cada território deste imenso país. A unidade surge da consolidação de sua identidade enquanto sujeitos sociais organizados para lutar coletivamente, os Sem Terra (nome próprio, escrito com letra maiúscula e sem hífen), organizados, são reconhecidos socialmente enquanto sujeitos da história. Aos constituírem-se como protagonistas de um novo jeito de enfrentar a opressão, vão compondo características que firmam o modo de agir do MST, o qual atrai, ao mesmo tempo em que repele, de forma intensa, a sociedade brasileira e internacional (IBIDEM, 2004).

O MST, enquanto sujeito coletivo, consolida-se a partir de algumas decisões: *definir a ocupação da terra como sua principal forma de luta*, construindo em torno dela princípios organizativos e uma metodologia própria de educação de seus integrantes; *assumir perante a sociedade, a postura de lutador*, ao invés de um *ser digno de pena* (tese defendida pela CPT), fato que se desdobrou em uma autonomia do MST em relação a seus apoiadores da Igreja. Sua terceira decisão foi *tornar o MST um movimento nacional*. Desta decisão surgiram vários aprendizados, dentre eles a necessidade da *garantia de uma unidade de ação*, sem deixar de respeitar as particularidades de cada região, Estado, local que constituiu um dos grandes patrimônios do MST: sua *cultura organizativa*, que combina a direção política unificada, com uma atuação descentralizada e discutida em todos os níveis da organização (IBIDEM, 2004).

Conforme Caldart (2004), o **segundo momento** é o da *Constituição do MST, como uma organização social dentro de um movimento de massas*. Este momento continuou tendo na luta pela terra seu eixo central, mas ampliou sua agenda política com uma série de lutas fundamentais para garantia da Reforma Agrária no Brasil. Como movimento social de massas, o MST avançou na manutenção de sua flexibilidade e agilidade em torno de princípios e de estruturas organizativas mais complexas. Ao mesmo tempo em que, ao atuar cada vez mais nas diferentes dimensões da vida social, firmou a identidade Sem Terra, como sujeito que luta por seus direitos sociais e políticos de cidadão, demonstrando que *Terra é mais que terra* (palavras do Bispo Dom Pedro Casaldáliga, inspiradoras do MST, na luta pela conquista de

seus direitos).

As decisões coletivas sempre marcaram profundamente os momentos políticos do MST, destas, podemos destacar duas decisões que contribuíram para constituir o movimento como uma organização social (de massas). A decisão de que o MST seria também o movimento ou organização dos assentados, que aconteceu tão logo foram conquistados os primeiros assentamentos, e a de que os assentamentos seriam lugar de construção de relações sociais alternativas, com novas formas de organização da produção, e de desenvolvimento do campo como um todo. Dada a intensidade deste segundo momento e os desafios colocados, podemos considerar que se constitui um processo permanente (CALDART, 2004).

Da trajetória do MST até então, podemos tirar duas lições fundamentais: a de que a luta não acaba com a conquista da terra e, inclusive, amplia-se com ela; e a de que a luta não termina enquanto existirem famílias sem-terra, dimensão que aponta para a formação da *solidariedade de classe* que constituirá a base reflexiva do **terceiro momento**: a inserção do MST na luta por um projeto popular de desenvolvimento para o Brasil. Esta necessidade já estava apontada desde seus primeiros documentos, mas atualmente passa a ser um desafio concreto, calcado na análise da atual situação em que se encontra o povo brasileiro e das condições objetivas da luta pela Reforma Agrária em nosso país. Nesta perspectiva, o MST tem se articulado com outros movimentos sociais em diferentes fóruns: Consulta Popular (composta pelas pastorais sociais da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), MST, Central de Movimentos Populares, sindicatos de trabalhadores urbanos), cujo principal objetivo é a construção de um projeto popular de desenvolvimento para o Brasil (IBIDEM, 2004). Em nível internacional, e em especial na América Latina, tem contribuído com a construção da Via Campesina, uma organização internacional que congrega os povos camponeses de diferentes lugares do mundo (MARQUES, 2006).

Ao longo dos anos, o MST tem experimentado diferentes formas de se organizar, sendo esta uma de suas reflexões constante. Sua preocupação consiste em garantir a construção de um movimento nacional, que se organiza, respeitando as realidades locais, sem perder de vista seus objetivos e princípios.

Dentre os princípios organizativos estão: direção coletiva, divisão de tarefas, disciplina, planejamento, estudo, formação de quadros, vinculação dos dirigentes com a base e crítica e auto-crítica permanente (CALDART, 2004). Atualmente, sua estrutura organizativa apresenta três partes interativas: as instâncias de representação, os setores de

atividades e as organizações convencionais transversais (FERNANDES, 2003).

As instâncias de representação política são formadas por diferentes modalidades: núcleos, coordenações, direções, encontros e Congresso Nacional. Os núcleos, coordenações e direções constituem-se como fóruns políticos por excelência do MST, são instâncias deliberativas, cujas decisões são tomadas coletivamente (IDEM, 2003).

Os núcleos são formados pelas famílias sem terra nos assentamentos e acampamentos. Um grupo que pode variar de 05 a 50 famílias, constituem as Brigadas, cada Brigada elege dois coordenadores (homem e mulher) que constituem a Coordenação Estadual. A Coordenação Estadual por sua vez, elege um casal de representantes para comporem a Coordenação Nacional, cujo mandato é de 2 anos, e tem a participação também de representantes dos setores do movimento. Estes são os fóruns políticos por excelência do MST (FERNANDES, 2003; SEVERO, 2008).

Os encontros e o Congresso Nacional privilegiam a definição das políticas conjunturais e estruturais, também são espaços de comemoração das conquistas da luta e da reafirmação dos ideais do movimento, que contribuem para manter o ânimo e a identidade de seus militantes. Os encontros locais, regionais e estaduais acontecem anualmente e o encontro nacional a cada dois anos, este tem como tarefa principal a discussão da plataforma de lutas em nível social, político e econômico, de acordo com a conjuntura política e as necessidades do movimento. Já o Congresso Nacional acontece a cada cinco anos e conta com a participação de assentados e acampados que são escolhidos em suas brigadas e coordenações. Em todos estes espaços, participam também amigos do MST do Brasil e do mundo, pessoas identificadas com a luta por Reforma Agrária e participação popular, que encontram nestes espaços, solo fecundo para plantarem suas idéias e reflexões (MIRZA, 2006).

As decisões tomadas nestes espaços são executadas pelos próprios militantes, organizados nos diferentes setores e secretarias do movimento, estes órgãos têm caráter executivo e são responsáveis pela realização de atividades que buscam o desenvolvimento e a garantia de condições adequadas de vida, nos assentamentos e acampamentos. As secretarias se constituem em espaços importantes para garantir as atividades propostas pelo MST, visto que, muitos assentamentos e acampamentos ainda dispõem de escassos meios de comunicação. São organizadas em nível regional, estadual e nacional e contribuem na execução dos projetos e convênios firmados pelas instituições, que dão suporte jurídico e legal ao MST. Os setores são organizados em

diferentes escalas, desde a local até a nacional. São importantes elos de articulação entre o MST e a sociedade em geral, especialmente na esfera governamental, com a qual, procura dialogar no sentido da garantia de políticas públicas nos acampamentos e assentamentos. Os setores atuam em cada uma das instâncias anteriormente citadas, e estão organizados em diversas áreas: produção, educação, saúde, finanças, frente de massas, formação, comunicação, cultura, gênero, relações internacionais, direitos humanos. Cada setor possui sua agenda política e ações específicas sem, no entanto, se desvincular das grandes lutas do movimento (SEVERO, 2008; FERNANDES, 2003).

Nos 23 estados em que o Movimento atua, ele tem lutado não só pela Reforma Agrária, mas pela construção de um projeto popular para o Brasil, baseado na justiça social e na dignidade humana. Em seu último Congresso no ano de 2007, reafirmou-se o compromisso com a organização do povo, para que lute por seus direitos, contra a desigualdade e injustiças sociais. Dentre os compromissos assumidos convém destacar:

1. Articular com todos os setores sociais e suas formas de organização para construir um projeto popular que enfrente o neoliberalismo, o imperialismo e as causas estruturais dos problemas que afetam o povo brasileiro;
2. Defender os nossos direitos contra qualquer política que tente retirar direitos já conquistados; [...]
14. Lutar para que a classe trabalhadora tenha acesso ao ensino fundamental escola de nível médio e a universidade pública, gratuita e de qualidade;
15. Desenvolver diferentes formas de campanhas e programas para eliminar o analfabetismo no meio rural e na cidade, com uma orientação pedagógica transformadora (MST, 2008).

Neste sentido vale destacar que a constituição dos Sem Terra, remete a um processo de *fazer-se humano na história* que está produzindo e sendo produzido em um “movimento de luta social,” também constituído como parte de um “movimento socio-cultural” mais amplo. Extrapolando seus interesses corporativos e projetando novos contornos para a vida em sociedade (CALDART, 2001).

3.3 FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO NO MST

Os sujeitos sociais então constituídos têm em sua matriz, elementos da formação política e humana. É fundamental salientar que estes elementos não ocorrem de forma separada, mas olhar cada um deles facilita sua apreensão.

Os desafios colocados para o estabelecimento de um movimento de caráter nacional, como a unidade político-ideológica, a ampliação da capacidade organizativa e a superação dos desafios impostos pela realidade, sempre foram enfrentados pelo MST, através de um amplo processo de formação política. Processo este que envolve todo o seu quadro de militantes, desde os acampados até os assentados e dirigentes (PIZZETA, 2007).

Na medida em que assumiu a história como elemento central em seu processo formativo o MST firmou seu compromisso com a formação do sujeito social Sem Terra em um profundo processo de humanização que pressupõem a luta social centrada em questões centrais de cultivo da vida: terra, trabalho, memória, dignidade (IDEM, 2001).

Este processo de formação, ao contribuir para a organização do povo, se constrói com um conceito de formação política que abrange diferentes momentos e estratégias construídas cotidianamente, desde o momento em que se organizou uma ocupação até os espaços dos congressos nacionais, contribuindo para uma atuação crítica, unitária e coerente. Portanto, requer esforço e dedicação ao estudo, principalmente da filosofia, economia política, da história e da realidade em que estamos atuando (PIZZETA, 2007).

O compromisso com o processo de formação da consciência política de seus militantes fez com que o MST organiza-se entre seus setores o de Formação, cujo principal objetivo é refletir sobre as potencialidades formadoras dos espaços e momentos em que se constrói o MST.

Dentre as principais tarefas dos processos de formação política, está o de contribuir para que sejam alcançados os objetivos traçados, desde os mais próximos até os mais distantes. Para tanto é necessário estimular o conhecimento da realidade que será enfrentada, contribuindo para a compreensão dos impasses atuais da sociedade brasileira. Além disso, a classe trabalhadora deve estar preparada para assumir a tarefa de conduzir o processo de transformação social, criando para tanto instrumentos políticos capazes de garantir sua organização, formação, mobilização e participação. Esta tarefa pressupõe a aliança da classe

trabalhadora, para que se superem as concepções corporativistas que têm enfraquecido suas lutas (PIZETTA, 2007).

A qualidade da formação e sua relação com a potencialização da organização popular e de suas lutas, estão ligadas ao desenvolvimento de formas diferentes de trabalho político, com linguagem e metodologia adequadas. O processo de formação deve contribuir também para o desenvolvimento de novas relações sociais, calcados em valores éticos e humanistas, construindo uma cultura capaz de emancipar as pessoas, tornando-as *arquitetas de seu próprio destino*. Também é fundamental, que estes processos contribuam para formação de sujeitos, capazes de interpretações teórico-prática da realidade e do desenvolvimento coletivo, de uma práxis transformadora das condições objetivas e subjetivas de opressão (IDEM, 2007).

O processo de constante formação, tem feito surgir um novo sujeito social, que participa ativamente da luta de classes: os Sem Terra. Ser Sem Terra revela uma identidade e um compromisso, uma herança ligada à memória histórica de seus antepassados e a cultura de luta e contestação social. Este processo pode ser compreendido a partir de duas dimensões fundamentais: seu vínculo histórico com o Movimento e a luta pela Reforma Agrária no Brasil, que o torna fruto e raiz desta história e sua capacidade de transformação permanente (CALDART, 2001).

A constituição destes sujeitos sociais também pode ser interpretada, como um *modo de produção da formação humana* no se qual compreende *o movimento como princípio educativo*, a *luta social* enquanto base conformadora deste movimento educativo, e a *pedagogia da história* como cimento principal que vai interligando as diversas dimensões deste movimento. Seu processo educativo básico está no movimento mesmo, no transformar-se transformando a terra, as pessoas, a história, a própria pedagogia, sendo esta a raiz e o formato fundamental da identidade pedagógica do próprio MST (CALDART, 2004). A educação é considerada uma das dimensões da formação, processo através do qual as pessoas se inserem numa determinada sociedade, transformando-se e transformando esta sociedade. Por isso, a educação está sempre ligada a um projeto político e a uma concepção de mundo (MST, 2004).

A palavra educação remete a diferentes sentidos, em um contexto mais amplo, podemos dizer que a educação é um dos processos de formação da pessoa humana, assim como podemos relacionar (o que na verdade é o que mais acontece) a educação com a escolarização. Embora desde cedo o movimento tenha percebido o caráter educativo de sua prática, quando surgiu o Setor de Educação, foi especialmente para

tratar das questões relacionadas à escola e escolarização. Aos poucos foi deixando de ter um caráter específico e ampliando sua ação enquanto Setor de Educação, assim como se foi percebendo que as práticas de educação vão para além do setor. Atualmente, falar de educação no MST envolve pelo menos: escolas de 1º e 2º graus dos assentamentos, escolas (legais ou não) dos acampamentos; alfabetização e pós-alfabetização de jovens e adultos dos acampamentos e assentamentos, educação infantil (0 a 6 anos) nas famílias, creches e pré-escolas, escolarização da militância em cursos supletivos ou em cursos de alternância de 1º, 2º e 3º graus; cursos de formação de educadores, de professores, de monitores, de outros formadores. Além de outros processos educativos que não envolvem diretamente o espaço escolar, como Encontros, Oficinas, Marchas, Mutirões (MST, 2004). O intercâmbio entre militantes do MST e de outros movimentos sociais populares do mundo, também pode ser entendido como uma ação da educação, assim como a articulação com outros países: Cuba e Venezuela, para formação em nível superior (Medicina, Agronomia, Agroecologia) ou de pós-graduação (SANTOS, 2005).

É importante ressaltar, que educação no MST se constrói em um processo mais amplo de educação, enquanto formação humana em suas diferentes especificidades, sendo a apreensão sobre a Educação Técnica na área da saúde uma das metas desta pesquisa.

Para o MST, a educação se caracteriza como um processo pedagógico que se assume como político, ou seja, que se vincula organicamente com as lutas sociais, que visam à transformação da sociedade atual e a construção de uma nova ordem social. Seus pilares são: a justiça social, a radicalidade democrática e os valores socialistas e humanistas. Desta forma, os pressupostos educacionais encontram como interlocutores: Karl Marx, Anton Makarenko, Paulo Freire, Pistrak, José Martí (MST, 2004). Com este horizonte o MST vem escrevendo sua história, através da educação de seus militantes e contribuindo também para educação de militantes de outros movimentos sociais populares.

Esta forma de compreender a educação é construída, a partir de princípios filosóficos, que remetem aos objetivos estratégicos do trabalho educativo no MST e princípios pedagógicos, que estão ligados ao jeito de fazer e pensar a educação em suas diferentes nuances (IDEM, 2004).

Os princípios filosóficos da educação para o MST são:

1. Educação para a transformação social;
2. Educação para o trabalho e a cooperação;

3. Educação voltada para as várias dimensões da pessoa humana;
4. Educação para/com valores humanistas e socialistas;
5. Educação como um processo permanente de formação e transformação humana (MST, 2004, p.07-10).

Destes princípios, podemos apreender a preocupação do MST com educação, voltada para a transformação social e individual, vinculada organicamente ao Movimento Social, que contribua para construção de novos modos de vida no campo em diferentes dimensões, técnico–profissional, cultural, afetiva, estética, espiritual (PALUDO, 2006). Esta educação para o MST está baseada em valores humanistas e socialistas, que

[...] colocam no centro dos processos de transformação a pessoa humana e sua liberdade, mas não como indivíduo isolado e sim como ser de relações sociais que visem a produção e apropriação coletiva dos bens materiais e espirituais da humanidade, a justiça na distribuição destes bens e a igualdade na participação de todos nestes processos (MST, 2004, p. 8).

Ao entender a educação como um processo constante de transformação, o MST aponta para o caráter permanente da educação, assim como, confia que todos os seres humanos têm a capacidade de se transformarem, sendo a existência social a base sobre a qual ocorre a educação (PALUDO, 2006).

Os princípios pedagógicos, por sua vez são:

1. Relação entre prática e teoria;
2. Combinação metodológica entre processos de ensino e de capacitação;
3. A realidade como base da produção de conhecimento;
4. Conteúdos formativos socialmente úteis;
5. Educação para o trabalho e pelo trabalho;

6. Vínculo orgânico entre processos educativos e processos políticos;
7. Vínculo orgânico entre processos educativos e processos econômicos;
8. Vínculo orgânico entre educação e cultura;
9. Gestão democrática;
10. Auto-organização dos estudantes;
11. Criação de coletivos pedagógicos e formação permanente dos educadores/ das educadoras;
12. Atitude e habilidades de pesquisa;
13. Combinação entre processos pedagógicos individuais e coletivos (MST, 2004, p. 11-24).

Com estes princípios podemos começar a compreender o jeito diferente de fazer educação no MST. Uma educação que articula teoria e prática, construída a partir de uma relação direta com a realidade, socialmente comprometida com esta realidade e que produza instrumentos para transformá-la, despertando a habilidade para a pesquisa e a produção de conhecimento. Considera o trabalho como sendo educativo na medida em que é um elemento central na constituição de novas relações sociais (PALUDO, 2006).

Para o MST a educação também é uma tarefa de formação de militantes, que compreendam as relações existentes entre educação e o desenvolvimento da vida humana em sociedade e que valorizem a cultura popular, resignificando-a e produzindo uma nova cultura. O espaço educativo deve ser democrático e possibilitar a participação dos estudantes em sua gestão, com coletivos de educadores em processo permanente de formação, estimulando o equilíbrio na relação entre processos pedagógicos individuais e coletivos (IDEM, 2006).

Ao longo de seus 25 anos, o MST tem calcado em sua experiência, construído um processo pedagógico particular, já denominado Pedagogia do MST, que é definida pelo próprio movimento como: “o jeito através do qual o Movimento historicamente vem formando o sujeito social de nome Sem Terra, e que, no dia a dia educa as pessoas que dele fazem parte” (MST, 2001). Reafirmando como princípio fundamental desta pedagogia o próprio movimento, ou seja, transformando-o em uma grande escola (MST, 2001).

A necessidade de construir processos educativos formais justificou-se devido à precariedade da educação camponesa. Mesmo com a expansão quantitativa da escola rural, desde a década de 1920, a

educação continuou precária, não conseguindo garantir escolaridade mínima fundamental às pessoas do campo. É grande o número de professores rurais que não completaram seus estudos secundários. Os problemas de evasão e repetência são graves e os índices de analfabetismo elevados. Conforme Vendramini (2007), o Brasil possui uma proporção de 11,4% da população de 15 anos, ou mais, que declara não saber ler e escrever, sendo que no campo, esta taxa é de mais de um quarto da população rural brasileira. O percentual de pessoas no campo que declaram não saber ler e escrever chega a 25,8%, enquanto nas áreas urbanas essa proporção é de 8,7% (VENDRAMINI, 2007).

Além disso, a educação pública brasileira de nível médio, técnico e superior não está acessível à população camponesa, pois, na maioria dos casos, os espaços de formação, situam-se nas capitais e grandes cidades, fazendo com que as pessoas que resolvem continuar seus estudos tenham que migrar e abandonar o campo. Mais ainda, o próprio acesso, por meio de vestibular é seletivo às pessoas que tiveram melhores condições educacionais, um reflexo da exclusão e do privilégio das classes sociais dominantes da sociedade capitalista (Idem, 2007).

Esta situação contribuiu para o MST desenvolver seu próprio método pedagógico, com cursos mais adequados à realidade camponesa, sendo estes realizados muitas vezes em escolas e centros de formação do próprio MST. A ligação com a prática transforma os espaços escolares em verdadeiros laboratórios da vida cotidiana (ITERRA, 2004).

O MST possui diferentes espaços de formação, sendo alguns de caráter nacional. A compreensão da história do CTSC passa por uma reflexão sobre o Instituto de Educação Josué de Castro (IEJC), uma escola do MST criada em 1995 em Veranópolis, RS. Funciona no prédio de um antigo Seminário Franciscano, cedido ao MST para implantação da Escola. Atualmente atua na formação de nível médio, superior, de capacitação técnica e formação com duração mais curta como, seminários, oficinas e cursos livres de qualificação profissional. Seu nome é uma homenagem a Josué Apolônio de Castro, médico, geógrafo e sociólogo, totalmente dedicado as causas do povo, um estudioso e conhecedor profundo da realidade brasileira, que desde o princípio colocou seus conhecimentos científicos a serviço da defesa da vida e da justiça social. Ao homenageá-lo, o MST motiva seus educandos e educadores à participação nas lutas por transformações sociais, e aos estudos comprometidos com a diminuição da miséria humana (ITERRA, 2007; ITERRA, 2004).

Como uma escola do MST, seu público alvo são pessoas oriundas das áreas de acampamentos e assentamentos, recebendo também pessoas

ligadas aos movimentos sociais populares do campo e à Via Campesina. Sua intenção é garantir o processo de formação humana, cujo objetivo seja a formação de sujeitos sociais que contribuam com a transformação da sociedade (CERIOLI e CALDART, 2007; ITERRA, 2004).

No período de 1995 a 1998, o IEJC experimentou uma forma diferenciada de gestão dos espaços escolares. Cada turma constituía uma cooperativa que gerenciava o funcionamento da escola, distribuíam os/as trabalhadores/as e planejavam seu futuro. Em cada etapa havia apenas uma turma na escola o que facilitava a gestão (ITERRA, 2004).

Em 1998, o Instituto mudou sua forma de organização para que se pudesse, com esta nova forma, atingir com mais ênfase seus objetivos, ter mais conhecimento sobre o caminho de cada turma, ampliar a convivência entre as turmas e melhorar a gestão. É implantada então, a base organizativa baseada no MST, passando então a ter a organização voltada para a Democracia: Democracia Ascendente e a democracia Descendente (IDEM, 2004).

A Democracia Ascendente é composta por Núcleos de Base, Coordenação dos Núcleos de Base do Instituto - CNBI, Conselho Fiscal, Comissão de Disciplina e Encontro Geral. Nestas Instâncias, são realizadas as discussões do processo, bem como, são tomadas as decisões sobre o mesmo. Na Democracia Descendente, planeja-se como fazer aquilo que foi decidido. A Democracia Descendente é organizada da seguinte forma: áreas, setores (os coordenadores dos setores formam a Coordenação Executiva Ampliada), Unidades e Postos de trabalho (IBIDEM, 2004).

Todas as pessoas que estão inseridas no processo pedagógico do Instituto devem ser componentes de um núcleo de Base que é a base fundamental do processo formativo, educativo e principalmente de capacitação. O IEJC se propõe a ser mais do que um Instituto de Educação, a ser um agente de transformação dos indivíduos que dele e nele convivem e se educam, neste sentido convém entendermos a proposta pedagógica para relacionarmos com a alimentação. Seus objetivos gerais são:

- a) Promover a escolarização e a formação

profissional de jovens e adultos do campo;

b) Proporcionar um ambiente educativo que desenvolva integralmente os educandos, como pessoas, como profissionais e como sujeitos sociais e históricos.

c) Proporcionar vivências e exercícios práticos de trabalho cooperativo e de educação para a cooperação.

d) Desenvolver cursos e atividades de educação de jovens e adultos e de formação e qualificação profissional que atendam às demandas de desenvolvimento do campo brasileiro, numa perspectiva de justiça social e dignidade para todos.

e) Formar educadores sensíveis e qualificados para a atuação política e pedagógica dos assentamentos de Reforma Agrária (ITERRA, 2001).

O Instituto tem por finalidade:

[...] participar de um projeto de humanização das pessoas, que ajude também a formar os sujeitos sociais da construção de um projeto de desenvolvimento do campo e de um país comprometido com a Soberania Nacional, com a Reforma Agrária e outras formas de desconcentração de renda e da propriedade, com a solidariedade, com a democracia popular e com o respeito ao ambiente (CERIOI e CALDART, 2007).

No processo de capacitação para transformação, o IEJC apresenta seu Projeto de Formação do ser humano, que acredita ser possível ajudar a formar, baseado na História individual e na relação com o meio em que vivem e se relacionam os sujeitos sociais políticos transformando-se e transformando a sociedade. Relaciona-se assim teoria e prática, viver e conviver (ITERRA, 2001).

Os educandos (as) vêm para o IEJC de vários estados do Brasil, com mais prevalência dos estados do Sul, Sudeste e Centro-oeste. Podemos destacar dois tipos diferentes de educandos (as). Adultos

militantes do MST que não tiveram condições de escolarização e capacitação técnica; e jovens, filhos de famílias assentadas e acampadas, e que a pouco concluíram o ensino fundamental, geralmente com pouca inserção no MST, e com menos vivências da Pedagogia do Movimento. Estes esperam encontrar uma “escola diferente” e que vá os ajude na capacitação para atuar no Movimento (CERIOLI e CALDART, 2007).

Esta “escola diferente” tem algumas características próprias, construídas a partir da reflexão sobre suas experiências pedagógicas. O currículo é organizado por etapas, constituindo “ciclos de alternância”, entre tempo escola e tempo comunidade, cujo principal objetivo é não desenraizar os estudantes de seu trabalho de origem e da própria dinâmica do Movimento Social. *A escola se organiza em torno dos cursos que oferece*, onde se articulam os Projetos Político pedagógico e metodológico da escola e, dos cursos em funcionamento. A imersão dos educandos no ambiente escolar faz com que esta seja uma *escola de tempo integral, 24 horas por dia*. Não só compartilham o alojamento, as refeições, o trabalho, o estudo, o lazer, como também são os que pensam, planejam e executam as ações referentes a estes espaços, como a limpeza, o preparo das refeições, o contato com os educadores, o planejamento das atividades culturais, o plantio e a colheita dos alimentos na horta. Estas relações de convivência, inserem-se no processo pedagógico da escola em uma dimensão formativa ampliada, estimulando o aprendizado de valores, como responsabilidade, solidariedade, companheirismo. O intenso dia a dia é organizado através de diferentes tempos e espaços educativos, estimulando a capacidade organizativa dos estudantes. Como muitos educandos e educadores têm filhos pequenos, a escola se estrutura e organiza para acolher a infância e desenvolver práticas de educação infantil, estimulando as crianças a permaneçam com seus pais, ao mesmo tempo em que também são educadas em um espaço denominado “ciranda infantil”, que também é organizado em outras situações como: encontros, marchas, acampamentos, assentamentos, mobilizações (CERIOLI e CALDART, 2007).

O trabalho e a gestão da escola são assumidos coletivamente por educadores e educandos, ao mesmo tempo em que estudam, os estudantes também trabalham, sendo o trabalho considerado pedagógico. Cada curso possui uma base curricular organizada por disciplinas que se desenvolvem a cada etapa, combinando educação básica de nível médio e curso técnico-profissional. Há diferentes tipos de educadores, com níveis diferenciados de participação na escola: trabalhadores permanentes do IEJC, trabalhadores responsáveis pela

coordenação e acompanhamento dos cursos e designados pelos setores, professores e professoras das disciplinas. Estes últimos, não compõem um corpo docente fixo de educadores e sim, uma rede de educadores provenientes das universidades, escolas e outras entidades educacionais amigas e solidárias ao IEJC (IDEM, 2007).

O IEJC pode ser compreendido como uma grande “oficina de formação humana”, ou seja, seu processo educativo acontece de modo intencionalmente planejado, conduzido e refletido. Este processo é orientado por um projeto de sociedade e ser humano, sustentado pela presença de educadores, pela cooperação entre todas as pessoas, pelo vínculo com outras práticas sociais e pelo exercício cotidiano da práxis (IBIDEM, 2007).

3.4 A SAÚDE DO CAMPO

Assim como em outros setores, a saúde no Brasil sempre esteve sob jugo do capital. No meio rural esta situação não foi diferente, sendo em muitos momentos mais extrema. Entender a construção da saúde no campo é fundamental para compreensão do processo de organização do MST, no que diz respeito a saúde e a formação nesta área.

As primeiras políticas de saúde brasileiras são do começo século XX e estavam voltadas a manutenção de trabalhadores sadios, que garantissem a qualidade fitossanitária dos produtos agropecuários que eram exportados pelo Brasil, como o café e a borracha. Nas décadas de 60 e 70, os camponeses começaram a construir uma reflexão crítica sobre sua relação com a terra e se organizam nas já citadas Ligas Camponesas, o então governo militar, com receio da força desta mobilização, cria o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), numa tentativa de apaziguar os ânimos dos trabalhadores rurais (CARNEIRO et al, 2007).

Ao analisar a construção das políticas de saúde do campo, Carneiro et al (2007), aponta sua relação com o desenvolvimento, priorizando ações e campanhas de combate às endemias rurais, sob argumentos da recuperação da força de trabalho, da modernização rural, da ocupação dos territórios e da incorporação dos espaços saneados à lógica de produção capitalista. Os avanços mais importantes ocorreram nos períodos em que os trabalhadores rurais estavam mais mobilizados: na década de 70, com a criação do FUNRURAL e Programa de Interiorização das Ações de Saúde de Saneamento (PIASS); nos anos 80, com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do SUS e em

2004, com a criação do Grupo da Terra (IDEM, 2007).

A criação do FUNRURAL, na década de 70, em plena ditadura militar, foi uma tentativa de frear a organização popular, que tinha como eixo a mobilização por reforma agrária e ampliação das políticas trabalhistas e sociais. Esta mobilização fez surgir um amplo movimento de sindicalização rural, que atuava de forma assustadoramente organizada, que foi sendo seduzido pelo governo para organizar os serviços de assistência à saúde e seguridade social para os trabalhadores rurais. Seus princípios básicos se baseavam, na centralidade da cura das doenças e na constituição de uma rede privada de serviços, neste caso, os sindicatos rurais que deixavam de cumprir sua função para virarem prestadores de serviços de saúde. Embora tenha implantado uma cobertura mínima de saúde para o campo, com aumento do número de profissionais de saúde nas áreas rurais, construiu um sistema desintegrado, curativo, pouco resolutivo, com escassez de medicamentos e exames e restrições de acesso às hospitalizações. O imaginário de saúde da população camponesa foi sendo construído sob este referencial onde a saúde está relacionada diretamente ao cuidado e ao acesso aos serviços de saúde (IBIDEM, 2007).

Em meio à crise do regime militar, surge uma proposta de extensão dos serviços de saúde às comunidades rurais e pequenos municípios, chamada Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que distribuiu recursos aos municípios para estruturarem ações básicas de saúde. Priorizou a contratação de profissionais auxiliares em uma estratégia de estímulo à geração de empregos nas regiões mais carentes do Nordeste, Norte, Centro-Oeste, estados do Espírito Santo e Minas Gerais. Seu foco era centrado principalmente, na prevenção de doenças transmissíveis, com o desenvolvimento de ações de baixo custo e alta eficácia. Embora fosse um programa tecnocrático, sem a participação da população na construção de sua proposta e servisse como forma de legitimação do regime, incorporou uma série de propostas racionalizadoras, defendidas pelo Movimento Sanitário desde sua fase de constituição. De forma geral, o PIASS aumentou a cobertura dos serviços básicos de saúde à população e estimulou a organização dos serviços municipais de saúde (CARNEIRO et al, 2007; SCOREL, 1998; CARVALHO, MARTINS E CORDONI JR., 2001).

Com a crise econômica no início dos anos 80 e o descontentamento geral dos trabalhadores, foram se delineando na sociedade brasileira, duas correntes político-ideológicas no Setor Saúde. Uma representava os interesses do complexo médico-industrial, que buscava fortalecer o modelo médico privatista, enquanto a outra,

formada por intelectuais, profissionais da saúde e outros movimentos sociais (estudantil, feminista,...), apontava para a necessidade de transformação radical do sistema.

Os movimentos sociais começam a ganhar força e a denunciar o sistema de saúde vigente, surgindo assim o Movimento da Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário, cuja principal proposta era democratizar o acesso a saúde no país. Na medida em que a ditadura agonizava, o Movimento Sanitário se capilarizava nos municípios do país, consolidando-se como um grande ator social coletivo da construção da Reforma Sanitária no Brasil. Como sujeito coletivo, era composto de diferentes grupos, que mesmo com bandeiras próprias diversas, tinham em comum o sonho de construção de um sistema de saúde humanizado e que enfrentasse os determinantes de doença da população, segundo Da Ros (2001):

[...] o movimento popular de saúde, capitaneado pela Igreja Progressista, em luta constante contra o abuso de medicamentos; os chamados “preventivistas” do Ministério da Saúde (com a lógica da medicina preventiva), exigindo mais recursos para a prevenção de doenças; os “publicistas” do INAMPS (com a lógica do planejamento e administração), propugnando que os recursos públicos para a construção de hospitais não fossem para a iniciativa privada; a Medicina Comunitária, priorizando um trabalho com saúde de forma integral e, enfaticamente, em atenção primária; os intelectuais da academia, mostrando a “perversidade” do modelo de saúde brasileiro implantado pela ditadura militar; o movimento estudantil, lutando por uma universidade pública e gratuita, e por um modelo formador mais amplo; e os movimentos “corporativos”- principalmente o REME (Renovação Médica) em oposição à Associação Médica Brasileira, e o movimento de Médicos Residentes, defendendo uma formação menos hospitalar e menos fragmentada do ser humano (DA ROS, 2001, p. 128-129).

Um dos pontos fortes de articulação do Movimento Sanitário foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira, em que houve a participação da população organizada. Seu tema era: Saúde, direito de

todos, dever do Estado. Esta Conferência, coordenada por Sergio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), foi um marco político da Reforma Sanitária Brasileira, fornecendo as bases para as definições da Constituição de 1988 e do SUS. Ela apontou a necessidade de implantação de uma reforma agrária que atendesse às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais, sendo realizada sob controle dos mesmos (CARNEIRO, 2007).

O conceito de saúde consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde foi:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida... A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986).

Embora o direito à saúde tenha sido referendado em 1988 e consolidado nas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, o acesso e posse da terra foram “misteriosamente” excluídos da legislação da saúde. Tradicionalmente no Brasil, as políticas de saúde e de educação têm sido traçadas com enfoque na problemática urbana, e as populações do campo foram marginalizadas do debate e de sua construção conjunta (DAROS et al 2007).

Contudo devemos lembrar que o SUS é uma das mais bem sucedidas políticas sociais mundiais e representou um avanço, principalmente em relação à implementação de seus princípios e diretrizes, dentre eles, a equidade, a integralidade, a participação social, a descentralização e a universalidade. No meio rural, o desafio tem sido ampliar a rede de serviços de atenção básica, principalmente a partir da Estratégia de Saúde da Família - ESF (CARNEIRO, 2007).

Esta ampliação necessita considerar a complexidade dos problemas de saúde na área rural, que demanda a construção de políticas intersetoriais que interfiram na determinação social da saúde no campo e articulem o debate da saúde com as questões de: produção, alimentação,

ambiente, educação, lazer, gênero. O espaço dos foros deliberativos – Conferências e Conselhos de saúde, é um dos principais lócus de atuação dos movimentos sociais do campo, para garantia destas políticas (ANDRADE; NAGY, 2005). Desde a V Conferência Nacional de Saúde, a saúde dos trabalhadores e populações rurais, são temas constantes nas discussões e, este tem sido um espaço importante para o debate e proposições sobre a saúde do campo (CARNEIRO, 2007).

Porém, a participação dos movimentos sociais populares camponeses nos espaços de controle social não foi suficiente para garantir políticas de saúde adequadas às populações camponesas. Severo (2008) aponta em sua dissertação de mestrado, que, para o MST, o controle social não é apenas a participação nas instâncias instituídas (Conferências e Conselhos de Saúde), mas fazer luta política fora do âmbito do Estado. Embora esta seja uma de suas principais formas de atuação, existem indícios de novas formas de gestão no SUS, através de uma pressão mais direta e efetiva dos movimentos sociais do campo, especialmente o MST, sobre o Ministério da Saúde, que respondia às demandas de forma fragmentada e sem integração. A partir do ano de 2003, amplia-se o debate sobre a necessidade da construção de uma Política de Saúde para a População do Campo e, estrutura-se um grupo de trabalho para conduzir este processo (CARNEIRO, et al, 2007; SEVERO, 2008).

Oficialmente criado em 14 de abril de 2004, a partir da portaria n. 719, o Grupo da Terra, composto por várias áreas técnicas do Ministério da Saúde, como a Secretaria Executiva, a Atenção à saúde, a Vigilância em Saúde, a Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, a Gestão Participativa; órgãos vinculados a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a FUNASA e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); e sociedade civil: CONASS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, (CONASEMS) e os movimentos sociais do campo: MST, CONTAG, Movimento das Mulheres Camponesas, Comissão Pastoral da Terra, com a agregação posterior dos representantes dos Quilombolas e Seringueiros, por meio da Portaria n° 2460, de 12 de dezembro de 2005 (Ministério da Saúde, 2005).

O Grupo da Terra se consolida como uma articulação intersetorial, cujas finalidades são:

- I - participar da formulação, implantação e acompanhamento da Política de Saúde para a População do Campo;
- II - articular e monitorar a implementação das

ações dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados no campo; e III - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da população do campo. (IDEM, 2005).

Um de seus maiores resultados é a atuação mais integrada do governo, que começou a criar mecanismos para estímulo das ações nesse âmbito. Dentre as ações, podemos citar, o Piso de Atenção Básica diferenciado, portarias que definiram mudanças no financiamento e criaram o incentivo à equidade, estimulando a criação de equipes do PSF em municípios pequenos, com expressiva população rural (Ministério da Saúde, 2004a; 2004b). Outras políticas diretamente relacionadas a essas populações, como a de plantas medicinais e fitoterapia, foram construídas também com o estímulo do Grupo da Terra e a pressão dos movimentos do campo (Brasil, 2006). Em relação ao saneamento, foi publicada uma Portaria da FUNASA (2004), definindo critérios de elegibilidade para obras em áreas de assentamento. Apesar do avanço de sua concepção, o SUS, enquanto sistema universal, especialmente nas áreas rurais, tropeça nas iniquidades. Aos recursos financeiros insuficientes, somam-se os gastos irracionais e problemas de gestão. São poucos os profissionais (principalmente de formação médica) dispostos a trabalhar longe dos grandes centros e capitais, e quando se dispõem, tem formação insuficiente para interferir nos problemas de saúde apresentados pela população rural. Além de muitos dos gestores ainda desconhecem a legislação referente ao financiamento de serviços para a área rural, também contribuem para uma baixa resolutividade e limitações no acesso aos serviços de saúde do SUS pela população camponesa: a distância da sede do município, a falta de estradas e meios de transporte adequados, a estrutura deficitária das unidades de saúde (Carneiro, 2007).

A construção da Política Nacional de Saúde da População do campo e floresta é um dos principais temas do Grupo da Terra, atualmente está em discussão no Conselho Nacional de Saúde, porém será necessária uma articulação dos movimentos sociais populares para que seja de fato instituída.

A inconsistência das Políticas Públicas para o campo, ajuda-nos a compreender a relação entre a produção rural e o desenvolvimento do Brasil, uma relação focada somente na produção de alimentos e divisas para o país, desconsiderando a grande parcela da população de sobrevive nas áreas rurais. Esta, não é uma população de excluídos, é

sim um povo transformado em “seres para outro”, um outro, que explora e oprime (FREIRE, 2005).

Esta negação de cidadania, sofrida pela população camponesa, tem reflexo direto nas condições de saúde. Em 1999 o MST, com a cooperação técnica do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UNB e apoio da Coordenação Nacional da DST/AIDS do Ministério da Saúde, realizou uma pesquisa em todo o país, sobre a situação de saúde dos assentados/as e acampados/as em áreas de Reforma Agrária. Os dados obtidos apontam para uma realidade que é denunciada há muito tempo: não existia saneamento básico (ou o mesmo é muito precário ou inadequado), 58,5% da população assentada e 62,5% dos acampados consumiam água sem qualquer tratamento; apenas 50% das moradias nos assentamentos tinham luz elétrica. Não havia coleta de lixo nas áreas e 39,8% dos assentamentos e 50,9% nos acampamentos depositava seu lixo a céu aberto (BRASIL, 2001. p.41-42). Além disso, a taxa de mortalidade infantil era vergonhosa e alarmante: nos assentamentos é de 73,6 e nos acampamentos, era de 78,7 óbitos por mil crianças nascidas vivas, enquanto que a taxa nacional, em 1998 foi de 36,1 óbitos por mil crianças nascidas vivas (BRASIL, 2001. p.42).

No tocante aos serviços públicos de saúde, pôde-se constatar que há um expressivo número de assentamentos e acampamentos onde não há unidade de saúde (24% e 32,6% respectivamente) e que a rede básica não está disponível em proporção significativa das localidades pesquisadas. A inexistência destes serviços, aliada a precariedade da assistência prestada, são fatores condicionantes do difícil acesso reportado pela população pesquisada. (BRASIL, 2001. p.144).

Carneiro (2007), em sua tese de doutorado, fez uma análise dos estudos referentes às condições de saúde da população camponesa e constatou uma relação direta nestes estudos entre estado nutricional e posse da terra, com aumento de déficit nutricional, à medida que diminui a posse da terra. Apontou também uma preocupação crescente com o processo de trabalho no campo, especialmente em relação ao uso de agrotóxicos, questões ambientais e de saneamento e sua relação com a saúde. Trouxe ainda, como elementos importantes, a dificuldade de acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Os novos riscos

socioambientais trazidos pela modernização conservadora da agricultura agravam ainda mais este quadro.

Em sua investigação sobre os estudos das condições de saúde da população do campo, Carneiro (2007) encontrou um total de 20 pesquisas realizadas entre os anos de 1986 e 2007. Apesar de serem encontrados em maior número, os trabalhos publicados em periódicos nacionais e internacionais, se referenciam a informações específicas (desnutrição, problemas dentários) sem uma análise mais aprofundada dos determinantes da saúde no campo. Desta forma, é colocado como desafio para o MST estimular a produção de conhecimentos na área da saúde, do campo e em suas relações com a Reforma Agrária.

3.5 A SAÚDE NO MST

Sendo produto de sua própria história, a qual se relaciona diretamente com os processos de saúde, adoecimento e morte a população do campo sempre precisou organizar estratégias de enfrentamento às adversidades. Embora não sistematizado de forma organizada, existe uma produção de conhecimento relacionada ao cuidado de saúde destas populações, que utilizara a sabedoria popular e o contato com a natureza, como forma de reagir aos processos de adoecimento e morte decorrentes das situações de vida que enfrentavam.

A demanda por atendimento à saúde existe desde o surgimento do MST. Já nos primeiros acampamentos, equipes de saúde se organizaram para atenderem esta demanda, buscando resolver os problemas imediatos da comunidade. No final dos anos 90, as necessidades específicas relativas ao tema, exigiram a criação de um Setor de Saúde (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

No ano de 1998 foi realizada uma Oficina Nacional do Setor de Saúde do MST, em Brasília, com a participação de 23 Estados do Brasil, nela foram definidos os princípios que devem ser levados em conta na luta pela saúde e os direitos fundamentais para que todos tenham uma vida digna. Esta discussão foi apresentada no Caderno de saúde n.1, de junho de 2000, onde estão detalhados os seguintes princípios:

1. Lutar pela valorização da vida;
2. Acesso ao conhecimento e a informação;
3. Saúde como dever do Estado;
4. Atenção integral à saúde;
5. Prioridade a promoção e prevenção;
6. Respeito às diferenças culturais;
7. Fortalecimento das práticas não convencionais;
8. Saúde como uma conquista de luta popular (MST, 2000, p.12-13).

O texto apresentava um conceito ampliado de saúde, ligado a sua determinação social, e colocava como valores fundamentais: “elevar o nível de sabedoria de nosso povo, ouvir os segredos da terra e da natureza, fazer da solidariedade um dever social” (MST, 2000, p. 14-16). No entanto, ao relacionar saúde com reforma agrária, tinha o foco voltado para a doença, considerando que “um povo doente e enfraquecido jamais chegará à verdadeira reforma agrária” (MST, 2000, p.14).

Esta contradição expressava o modo de enfrentar as condições de saúde que se apresentavam na luta e a ausência de serviços de saúde. Por isso, num primeiro momento, o Setor se ocupou com a resolução dos problemas, em uma lógica de atenção centrada na doença e em seu enfrentamento, com a utilização de medicamentos naturais (tinturas, xaropes, pomadas). Embora sua atuação inicial tenha sido reflexo da concepção hegemônica de saúde, presente na sociedade até hoje, podiam ser percebidos elementos fundamentais para o enfrentamento a esta concepção, como o resgate dos valores de solidariedade e justiça, o respeito às diferenças culturais e a valorização da vida.

Com a organização dos Coletivos de saúde, começava a ficar evidente que o foco na doença não era suficiente para garantir saúde nos assentamentos e acampamentos. Durante a realização da I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde, realizada em 2000, foi elaborado o texto: *Construindo o Conceito de Saúde do MST*, que elencou questões amplas, como o direito à saúde, as relações entre educação e saúde, o foco numa vida saudável, e em como mantê-la vinculada a um processo de transformação social, de acordo com os objetivos do próprio movimento. A estruturação do setor de saúde fez com que as questões relativas à saúde passassem a fazer parte do debate do MST e dos projetos de Reforma Agrária (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

A ampliação do entendimento de saúde trouxe a constatação de sua relação com questões socioeconômicas, políticas, culturais e ambientais e por consequência se deixou de olhar exclusivamente para o indivíduo doente, tentando compreender as relações e o cotidiano da vida comunitária. Com esta percepção, passou-se a promover ações de saúde libertadoras, ou seja, que estimulavam as pessoas a tornarem-se sujeitos conscientes da melhoria de suas condições de vida e seu reflexo para a saúde individual e coletiva (Idem, 2007).

Com uma maior compreensão sobre as relações entre a saúde e a organização da sociedade, o Coletivo de Saúde do MST incorporou em sua concepção de saúde o Conceito Ampliado de Saúde elaborado pelo Movimento Sanitário e apresentado na VIII Conferência Nacional de Saúde, resgatando nele a luta pelo acesso e posse da terra que foram excluídos da legislação do SUS.

Organizado a partir de 1998, Setor Nacional de Saúde do MST, é composto por duas instâncias, uma deliberativa, o Coletivo Nacional de Saúde, composta por coordenadores ou coordenadoras dos Coletivos Estaduais de Saúde (nos estados onde o Setor está organizado) e uma consultiva, o Grupo de Estudos (chamado também de Coletivo Reduzido). O Coletivo de Saúde procura se reunir anualmente (até 2 vezes ao ano), para “debater sobre as estratégias políticas no campo da saúde no interior do movimento” (SEVERO, 2008, p.63), os representantes dos estados são responsáveis pela implementação das ações, definidas em âmbito nacional, respeitadas as particularidades de cada região. Já o Coletivo Reduzido, atua como um grupo de trabalho do Coletivo Nacional é composto por 7 a 10 pessoas: o/a coordenador nacional do setor, o representante do setor nas instâncias do movimento (Direção Nacional e Coordenação Nacional), os coordenadores dos cursos formais e pessoas responsáveis pela articulação do Setor de Saúde nas Regiões. Eventualmente, conta também com a presença de pesquisadores e profissionais de saúde, que contribuem para o debate sobre saúde no MST. Entre suas tarefas está: detalhar as propostas debatidas nos encontros do Coletivo Nacional, oferecer suporte aos estados e regiões, organizar os encontros nacionais, potencializar o debate político e promover uma articulação com a sociedade, as instituições e os Movimentos Sociais que discutem saúde, não só no Brasil, como também em outros países. Com um acúmulo de experiência e organização, o Setor de Saúde do MST tem ampliado as parcerias com instituições federais e estaduais, desenvolvendo projetos relacionados a DST/ AIDS, fitoterápicos, educação popular em saúde, sistematização de suas experiências, produção de materiais (SEVERO, 2008; CARNEIRO, 2007).

Nos encontros do Coletivo Nacional de Saúde do MST, as principais temáticas debatidas estão relacionadas aos desafios enfrentados pelos Coletivos Locais, Estadual e Nacional. DST/ AIDS, participação social no SUS, políticas públicas de saúde, saúde ambiental (saneamento, uso de agrotóxicos, condições de moradia), práticas populares de saúde, alimentação e fitoterapia, tem sido os assuntos prioritários. O planejamento do setor em suas diferentes áreas de atuação, é feito regularmente. O último planejamento, realizado em 2007, teve como propósito a reafirmação do conceito de saúde do MST, da finalidade do Setor de Saúde no MST, seus objetivos e princípios e, as necessidades de formação para garantir este planejamento (CARNEIRO, 2007; MST, 2007).

Para os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde, saúde é a possibilidade de lutar contra o que agride e ameaça, inclusive a doença, desta forma, as intervenções em saúde devem fortalecer essa capacidade de lutar. Saúde, em seu conceito ampliado, organiza, mobiliza e articula o MST. Desta forma, a finalidade do setor foi definida como:

- Lutar por saúde como direito humano, contribuindo na construção de um projeto popular de saúde da classe trabalhadora;
- Construir a saúde na perspectiva da integralidade e equidade, refletindo sobre as causas das doenças individuais e coletivas, estimuladas pelo projeto capitalista e imperialista no Brasil e no Mundo;
- Contribuir na consolidação do Sistema Único de Saúde, com controle público, gestão participativa, serviços com qualidade, garantindo o protagonismo da classe trabalhadora dentro de um projeto popular para o Brasil;
- Re-significar saúde para além da prestação de serviços e assistência às doenças, construindo a saúde numa dimensão ética, política, social, econômica e cultural (MST, 2007, p.2).

Os objetivos do Setor de Saúde se relacionam com os desafios e linhas estratégicas do conjunto do movimento, vinculando-se à luta da classe trabalhadora e a construção de um projeto popular de sociedade. A dimensão da luta, vincula-se com a saúde, no enfrentamento ao modelo de saúde capitalista expresso no complexo médico-industrial-farmacêutico e agronegócio, sendo necessário recolocar a saúde na

perspectiva da classe trabalhadora, garantindo o direito à saúde como dever do estado. O trabalho em saúde tem como objetivo, fortalecer as práticas populares, afirmando a cultura e saberes do povo, incorporando a ética como fundamento das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. O Coletivo de Saúde faz parte de um movimento maior, o MST e seus militantes, são desafiados a participar orgânica e politicamente de todos os espaços coletivos do movimento (MST, 2007).

Considerando a vida humana, cada dia mais ameaçada pela imposição de valores que desumanizam as relações e tratam a saúde, os corpos e a terra como mercadorias, o MST se contrapõem, afirmando seus princípios, como “coerentes com a formação do ser humano e da sociedade solidária, justa e humanitária, pautada na integridade e no respeito a etnia, diversidade sexual, cultural e na formação de novas relações de gênero” (MST, 2007, p. 03), valorizando “a afetividade, o cuidado e a mística, como forma de estimular a autonomia dos sujeitos e dos coletivos, fortalecendo, assim, o sentimento de pertença e de perseverança na luta por outro modo de produção social: o socialismo” (MST, 2007, p. 03). Neste contexto, são apresentados como valores da saúde do MST:

- A luta pela valorização da vida;
- Saúde como uma conquista de luta popular;
- Saúde como direito;
- Luta pela consolidação de Políticas Públicas em saúde;
- Respeito às diferenças;
- Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde;
- Educação permanente em saúde;
- Socialização dos conhecimentos e informações (MST, 2007, p. 04).

Para o Coletivo de Saúde do MST (2007), a conquista da saúde passa por processos de formação de sujeitos totais, considerando os aspectos sociais, culturais e históricos, comprometidos com a transformação da realidade opressora, por isso a educação se dá no cotidiano da luta, das mobilizações e da organização. A formação em saúde relaciona conhecimentos e técnicas com a própria prática e o projeto político de sociedade, perpassando todas as ações e objetivos estratégicos da Saúde no MST (MST, 2007).

3.7 O CURSO TÉCNICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

A especificidade da saúde do campo, aliada a consolidação do Coletivo de Saúde do MST e, a percepção da complexidade de sua atuação nos diferentes espaços motivou o Setor a buscar a formação técnica para atuação na área da saúde. Ao mesmo tempo em que se percebeu que a formação técnica em saúde, não dava conta das demandas específicas das famílias das áreas de Reforma Agrária (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

Estes pressupostos levaram a elaboração de uma proposta de educação formal de nível médio, o Curso Técnico em Saúde Comunitária - CTSC, onde se procurou vincular o processo de formação na área da saúde, com os conhecimentos trabalhados no nível médio (Idem 2007). A primeira proposta do curso começou ser gestada em 2000. Iniciando, a primeira turma, em maio de 2001.

Os objetivos do curso foram elaborados em uma relação direta com os desafios pensados pelo MST para o desenvolvimento da saúde no campo, sendo eles, de acordo com Daros, Dellazeri, Andreatta (2007):

- Formar educadores populares em Saúde com uma concepção de saúde integral para atuar no campo.
- Proporcionar ao educando a compreensão do processo saúde-doença, capacitando-o a intervir para transformar a realidade.
- Formar educadores inscritos na luta pela consolidação do SUS e seu controle social.
- Proporcionar o acesso à escolarização de nível médio para jovens e adultos.
- Formar educadores em saúde capacitados a articular os saberes científicos e tradicionais para promover a saúde no campo.
- Capacitar os educando em saúde para um processo de reflexão, planejamento, execução e avaliação de ações em saúde que fortaleçam o desenvolvimento do campo na perspectiva dos/as camponeses (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007, p.135-136).

No início de cada turma, é realizado um esforço no sentido de desdobrar os objetivos gerais e específicos do curso, em objetivos específicos da turma (MST, 2006).

Os objetivos do curso demonstram o compromisso do MST com a construção de um projeto de saúde diferenciado, voltado para a garantia do direito a saúde, baseado na integralidade, na intersetorialidade, no fortalecimento do SUS enquanto sistema público e participativo de saúde. Traz como referenciais, a luta pela Reforma Sanitária e a Educação popular em saúde, na perspectiva de consolidar a saúde como elemento fundamental para transformação social.

A estes objetivos soma-se a intencionalidade da formação, potencializando que os educandos, ao final do processo, tenham algumas características específicas:

- Ser um educador popular;
- Saber atuar, dentro de seu nível de competência, em situações de conflitos, contradições, agravos, emergências, sofrimento e morte;
- Ter uma visão integral da realidade para desenvolver o trabalho específico da área da saúde em uma perspectiva de totalidade da pessoa humana e numa forma de organização intersetorial;
- Ter disponibilidade para o processo de formação pessoal continuada;
- Respeitar a ética, as diferenças de gênero, etnia, credo, orientação sexual;
- Ter sensibilidade e compromisso social (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007, p.136);

Atualmente existem no IEJC, duas turmas formadas e duas em andamento. A inovação da proposta do curso, fez com que o MST ampliasse esta formação, desenvolvendo cursos semelhantes em outros estados do Brasil, como Paraná, Bahia, Maranhão, Piauí (SEVERO, 2007). A necessidade da formação de profissionais de saúde, que compreendam as especificidades da saúde no meio rural, tem levado o Coletivo de Saúde do MST a buscar parcerias com universidades e instituições formadoras, no sentido de refletir sobre a formação

profissional. Entretanto, como o foco desta pesquisa é o CTSC, desenvolvido em suas duas turmas já formadas do IEJC, serão trabalhadas questões relativas a estas turmas.

É fundamental salientar que o CTSC é desenvolvido no IEJC, sendo partícipe de seu Projeto Pedagógico, em uma articulação entre os objetivos específicos do CTSC e a estrutura organizativa do Instituto. Ele está organizado para ocorrer em três anos e meio, distribuídos em oito etapas (uma preparatória e sete etapas regulares). As etapas se dividem em, *Tempo escola e Tempo comunidade*. O *Tempo Escola* tem duração de aproximadamente sessenta dias, e é uma imersão na vida escolar em seus diferentes aspectos. Os educandos ficam alojados no próprio IEJC e sua formação integra o estudo (em sala de aula, nas práticas de campo, em visitas técnicas, em oficinas), o trabalho (específico da saúde e de manutenção da vida) e a convivência (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

O *Tempo Comunidade*, por sua vez é o retorno as comunidades de origem, onde serão desenvolvidas atividades específicas do curso, como estágios, pesquisas e atividades próprias da organização, tanto nos Coletivos de Saúde quanto em ações gerais do MST. Este momento é apresentado como um desafio, no qual, o educando vivencia muitas vezes, uma contradição entre o que sua comunidade espera e deseja (a resolução de suas doenças) e o entendimento de saúde construído ao longo de seu processo de formação, onde se relaciona com a atenção à saúde, as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde (SEVERO, 2008; DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

Cada etapa tem um foco relacionado com a formação em saúde, sendo que nas duas primeiras turmas, os focos foram:

Etapa preparatória – Inserção no Instituto e
pertença ao MST;

Etapa I – Inserção no MST/ nas comunidades

Etapa II – Educação Popular em Saúde

Etapa III – Promoção e educação em saúde
ambiental

Etapa IV – Fases da vida: saúde da mulher e da
criança

Etapa V – Fases da vida: Saúde do Adulto/
Adolescente/ Idoso/ Saúde Mental

Etapa VI – Terapias complementares: ênfase nos
fitoterápicos

Etapa VII – Políticas Públicas/ Planejamento
(DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007,
p.136-137).

A partir da terceira turma houve uma reorganização do currículo, com algumas mudanças nas etapas e a discussão atual é potencializar a integração entre o ensino médio e técnico.

Nas primeiras etapas, as turmas escolhem seus nomes, homenageando líderes revolucionários ou lutas da classe trabalhadora. É um momento muito interessante, onde se realiza um estudo sobre a vida e obra dos nomes sugeridos, até se chegar em um consenso (a vida dos homenageados tem uma grande relação com o que cada turma desenha como seus objetivos). A primeira turma chamou-se Che Guevara e a segunda Dorcelina Folador. Che dispensa apresentações, já Dorcelina Folador foi, conforme suas próprias palavras “*a primeira prefeita portadora de deficiência física, oriunda do MST, a governar um Município neste país*” tendo sido brutalmente assassinada, pelas costas, em sua casa, três anos após sua posse em um momento que lutava contra o tráfico, especialmente o de crianças em seu município, Mundo Novo, MS (MOREIRA, 2009).

Cada turma é instigada a construir sua concepção de saúde, a partir das reflexões acumuladas pelo Coletivo de Saúde do MST. A primeira turma construiu Saúde como capacidade de reagir cujo conceito passou a ser utilizado pelo próprio Setor de Saúde do MST em seus diferentes espaços (CARNEIRO, 2007). Já a segunda turma, embora não tenha avançado na construção sua concepção coletiva de saúde, relaciona saúde com as ações desenvolvidas pelos seres humanos na sociedade e avança na discussão dos determinantes da saúde. Relacionando a saúde com a necessidade de políticas públicas que garantam os direitos das pessoas e a importância da valorização da vida como um todo, apresentando também a luta por saúde como um elemento fundamental na própria construção da saúde coletiva (GODOI, 2007).

Ao final do curso cada educando apresenta um Trabalho de Conclusão de Curso cuja pesquisa deve estar inserida em um dos desafios para constituição da saúde no campo. Estes trabalhos são apresentados em banca pública e ficam disponíveis para acesso na biblioteca do IEJC. O Coletivo Político Pedagógico (CPP) do IEJC está realizando um esforço para avançar nas pesquisas e sistematizações dos educandos, pois quer ampliar o modelo atualmente desenvolvido para além do caráter acadêmico aumentando seu potencial dialógico, reflexivo e de intervenção (DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA, 2007).

Embora seja recente a organização da saúde no MST, é nítida sua

importância, não só para este movimento social, como também para os movimentos sociais que lutam pelo direito à saúde. O Coletivo de Saúde do MST participa, em suas diversas instâncias, de movimentos sociais da saúde no Brasil e América Latina, como a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), Fórum Social Mundial, o Movimento Mundial de Saúde dos Povos e a atuação na Escuela Latinoamericana de Ciências Médicas – ELAM, em Cuba e na Venezuela. Em caráter institucional, participa de Conselhos de Saúde (Municipais, Estaduais e Nacional), faz parte do Grupo da Terra do Ministério da Saúde (MS) e do recente Comitê de Educação Popular do MS (STOTZ, 2004; SANTOS, 2005, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Ao perceber a relação direta entre saúde e educação, o Setor de Saúde do MST reforça a educação popular em saúde como importante para a reflexão crítica sobre a saúde no campo e no país como um todo.

3.8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A basilar relação entre saúde e educação que é um dos fundamentos deste trabalho coloca como necessária uma reflexão sobre a construção da educação em saúde no Brasil e uma caracterização sobre as matrizes educativas utilizadas nesta pesquisa.

Segundo Da Ros (2000), existia até o final do século XX, duas grandes tendências da educação em saúde no Brasil relacionadas à saúde coletiva, polarizadas nos dois maiores centros de pesquisa da área, a Universidade de São Paulo (USP) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ): A Educação Sanitária e a Educação em Saúde (DA ROS, 2000).

As primeiras práticas educativas ligadas à saúde pública no Brasil são do começo do século XX, sendo marcadas por uma postura autoritária e normatizadora. Pautadas na modificação compulsória de padrões de comportamentos da população, por meio da reprodução de informações acerca da história natural da doença e da culpabilização do indivíduo, constituíram o que ainda hoje chamamos Educação Sanitária (DA ROS, 2000). Estas práticas, implementadas pelo Estado, eram definidas pela elite política e técnico-científica da época e representavam desta forma, os interesses do poder dominante (VASCONCELOS, 2001). Baseavam-se na idéia de que a educação pode transformar a realidade social, especialmente a partir da ação isolada dos sujeitos através de mudanças em seu comportamento e

tinham como seus teóricos e disseminadores os pesquisadores da USP. Possuíam algumas características comuns:

[...] higiene (ou cuidados) individual para evitar doenças- que são responsabilidade dos indivíduos (ou de seus pais que não lhe garantem educação) -; estes cuidados, embora sejam pensados de várias maneiras, por exemplo, saneamento do meio ambiente, combate a fatores de risco, existência de habitação arejada, etc., características da multicausalidade, são defendidas para evitar a entrada do agente causal- portanto, de concepção claramente biologicista. Há uma negação explícita da determinação social no processo saúde- doença sendo o educador conhecedor da “verdade científica” e que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos (DA ROS, 2000, p. 134).

Embora, segundo Da Ros (2000), o termo não apareça nas pesquisas atuais, esta idéia ainda está presente, principalmente na tônica das campanhas educativas do Ministério da Saúde (um exemplo são as atuais campanhas antitabagismo). A educação sanitária revitalizou-se a partir do debate em torno da Promoção de Saúde. O sentido de promoção a saúde, no contexto da educação sanitária, é o que responsabiliza as pessoas por sua condição de saúde. Usando a proposta de Stotz e Araújo (2004), percebemos que o Brasil mescla os conceitos sistematizados em duas conferências de Promoção da Saúde: Ottawa e Bogotá. Sendo o discurso oficial, o de Ottawa, que conceitua promoção de saúde como, “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OPAS,1986), e a prática orientada pela conceituação consolidada em Bogotá (a qual o Brasil foi signatário):

A Carta de Bogotá reafirma a saúde como uma consequência do desenvolvimento econômico e social da região, mas enfatiza as dificuldades para se chegar a isso, como “a extrema iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelas políticas de ajuste macroeconômico”.(...) Depois: “Dentro desse panorama a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das

peças na mudança das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma nova cultura da saúde”. Observe-se que a responsabilização das pessoas pelas suas condições sanitárias é condizente, isto sim, com as mesmas políticas de ajuste macroeconômico apontadas como empecilhos. Também soa estranho a prescrição de “mudanças na maneira de viver”, mas talvez o ponto de maior interesse seja “a criação de uma nova cultura da saúde (STOZ E ARAUJO, 2004, p. 12).

Desta forma, o advento da Promoção de saúde, na perspectiva das Conferências de Promoção de Saúde, especialmente a de Bogotá, reafirmou uma estratégia de culpabilização das próprias vítimas, além da *“creditação oficial das teorias de condicionamento comportamental”*, incontestavelmente antagonicas a qualquer educação problematizadora. A própria Política Brasileira de Promoção da Saúde traz como objetivo geral: *“Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”* (BRASIL, 2006, p. 17). Afirmando como ações de promoção da saúde *“o cuidado com o corpo, a alimentação saudável e prevenção; e controle ao tabagismo”* (BRASIL, 2006, p. 20). A educação sanitária, traduzida em ações de baixo custo, apresenta-se como o carro-chefe dos programas de promoção da saúde (STOZ E ARAUJO, 2004).

A contraposição a esta tendência educativa ficou mais evidente com a constituição da linha de pesquisa em Saúde Coletiva na ENSP a partir de 1976, quando se instaurou a área de Educação em Saúde. Algumas peculiaridades da educação em saúde, relatadas por Da Ros (2000) são: *“a relação entre educador/ pesquisador – educando/ pesquisado é biunívoca; o conceito de saúde utilizado é o da determinação social do processo saúde – doença; a concepção de mundo está calcada basicamente no materialismo histórico”* (DA ROS, 2000, p.138). Ainda segundo o autor, esta educação assume-se como prática libertadora, inexistindo a neutralidade do pesquisador. Alguns dos trabalhos examinados por Da Ros (2000), criticam a postura ideológica da educação sanitária, desde a formação de profissionais que serão inculcados para atuar, como a sua prática verticalista, dona de verdades a serem passadas ao “povo”, que será o objeto de suas informações e ações. Criticam, ainda, a ineficiência das ações para o resultado proposto.

Concomitante a inauguração da citada linha de pesquisa na ENSP, configuraram-se novas tendências de pensamento em saúde, que propuseram a (re)significação do papel da educação em saúde, em diferentes propostas de desenvolvimento das ações de saúde vinculadas à participação popular, em especial dos operários metalúrgicos. Na medida em que a ascensão das lutas populares garantia algumas conquistas, questionava-se a própria existência do regime militar, demonstrando uma relação direta entre a saúde e sua determinação social (STOTZ, 2005).

Naquele momento histórico, a conjuntura política do país evidenciava intensas crises sociais e econômicas. O aprofundamento das desigualdades sociais se expressava cada vez mais na precariedade das condições de vida da maioria da população, o que causava um imenso descontentamento nos cidadãos. Com a repressão patrocinada pelo regime militar e o enfraquecimento dos espaços populares articulados, como os sindicatos, partidos políticos e associações, a população passou a buscar novas formas de resistência e encontrou na Igreja Católica, por meio de sua ala progressista, apoio e proteção (VASCONCELOS, 2001).

Longe dos olhos dos militares, a Igreja deu apoio ao movimento, o que possibilitou a inclusão de diversos intelectuais que encontraram ali, um meio de propagação de suas idéias e do seu descontentamento com a política estatal que privilegiava a prática mercantilista na saúde. Surgiram então, algumas experiências autônomas de serviço de saúde comunitário. Grupos de profissionais, insatisfeitos com a mercantilização da saúde e com as más condições de vida da população, começaram a se aproximar das classes populares, dando início a uma nova forma de comunicação entre os mesmos e à implantação de ações realmente integradas à dinâmica local (VASCONCELOS, 2001; MERHY, 1984).

Aconteceu em 1979, na cidade de Lins (SP), com patrocínio da Arquidiocese da cidade, o I Encontro de Experiências em Medicina Comunitária (I ENEMEC), cuja participação de profissionais de saúde foi majoritária. O II ENEMEC aconteceu na cidade de Recife, em 1980 com uma forte articulação entre os grupos populares atuantes na saúde. Em 1981 foi realizado o III ENEMEC, na cidade de Goiânia, escolhida por ser o estado de Goiás um dos grandes pólos da participação popular na saúde. Naquele estado, a saúde era debatida nas organizações comunitárias em torno da saúde, nos sindicatos de trabalhadores e nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) inspiradas nas idéias sistematizadas por Paulo Freire (STOTZ, 2005).

O processo, iniciado em 1979, como uma troca de experiências, evoluiu para necessidade de reflexão sobre a luta por mudanças no modelo assistencial de saúde, resultando na proposta de transformar o

ENEMEC em Movimento Popular de Saúde (Mops), sendo esta uma resolução do III ENEMEC. Dentre as bandeiras levantadas pelo Mops na ocasião, destacavam-se: o controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores, a unificação do serviço previdenciário urbano, a saúde preventiva e a criação do Dia Nacional de Luta pela Saúde, coincidindo com o dia Mundial da Saúde, 7 de abril (IDEM, 2005).

O debate acerca da institucionalização, fez com que o Mops já nascesse marcado por divergências em relação às estratégias a serem seguidas, prevalecendo à ocupação dos espaços públicos e, conseqüente separação do movimento popular de origem, situação ocorrida também com o Movimento de Reforma Sanitária (IBIDEM, 2005).

A participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde (VASCONCELOS, 2001; MERHY, 1984). Difundiram-se então nesse meio, as idéias e as teorias de Paulo Freire, as quais se tornaram norteadoras das relações entre as classes populares e os intelectuais.

Referindo-se às práticas de educação popular iniciadas nessa época, Merhy (1984), afirma que o objetivo principal era deflagrar um processo de politização da classe trabalhadora, através do aumento de sua consciência crítica sobre a realidade, de modo a despertar a capacidade de luta dos mesmos por transformações sociais.

A aproximação entre os profissionais de saúde e as classes populares, associada à conjuntura, precipitaram a organização de diferentes segmentos da sociedade civil, em movimentos cuja finalidade era a de lutar por melhores condições de saúde da população e desenvolver novas estratégias de enfrentamento. Esta mobilização foi fundamental ao processo de Reforma Sanitária, iniciado na VIII Conferência Nacional de Saúde e pactuado na Assembléia Nacional Constituinte.

Entretanto, a construção do SUS demandou (e até hoje demanda) um trabalho incessante dos profissionais de saúde, num sentido de ocupação dos espaços públicos para viabilização do Sistema, enfrentando a reafirmação da medicina científica como prioritária na oferta dos serviços. Ao mesmo tempo, os movimentos sociais tiveram sua participação institucionalizada no Controle Social (Conferências e Conselhos de Saúde), sendo que muitos voltaram suas forças para a garantia do acesso a saúde, até então inexistente, ou para luta por mudanças em outras políticas sociais (STOTZ, 2005; STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005; VASCONCELOS, 2004).

Nos anos 90, não só no Brasil, mas em todo o mundo, observou-

se o avanço das políticas neoliberais, que trouxeram consigo a desmobilização social, o desemprego e o empobrecimento da classe trabalhadora, levando ao aumento do individualismo e competição. Com o aumento da pobreza e a diminuição de vagas no mercado de trabalho o Estado criou um novo tipo de assistencialismo para os incapazes (STOTZ, 2005).

Houve um descenso generalizado dos movimentos sociais, inclusive os da saúde, que continuaram sua ação localmente. A fragilidade das relações sociais e a tênue mobilização social, repercutiram na dificuldade de continuar reunindo o Mops, que ficou de 1981 a 1994 sem realizar Encontros. O I Encontro Nacional do Mops realizado em Goiânia em 1994 procurou aglutinar a militância da saúde até então separada, porém não conseguiu acordar a luta por outro sistema de governo (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005).

O entendimento de que, a conquista de um sistema de saúde não garantiria necessariamente saúde para as pessoas, especialmente as oprimidas, continuava mobilizando uma gama de profissionais de saúde, professores universitários e algumas lideranças dos movimentos sociais comprometidos com a educação popular. Eles buscavam construir, na informalidade das relações diretas, um espaço para troca de idéias e apoio mútuo. Em 1991 surgiu em São Paulo, a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, que em 1998 formaria a Rede de Educação Popular e Saúde. Seus participantes acreditavam no potencial da educação popular como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, repercutindo em uma nova configuração do sistema de saúde, democrático e adequado às condições de vida da população (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005).

Esta singularidade fez com que a Educação Popular e (em) Saúde, fosse considerada um movimento social, composto, em sua maioria, por profissionais de saúde, técnicos, professores, estudantes, pesquisadores, participantes de movimentos sociais e organizações não governamentais, conscientes da necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais para ampliação do potencial de saúde da população. De acordo com Fantin (1998), este movimento era formado por diferentes interesses que se articulavam nos processos construção de cidadania e saúde e na defesa do Sistema Único de Saúde. Em sua composição podiam ser percebidos 3 grandes grupos: os pesquisadores (professores universitários de diferentes áreas), os profissionais de saúde (atuantes em diferentes espaços em nível local, municipal, estadual e nacional, incluindo profissionais de outras áreas como educação e comunicação) e os Movimentos Sociais (Pastorais, lideranças de bairros, conselhos de saúde e movimentos de luta por saúde em seu sentido mais amplo:

Movimento Negro, Ecológico, de Mulheres, de Juventude, Movimento Sem Terra). O Movimento de Educação Popular e Saúde, delineava e fortalecia sua atuação através de Encontros: como o I e II Encontro de Educação Popular e Saúde na cidade do Rio de Janeiro (1992,1993), Encontro Mineiro de Educação Popular e Saúde (1994), Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde (1997). Sua estratégia incluía também a construção de Boletins Informativos, articulações, fóruns e seminários, estabelecendo um diálogo permanente entre práticas, conhecimentos e experiências (FANTIN, 1998).

Embora a investida do capital sobre a sociedade tivesse diminuído as possibilidades de mobilização e participação popular, as sementes lançadas ao vento no final da década de 1980, especialmente as das *Diretas Já* e do Movimento de Reforma Sanitária, encontraram terreno fértil nos anos 1990. Mesmo sem constituir presença marcante como os movimentos daquela época, muitas pessoas e organizações continuaram lutando por mudanças estruturais na sociedade, identificando importantes aliados nos Movimentos Sociais Populares, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, que precocemente incluiu em sua bandeira de luta o direito a saúde e a educação.

O novo século surge com uma possibilidade de ampliação e massificação dos Movimentos Sociais, especialmente o de Educação Popular e Saúde. A visualização da necessidade de capilarização do movimento, reagregando os setores populares, aliado a ampliação da participação dos movimentos sociais no Governo Lula, especialmente no Ministério da Saúde, materializou-se na constituição da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), em dezembro de 2003 (STOTZ, DAVID, WONG UN, 2005).

Seu objetivo inicial era fortalecer a sociedade civil do ponto de vista popular, construindo uma relação da sociedade com o Estado de forma que ele estivesse subordinado à sociedade, sendo formada pelas seguintes entidades: Rede de Educação Popular e Saúde, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, Movimento Popular de Saúde, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Movimento das Mulheres Camponesas, Projeto Saúde e Alegria, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase e Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e

Educação na Saúde. (STOTZ, 2004).

Atualmente a ANEPS “constitui fóruns permanentes de educação popular nos estados, como espaço de escuta das necessidades, de formação de agentes sociais para a gestão das políticas públicas, de organização, de comunicação entre os movimentos e de mobilização popular” (PEDROSA, 2005, p.304).

A educação popular e/em saúde, relaciona-se necessariamente com educação em saúde, numa perspectiva de potencializar ações que conduzam à autonomia, ao empoderamento (no sentido de aumentar o poder e a participação e o poder decisório e diretivo das classes populares), ao despertar da consciência crítica dos indivíduos. Busca, portanto, estimular a capacidade dos sujeitos perceberem-se de fato, *sujeitos* na construção de seu processo histórico; a provocá-los à (des)velar o real, a questionar as aparências dos fatos e buscar a essência por detrás do que está dado pelo poder hegemônico. Relaciona-se então diretamente com a libertação das condições de opressão do povo.

Neste sentido, a educação em saúde percebe e compartilha a necessidade de reafirmação da promoção de saúde, como enfrentamento aos determinantes do processo saúde-doença e à conquista de políticas universais tanto na área da saúde como nas áreas como trabalho, educação, saneamento básico, preservação ambiental, que por sua vez se relacionam com os interesses da política econômica, nacional e internacional (STOTZ, 2005). A educação popular e/em saúde ao privilegiar a articulação entre diferentes atores que lutam por saúde corrobora com este entendimento de promoção de saúde e acrescenta elementos como as redes de apoio social e as práticas de saúde voltadas para o exercício da autonomia e democracia como fundamentais à Promoção da saúde (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006).

O referencial teórico da educação popular, especialmente através de Paulo Freire, tem sido utilizado no embasamento das ações de educação em saúde, propostas pelo Grupo de Pesquisa Educação e Saúde da UFSC no qual esta pesquisa insere-se sendo desta forma uma de suas principais fontes de constituição e análise.

Segundo Freire (2005):

Os marginalizados, que são os oprimidos, jamais estiveram fora de. Sempre estiveram dentro de. Dentro da estrutura que os transforma em "seres para outro". Sua solução, pois, não está em "integrar-se", em "incorporar-se" a esta estrutura que os oprime, mas em transformá-la para que possam fazer-se seres para si (FREIRE, 2005 a. p.

Esta transformação, ancorada na sistematização proposta por Freire (2005), surge através da problematização dos temas relacionados à opressão, pois quando os oprimidos descobrem-se sujeitos, deflagram em si um processo de libertação, no qual vão (dê)svelando o mundo da opressão e comprometendo-se, na práxis, com a sua transformação; “vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo ‘com que’ e ‘em que’ se acham” (FREIRE, 2005 a, p.82).

Pedrosa (2007) considera que a educação popular, ao problematizar a realidade tomada como referência, constitui um “dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social” (PEDROSA, 2007, p.15).

A partir das reflexões da educação popular em saúde, pode ser questionado sobre como articular a educação em saúde com a educação profissional, num processo de formação de sujeitos políticos.

Para começar a responder este questionamento, é preciso ter em mente o entendimento da educação como um elemento da formação humana, porém, não sendo o único. Ou seja, o que educa não é somente o discurso, mas a vivência concreta do novo (MST, 2004). Nesta perspectiva, o MST vem construindo, em sua teoria e prática, uma relação pedagógica que potencializa a vida, a luta e o enfrentamento às desigualdades sociais, como cenários de aprendizado sobre a relação entre saúde, sociedade e educação.

O despertar desta percepção, do *estar no mundo*, faz parte da essência da educação popular em saúde e revela que, “antes de um método, ela constitui um modo de se relacionar ‘com’ o outro, uma forma de ‘perceber, estar e atuar’ no mundo num dado momento histórico” (SEVERO et al 2007 p.242). Esta relação íntima com o outro, potencializa uma resignificação dos conceitos de autonomia e solidariedade, no sentido da construção de novas relações sociais fundamentadas na ética e justiça.

3.5 BIOÉTICA, SOLIDARIEDADE E AUTONOMIA

Ao compreendermos a educação como um processo através do qual as pessoas se inserem numa determinada sociedade, transformando-se e transformando esta sociedade, percebemos sua relação direta com a formação de consciência ética. Desta forma, cabe aqui uma tentativa de compreender os conceitos de ética, solidariedade e autonomia, valores constituintes do Movimento Sem Terra e de seu Coletivo de Saúde.

Para Freire, a ética é “uma marca da natureza humana, algo absolutamente indispensável a convivência humana” (FREIRE, 1996, p. 19). Chamando-a de ética universal do ser humano, Freire relaciona a ética a capacidade ontológica do ser humano para o ser mais, constituindo-se social e historicamente. “Mulheres e homens, seres histórico-sociais, nos tornamos capazes de comparar, de valorar, de intervir, de escolher, de decidir, de romper, por tudo isso nos fizemos seres éticos. Só somos porque estamos sendo. Estar sendo é a condição entre nós, para ser” (FREIRE, 1996, p.36). Ao instaurar a ética no domínio da decisão, avaliação, liberdade, ruptura e opção, impõem-se a responsabilidade e a consciência do inacabamento dos seres humanos, assim como a possibilidade de transgressão da ética. “Precisamente porque somos éticos podemos desrespeitar a rigorosidade da ética e resvalar para sua negação, por isso é imprescindível deixar claro que a possibilidade do desvio ético não pode receber outra designação senão a de transgressão” (FREIRE, 1996, p.66).

Percebendo a possibilidade transgressora da humanidade, a ética trouxe como um de seus principais desafios, desde a antiguidade, o problema da violência e os meios para evitá-la, diminuí-la e controlá-la. Em diferentes sociedades, consolidaram-se conjuntos de valores éticos, regulando a conduta, as relações e os comportamentos sociais, de modo a garantir a integridade física e psíquica de seus componentes, bem como a conservação do grupo social. Na sociedade atual, a violência se compõe de diferentes aspectos: a violação da dignidade humana (violência física, psíquica, social), a profanação das coisas sagradas (igrejas, templos, túmulos) e a discriminação social e política de pessoas ou grupos sociais por serem diferentes (eticamente, religiosamente, politicamente, sexualmente) (CHAUI, 2006).

Desta forma, mais que um conjunto de valores, a ética é uma *ciência da práxis humana*, ou seja, *um saber que tem por objeto a ação* (CHAUI, 2002, p.440). Configurando-se, enquanto filosofia da moral, na reflexão sobre a constituição dos seres humanos e da sociedade, a partir da articulação entre dois aspectos: a indagação sobre o que são, de

onde vêm e o que valem os costumes tradicionais de uma sociedade; e a busca da compreensão do caráter de cada pessoa (CHAUÍ, 2006).

Por se constituir a partir da práxis humana, a ética procurou, desde sua origem, enfrentar em diferentes culturas, questões cotidianas relacionadas à vida. Entretanto, foi a partir da segunda metade do século XX que estas questões saltaram mais aos olhos da humanidade, levando a sistematização de um novo referencial ético, a bioética.

Frequentemente, o termo bioética faz referência aos problemas éticos derivados das descobertas e das aplicações das ciências biológicas (pesquisas e aplicações relacionadas à genética, reprodução artificial, transplante de órgãos, aborto, prolongamento ou extinção artificial da vida, novos medicamentos, tratamentos de doenças, só para citar alguns exemplos). Ou seja, concentra-se nos “casos de situações-limite” e dando pouca atenção aos problemas morais e científicos que envolvem a vida cotidiana, como a pobreza, a injustiça social, a violência (BERLINGUER, 1993).

Contudo, a essência da bioética está na difusão e no ensino da tolerância, no campo dos conflitos morais relacionados à saúde e à doença dos seres humanos e dos animais não-humanos. Ela se preocupa com todas as situações de vida, que estejam em meio a diferentes escolhas morais quanto aos padrões de bem-viver, caracterizando-se pelo espírito não-normativo, não-imperativo e por sua harmonia com o respeito à diferença moral da humanidade (DINIZ e GUILHEM, 2002).

Seu desenvolvimento se deu de formas distintas no contexto mundial. Embora a bioética tenha sido concebida como uma nova maneira de se perceber e encarar o mundo e a vida a partir da ética, ampliando a conceituação de qualidade de vida humana, ao incorporar temas como o respeito ao meio ambiente e ao ecossistema às questões biomédicas já existentes, assumiu nos Estados Unidos da América do Norte, uma forte conotação individualista. Sua sustentação repousava sobre a autonomia individual dos sujeitos sociais. Esta tendência foi a que primeiramente acabou sendo difundida pelo mundo, caracterizando uma bioética anglo-saxônica (GARRAFA, 2004).

Na América latina, devido à contradição da coexistência de uma excelência tecnológica em saúde, convivendo “pacificamente” com a negação do direito a saúde de uma grande parcela da população, foi imprescindível enfrentar os dilemas coletivos, incluindo temas como políticas sanitárias, alocação de recursos, meio ambiente, saúde animal e saúde pública (ZOBOLI e FORTES, 2004). Esta coexistência suscitou questionamentos em torno do preconceito e da injustiça em relação à assistência à saúde. A bioética latino-americana se constituiu então, com um forte saber social, incorporando para além da autonomia, os

conceitos de justiça, equidade e solidariedade (PESSINI e BARCHIFONTAINE, 2007).

A autonomia faz menção à capacidade do ser humano de decidir sobre o que é bom ou o que é seu bem-estar, de acordo com seus valores, suas expectativas, suas necessidades, suas prioridades e suas crenças (ZOBOLI e FORTES, 2003).

Esta capacidade de decidir só existe no domínio da liberdade e no exercício da responsabilidade. “A liberdade, que é uma conquista, e não uma doação, exige permanente busca. Busca permanente que só existe no ato responsável de quem a faz. Ninguém tem liberdade para ser livre: pelo contrário, luta por ela precisamente porque não a tem” FREIRE, 1996, p. 37). Nesta conquista permanente, percebe-se a autonomia enquanto processo, amadurecimento do ser para si, sendo fundada em experiências estimuladoras de decisão e responsabilidade.

A liberdade adquiriu diferentes significados, podendo ser compreendida segundo Cortina, 2005 como participação, independência (ou individualismo) e autonomia. A liberdade, enquanto independência pode ser considerada uma antiliberdade, na medida em que é interpretada como sendo o exercício da individualidade privatizada, bastante comum na sociedade atual. Ela se traduz na liberdade de cada um dos sujeitos que compõem determinada sociedade que, por conta de sua capacidade de serem livres, são os únicos responsáveis pelos seus atos e pelo domínio de sua vida (BAUMAN, 2000). Esta responsabilização, além de ser necessária para manutenção do *status quo*, serve ao poder ideológico dominante, que inculca nos dominados a culpa solitária por sua situação (FREIRE, 1996).

Segundo Freire (2001) “o homem marginalizado não é um *ser fora de*. É, ao contrário, um *ser no interior de*, em uma estrutura social, em relação de dependência para com os que falsamente chamamos seres autônomos e que, na realidade, são seres inautênticos” (FREIRE, 2001, p.86).

Contrapondo-se ao conceito de liberdade enquanto simplesmente individualidade, nesta pesquisa a liberdade abrange significado de participação nos assuntos públicos, de deliberar coletivamente sobre as opções que podem ser tomadas. Soma-se a este entendimento, sua relação com o sentido da autonomia como capacidade de decidir por ações e atos que humanizam. Assim, faz parte do aprendizado da

decisão, na medida em que os homens e mulheres, percebendo-se como seres histórico-políticos-sociais, extrojetam a culpa indevida. Por isso a decisão se configura como um processo responsável e se relaciona diretamente com a liberdade que cresce em seu exercício (CORTINA, 2005; FREIRE, 1996).

A autonomia assume então, o significado de liberdade construída através do diálogo, fruto de uma relação entre sujeitos conscientes. Quanto mais se percebem como sujeitos críticos e reflexivos, mais autônomas tornam-se as pessoas.

Especificamente no contexto latino-americano, a autonomia precisa ser pensada dialeticamente, considerando a vulnerabilidade, especialmente em sua dimensão social. O respeito à pessoa autônoma, então, não pode se limitar a atitudes passivas de, simplesmente não invadir a autonomia do outro. Somente a capacidade de transcender a nós mesmos e compreender a dor do outro, pode tornar presente a sensibilidade que gera a disposição para superar as contradições e o sistema, produtores desta dor acompanhada da negação do outro (ZOBOLI, 2007).

A transcendência de nós mesmos e a compreensão do outro, compõem o conceito de solidariedade, aqui entendida como um valor universal próprio da pessoa humana, que tem origem em sua dignidade. Ela independe de determinações, prescrições e crenças religiosas, que criam comunidades morais distintas e, na maioria das vezes, antagônicas. Ao ser transcendente, é praticada entre pessoas que compartilham moralidades idênticas ou totalmente distintas. Sua prática propõe o estabelecimento de relações horizontais (unívocas). Está situada, entre a idéia de imparcialidade – ser movido pelo bem geral do outro – e a idéia de benefício mútuo – reciprocidade (SELLI e GARRAFA, 2006).

Na sociedade atual, onde se perpetuam relações desiguais e antidialógicas, a solidariedade não pode ser entendida simplesmente como uma forma de prestar assistência, mantendo os sujeitos atados a sua situação de dependência, que faz com que os necessitados e os oprimidos constituam uma designação abstrata, uma *massa anômica e sem rosto* (CAPONI, 2000, p. 45; FREIRE, 2005 b).

A solidariedade, pelo contrário, “é a realização de ações que beneficiem os outros como um sujeito autônomo, capaz de tomar

decisões e fazer escolhas, isto é aceitar ou rejeitar estas ações” (CAPONI, 2000, p.45). Desta forma, exige uma postura radical, com ações concretas no sentido de transformar (junto com eles) a realidade que faz dos oprimidos “seres para outro” (FREIRE, 2005b).

A solidariedade se constrói a partir do diálogo, no domínio da liberdade, desta forma autonomia e solidariedade são interdependentes.

[...] o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes (FREIRE, 2005 b, p.91).

Assim como o diálogo, a autonomia e a solidariedade se constituem em elementos fundamentais de uma prática educativa, que se proponha interventora da realidade. Embora a educação não seja a chave das transformações sociais, a prática educativa é uma demonstração das possibilidades de mudanças, reforçando sua tarefa político pedagógico na constituição de sujeitos éticos. A educação, desta forma, constitui-se fundamentalmente como processo de construção de sujeitos autônomos e solidários (FREIRE, 1996).

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, realizada no primeiro semestre de 2009. Foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC, conforme protocolo nº 345/08 e realizada de acordo com a Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde que aborda o cuidado ético com os sujeitos de pesquisa. Os participantes da pesquisa tiveram seus nomes preservados, sendo utilizado em sua identificação nomes de árvores nativas brasileiras, escolhidas por serem, assim como os sujeitos de pesquisa, símbolos da resistência contra a exploração capitalista da terra.

Os sujeitos da pesquisa foram os egressos do CTSC, das duas turmas já concluídas. Como os sujeitos de pesquisa moram em diferentes regiões do Brasil, a pesquisa foi realizada em um momento e local onde houvesse o maior número de pessoas para compor a coleta de dados. Ela aconteceu durante o XII Encontro Nacional do MST, realizado na cidade de Sarandi, RS, cujo tema foi os 25 anos do MST. Neste encontro, estavam participando oito egressos, dos quais sete se dispuseram a participar da pesquisa.

Os materiais utilizados para coleta de dados foram: gravador digital, câmara fotográfica, filmadora e diário de campo.

A opção por trabalhar com percurso metodológico, deu-se a partir da percepção de que o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa requer uma avaliação constante da trajetória a seguir para alcançar seus objetivos, o que resultou em um movimento dialético de idas e vindas e em uma readequação da metodologia. Com o intuito de tornar a coleta de dados um dos momentos de reflexão crítica sobre a interação entre educação em saúde, ética e política, foi utilizada uma metodologia dialógica e participativa. Desta forma, pareceu pertinente mesclar as idéias do educador Paulo Freire com a pesquisa qualitativa.

A metodologia qualitativa, segundo Gil (1987), define-se como obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social através de metodologia científica. Realidade social é entendida aqui em sentido bastante amplo, envolvendo todos os aspectos relativos às pessoas em seus múltiplos relacionamentos entre elas e com instituições sociais.

Já o cuidado metodológico de Paulo Freire, parte de uma preocupação com o desvelamento da realidade social, revelando o que está oculto através de uma atitude dialógica e construtora de uma consciência crítica. Em seu livro, *Pedagogia do Oprimido*, Freire (2005 b) apresenta seu trabalho enquanto educador e pesquisador social, não

só preocupado em produzir conhecimento científico, mas também em contribuir para a transformação social necessária ao processo de emancipação da humanidade.

O método sistematizado por Paulo Freire tem sido utilizado não somente na alfabetização crítica e radical das pessoas, como originariamente proposto, avança além dos limites da educação enquanto disciplina social, sendo entendida como uma forma de ler o mundo, refletir e reescrevê-lo, transformando-o pela ação consciente (SAUPE, BRITO, GIORGI, 1998). É justamente na ampliação de seu entendimento que passa a ser utilizado como método de pesquisa e trabalho de outras disciplinas, dentre elas as da área da saúde.

Por se tratar de uma pesquisa de mestrado, cujo tempo para sua realização se encontrava reduzido, das etapas do Itinerário de pesquisa proposto por Freire, foi utilizada somente a Investigação Temática (FREIRE, 2005 b)

A investigação temática envolve a investigação de o próprio pensar dos sujeitos pesquisados, significa pesquisar a partir dos sujeitos e com eles, sempre em relação a realidade vivenciada. Quanto mais a investigação acontece de forma dialógica, maior é o processo educativo. E à medida que é crescente este processo, cada vez maior é a investigação (FREIRE, 2005 b).

Adaptando esta metodologia ao contexto pesquisado, de acordo com a proposta de Freire, a investigação temática foi organizada em cinco momentos que não são lineares, mas que se interrelacionam em um processo constante de construção, sendo eles:

- 1º – aproximação e construção da pesquisa com os sujeitos;
- 2º – levantamento das palavras mais significativas para o grupo em relação ao tema da pesquisa e criação de situações-problemas a partir das palavras levantadas.
- 3º– descodificação das situações-problema, com ampliação do conhecimento sobre as situações-problemas e tomada de consciência.
- 4º – Diálogos individuais com os sujeitos de pesquisa.
- 5º – Tratamento dos temas e informações coletados.

O **primeiro momento** se consistiu numa aproximação da pesquisadora com os sujeitos de pesquisa, apresentando e debatendo a proposta, convidando-os a participarem da pesquisa e organizando com eles os seus momentos. Foram convidados a participarem da pesquisa oito egressos do CTSC que estavam participando do XII Encontro Nacional do MST. Além de apresentar a eles a proposta, aquela também foi apresentada ao Coletivo de Saúde do MST, que estava presente no Encontro, em uma reunião realizada, a qual foi verbalmente autorizada a

ser filmada e gravada.

Em seu **segundo momento**, foi organizado um Círculo de Cultura que contou com a participação de seis pessoas das oito convidadas, sendo também filmado e gravado. Esta técnica de trabalho em grupo adaptada, a partir das idéias de Paulo Freire (2005 b), objetiva instituir um debate no grupo, em busca da apreensão dos temas pesquisados. Neste espaço, foram levantadas as palavras e frases mais significativas em relação ao tema pesquisado e, construídas situações-problema referentes a estas palavras e frases. As situações-problema consistiram em frases consideradas significativas em relação aos objetivos da pesquisa, que eram situações existenciais desafiadoras típicas do grupo, possibilitando a abertura de perspectivas para uma análise mais aprofundada em analogia a temática pesquisada.

Em seguida, estas situações problema foram descodificadas, o **terceiro momento** da pesquisa, realizado também através de um Círculo de Cultura. O qual promoveu um processo de cisão das partes com o todo, o surgimento de nova percepção a cerca destas situações e tomada de consciência sobre as situações vivenciadas e suas posturas quanto a elas. Participaram deste Círculo quatro, dos oito convidados.

No **quarto momento** foram realizados diálogos individuais, que aconteceram somente após a realização dos Círculos e foram momentos importantes para aprofundar temas e situações significativas para a pesquisa, sendo realizado com todos os sujeitos de pesquisa. Todos os diálogos foram filmados ou gravados e compuseram o material de análise dos dados.

A **última etapa** deste momento consistiu em estudar sistematicamente e interdisciplinarmente seus achados. Tal momento foi propriamente a análise das construções das etapas anteriores. Embora na metodologia proposta por Paulo Freire, (2005 b) os sujeitos de pesquisa participem também de sua análise, devido ao pouco tempo para realização de todo este processo, esta etapa foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin (1979).

Os “Círculos de Cultura” (FREIRE, 2005 b), têm como princípio, a relação dialógica e horizontal entre os participantes do círculo, relação esta, fundamental para uma coleta de dados que se pretende conscientizadora, produzindo modos próprios e novos, solidários, coletivos de pensar e construir o conhecimento. (BRANDÃO, 1988).

A inovação desta metodologia trouxe consigo o receio de que os objetivos do trabalho pudessem não ser alcançados, principalmente nos Círculos de cultura. Como, segundo Freire (2005 b), os pesquisadores, na medida em que estabelecem uma relação dialógica, são ao mesmo tempo partícipes da pesquisa, foram pensadas antecipadamente,

situações – problema que poderiam ser propostas caso houvesse dificuldade com o desenvolvimento dos círculos de cultura. Foram criadas 6 situações-problema, descritas a seguir:

1. Jason mora em um acampamento do MST na periferia de uma grande cidade, vem de uma família de catadores de papel, não conhece seu pai e sua mãe, tem outros 12 filhos, era usuário de drogas e homossexual. No acampamento está tentando ficar limpo, mas volta e meia precisa ir para a cidade resolver uns problemas e volta diferente, seus companheiros notaram que fica mais ausente e agressivo. Em uma festa bebeu demais, brigou e foi sugerido que saísse do acampamento.

2. Em um acampamento do MST foi identificado um grande número de crianças com desnutrição, vermes e piolhos. O coletivo de saúde, com ajuda de professores da universidade, organizou oficinas para ensinar as mães a cuidarem de seus filhos, se alimentarem direito, além de fazer sopa e almoço para as mães e as crianças, com isso, em 2 meses todas crianças recuperaram seu peso.

3. Em uma marcha do MST, com um grande número de participantes, foi identificado um grande número de pessoas com doenças crônicas, que precisavam de cuidado e tratamento contínuo, foi decidido pelo coletivo de saúde que as pessoas doentes seriam proibidas de caminhar para não prejudicarem sua saúde.

4. Alguns acampados começaram a trabalhar em uma plantação de soja na fazenda vizinha ao acampamento. Esta fazenda tem uma grande quantidade de agrotóxicos, cujas embalagens são higienizadas no córrego próximo e que abastece o acampamento. O coletivo de saúde organizado identificou um grande número de pessoas com sintomas de dor de cabeça, enjôo, fraqueza muscular, tremores nas mãos e alguns casos de convulsão; Começaram a pesquisar e estudar sobre os casos e uma das suspeitas seria a contaminação da água pelos agrotóxicos.

5. Um grupo de professores da universidade, a pedido do MST, foi convidado a trabalhar sobre saúde com o Coletivo do Acampamento, chegando lá, observaram problemas em relação ao saneamento básico, com ausência de fossas junto às privadas...

6. Em um assentamento há um grande número de famílias que optam por plantarem soja e fumo, financiadas por empresas de cigarro e óleo de soja.

4.1 UM PERCURSO REPLETO DE MUDANÇAS

A pesquisa qualitativa, enquanto potencial para transformação da realidade, pressupõe uma reflexão constante, que ocasiona uma mudança de planos de acordo com a realidade apresentada, desta forma, o contexto no qual a coleta de dados foi desenvolvida trouxe um olhar diferente sobre seu percurso.

Como os sujeitos de pesquisa moram em diferentes regiões do Brasil, optei por realizar a pesquisa em um momento e local onde houvesse o maior número de pessoas para compor a coleta de dados. Ela aconteceu entre os dias 20 e 24 de janeiro de 2009, no Assentamento Novo Sarandi, na cidade de Sarandi, RS, por ocasião do XIII Encontro Nacional do MST, cujo tema foram os vinte e cinco anos do MST.

Participaram deste encontro em torno de 1500 pessoas de todas as regiões do Brasil, que foram escolhidas em seus assentamentos e acampamentos para participarem deste momento. Além dos assentados e acampados, participaram também amigos do MST, brasileiros e estrangeiros que ficaram alojados no mesmo espaço que os demais participantes.

Como esta forma de organizar-se não é o objeto da pesquisa, e sim parte de sua contextualização, constituindo o cenário de pesquisa, será descrito brevemente como estava organizado o encontro.

A organização do evento ficou por conta das pessoas do Rio Grande do Sul, estado que estava sediando o encontro. Pensaram desde a ornamentação, até o destino do lixo, abastecimento de água, alimentação, etc. Para facilitar a organização, o grupo organizador se dividiu em diferentes equipes: infra-estrutura, alimentação, saúde, segurança, comunicação, cultura, animação, ciranda.

Os participantes ficaram alojados em grandes tendas, dormindo em colchões e colchonetes. Compartilhando o espaço em uma convivência harmoniosa, sendo que, muitos levaram suas próprias barracas que ficaram dispostas ao redor das tendas maiores.



Espaço de alojamento, Assentamento Novo Sarandi, 20/01/09.

Foram alugados banheiros ecológicos, distribuídos por todo o espaço do alojamento, limpos de duas a três vezes por dia. Para tomar banho, havia dois espaços: masculino e feminino, fechados de lona preta, disponibilizando diversas torneiras com água fria. A higiene pessoal podia ser feita em torneiras localizadas próximas aos banheiros ecológicos.

A alimentação foi feita por uma equipe composta de mais de 100 pessoas, sendo preparadas 3 refeições por dia: café, almoço e jantar, em todas as refeições eram oferecidas frutas, no almoço e jantar também era feito suco natural. Todos os alimentos consumidos eram das áreas de reforma agrária. As refeições eram distribuídas por estados, e cada participante havia levado seus utensílios, após as refeições cada pessoa lavava-os em locais próprios para este fim.



Suco sendo servido no horário do almoço, Assentamento Novo Sarandi, 21/01/09.

O abastecimento de água era garantido por caixas d'água com torneiras em diferentes pontos, principalmente próximas ao refeitório, plenária e ciranda. A água consumida vinha de poços artesianos do próprio assentamento. No momento de credenciamento foram entregues garrafinhas plásticas a todos, para estimular o consumo de água.

Os debates e palestras aconteciam em uma grande plenária, com capacidade para 1500 pessoas sentadas, nesta plenária havia um sistema de ventilação com janelas e ventiladores. Também havia torneiras para tomar água.

Do lado externo da plenária ficava a “bodega”, local para comercialização de alimentos e outros produtos, onde eram vendidos diferentes alimentos e bebidas, camisetas, livros, CDs, sementes agroecológicas, chapéus e artesanato em geral. A noite este era um espaço de confraternização e animação dos participantes. O mesmo funcionava até às 24h.

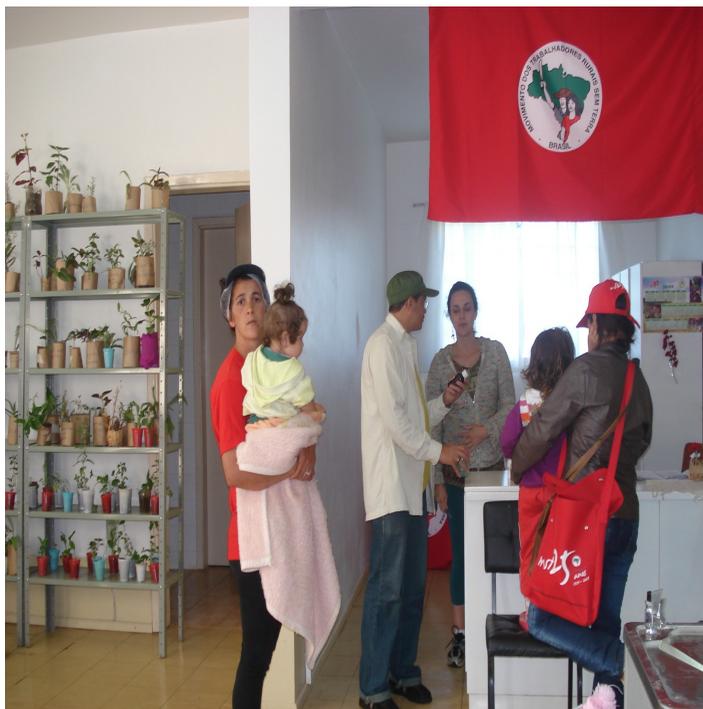
A ciranda, local destinado as crianças participantes do encontro, foi organizada na Escola do Assentamento. Lá as crianças participavam

de diferentes atividades (música, teatro, desenho, massagem), enquanto seus pais participavam da plenária. Eram servidos dois lanches, pela manhã e a tarde, sendo as demais refeições realizadas junto com seus pais.



Oficina de massagem realizada na ciranda, Assentamento Novo Sarandi, 22/01/09.

O espaço da saúde foi organizado no Posto de Saúde do Assentamento. Foram produzidos tinturas, xaropes e pomadas para serem utilizados, além de remédios alopáticos. A equipe era composta por: médicos formados em Cuba, farmacêutica, nutricionista, assistente social, técnicos em saúde comunitária e pessoas que faziam parte dos coletivos de saúde locais. Além do atendimento tradicional, verificação de pressão e sinais vitais, curativos, também eram oferecidas massagens e acupuntura. No espaço também foi montada uma farmácia viva, com diferentes mudas de plantas medicinais, distribuídas entre os trabalhadores daquele espaço ao final do encontro.



Espaço da Saúde, Assentamento Novo Sarandi, 20/01/09.

A experiência de realizar uma pesquisa em meio a um Encontro Nacional do MST foi intensa e desafiadora, pois tive que conciliar a tarefa de pesquisadora com a de educadora cuidadora em saúde. Desta forma, convém relatar como foi a organização do Espaço da Saúde e os desafios que se apresentaram ao longo do encontro.

A parte de coleta de dados referente ao Círculo de Cultura foi realizada com o auxílio de outra pesquisadora: Denise Osório Severo, mestre em saúde pública e educadora do MST. Tão logo chegamos ao local do encontro e nos instalamos, fomos tomar café e fazer um reconhecimento do local: refeitório, cozinha, espaço da saúde, ciranda, plenária, mercado, bodega. O espaço da saúde estava sendo coordenado pelo pessoal do RS, especialmente por duas companheiras que haviam se formado em medicina em Cuba. Agendamos uma reunião para as 16h, para organizarmos nosso trabalho e reconhecer quem havia chegado dos estados.

No horário que havíamos marcado a reunião estava acontecendo um ensaio da abertura do Encontro e a reunião acabou sendo remarcada para o dia 21/01/09, às sete horas da manhã.

Durante esta reunião conversamos sobre a organização do coletivo no encontro, a realização de rodas de conversa sobre temas da saúde e sobre minha pesquisa. Estavam presentes quatro companheiros/as egressos do CTSC, com os quais ficou combinado o horário das 13h15min para fazermos o grupo. Após a reunião, também conversei com outras quatro companheiras, combinando como seria realizada a pesquisa.

Após a abertura, planejamos a metodologia do Círculo de Cultura. Foi um momento importante para garantir uma dinâmica que propiciasse a participação de todos e todas. Pensamos em começar o Círculo pedindo que as pessoas se apresentassem e relatassem como tem sido sua trajetória desde o final do curso até agora. Com este estímulo poderíamos anotar e socializar as palavras mais significativas, e pensar em situações que ocorreram ou não em relação a estas palavras.

Próximo ao horário combinado, começamos a montar o espaço onde seria realizado o Círculo. Tivemos que organizar um espaço externo ao espaço de saúde. Organizamos as cadeiras e preparamos os equipamentos. Na medida em que os participantes foram chegando íamos entregando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram do Círculo de Cultura seis egressos (dos oito convidados).

Dentre os limites para o desenvolvimento da atividade, pudemos observar: O local e horário escolhidos foram impeditivos para uma maior qualidade, não só da gravação e filmagem, mas também da participação. O local escolhido, ao lado do Espaço da Saúde era próximo aos banheiros químicos e o círculo aconteceu bem na hora que estavam fazendo a limpeza destes, com um barulho e cheiro insuportáveis. Em relação ao horário, um desafio: incluir a pesquisa nas atividades já programadas nos espaços dos encontros, congressos, reuniões. Por isso, tivemos que cuidar para não privar os participantes da pesquisa das atividades já programadas, as quais eram o motivo de suas idas ao encontro. A dificuldade no uso dos equipamentos, principalmente o gravador de voz foi enorme, e a inibição causada pela filmadora também pode ser sentida.

Mesmo com todos estes limites observamos o interesse e a participação das pessoas, a sinceridade e compreensão de que este era um momento importante, não só para os pesquisadores, mas também para a reflexão sobre sua própria caminhada. O círculo de cultura propiciou um maior diálogo e reconhecimento entre os participantes, o espaço do encontro, por ser familiar, proporcionou um clima de companheirismo e cumplicidade.

Ao final do Círculo de Cultura, marcamos o próximo encontro para o mesmo horário e local no dia seguinte.

Após sentarmos para refletir sobre a experiência que havíamos tido, Denise começou a passar mal e precisou ser hospitalizada na cidade de Pontão, município próximo ao local do encontro. O médico que lhe atendeu, afirmou que a região era uma área endêmica de um vírus e que precisávamos estar preparados para os possíveis surtos durante o encontro.

No dia seguinte, comecei a pensar na continuidade do Círculo de Cultura, com a certeza da necessidade de replanejar a metodologia. Esta mudança foi fruto de uma reflexão feita com a Denise após o 1º encontro. As situações problema que foram imaginadas não davam mais conta do que foi conversado e o tempo para realização do Círculo era menor do que se havia pensado. Desta forma, optei por fazer uma seleção das frases que mais me chamaram a atenção em relação aos objetivos que precisavam ser atingidos.

Após uma breve reflexão, ouvi novamente o encontro do dia anterior para extrair frases que seriam descodificadas no encontro seguinte: escolhi 4 frases, descritas a seguir.

“Saímos do setor de saúde e fomos para a coordenação política e aí estagnou o setor.”

“No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo.”

“A Educação em saúde deve estar vinculada a um projeto de sociedade.”

“O setor saúde é mais ameno.”

Por conta de um atraso no almoço, o Círculo de Cultura começou novamente com atraso, deste Círculo participaram quatro pessoas, três que estavam no primeiro e uma nova participante.

A riqueza do momento, com frases e conceitos muito importantes, levou-nos a pensar em produzir um vídeo sobre esta experiência, sendo que todos os pesquisados autorizaram verbalmente sua edição, achando-a interessante e importante.

Após o Círculo, se pensou em como se dariam os diálogos. Pensei em aprofundar com cada um sua experiência específica e duas questões centrais: Quais os limites para a prática da educação popular em saúde? O que para o conjunto do movimento é a demanda principal do setor saúde no movimento?

A reunião do Coletivo foi concomitante com o Círculo de Cultura e depois nos foi repassado que haviam aumentado os casos de problemas gastro-intestinais. Já haviam sido tomadas algumas providências em relação a isso: o preparo de alimentos mais leves para as pessoas que estavam passando mal.

À noite, após o jantar, realizei o primeiro diálogo, o local não foi

muito adequado, pois houve um entra e sai de pessoas, mas a conversa fluiu em um clima ameno e trouxe elementos importantes para análise. É importante destacar que realizar uma pesquisa sobre Movimentos Sociais durante uma atividade do próprio movimento, embora tenha impeditivos em relação à adequação do local e tempo para realização, aproxima o pesquisador da realidade pesquisada, cujos limites apresentados precisam ser superados em seu cotidiano.

No dia seguinte, chegando ao espaço da Saúde para organizar onde realizaria os outros diálogos, fui informada que haviam aumentado os casos de diarreia e vômito. Ocorreram em torno de 350 casos de procura ao Coletivo somente no período da manhã. Nossa ação foi buscar, junto à coordenação do encontro, água mineral para fazer soro, garantir alimentos mais leves, garantir a limpeza dos banheiros, acesso a água potável e pautar na plenária o que estava acontecendo.

O segundo diálogo foi realizado em outra sala e não houve tantas interrupções, decidi manter este local para realizar as conversas.

Após este diálogo, continuei no Coletivo, acompanhando os casos de diarreia e vômito. No final da manhã, fiz uma conversa de 2 minutos na Plenária para explicar que se tratava de uma virose e que não tinha relação com a preparação dos alimentos, sendo as orientações: tomar bastante água, dormir bem e procurar a pessoa responsável pela saúde em sua brigada, caso estivesse passando mal. Tentei ser a mais esclarecedora e breve possível (porém creio que usei alguns termos técnicos).

À tarde reunimos o Coletivo de Saúde e conversamos sobre como estava a situação de saúde das pessoas, e o que já havíamos providenciado, também falamos do caráter educativo de nosso cuidado, fazendo com que as pessoas pudessem levar um aprendizado desta situação para outros momentos como este.

Em seguida, apresentamos alguns elementos da pesquisa. Este momento foi filmado por um companheiro de Santa Catarina, gerando bastante constrangimento e com poucas pessoas falando, porém depois que ele saiu, conseguimos estabelecer um diálogo bem interessante, que continuou sendo gravado e foi utilizado no processo de análise dos dados.

Durante o restante do dia e no dia seguinte, foram realizados os diálogos com as pessoas que faltavam, foram seis ao todo e uma conversa foi agendada para ser realizada em outro momento.

A situação de saúde ficou mais controlada e pode se perceber que a virose era de curta duração, pois com reidratação e repouso as pessoas melhoravam em um dia.

A flexibilidade da metodologia escolhida possibilitou que em

muitos momentos fosse revisto o percurso, em uma adequação do método para atingir os objetivos propostos. Em relação aos sujeitos de pesquisa, primeiramente pensamos em realizar a coleta de dados somente com quem estivesse ativamente participando dos Coletivos de Saúde nos Estados, porém no decorrer da pesquisa, optamos por convidar todos os egressos do CTSC que estavam participando do encontro. Das oito pessoas convidadas, sete participaram, sendo todas elas ouvidas também nos diálogos individuais.

A idéia de trabalhar com situações problema também precisou ser reelaborada, pois algumas situações descritas no primeiro Círculo, por si só, já constituíam-se na problemática da realidade dos sujeitos de pesquisa, sendo desnecessário usar situações “inventadas”. Para não haver desvio da metodologia proposta, utilizamos trechos da fala dos próprios pesquisados para realizar sua descodificação (FREIRE, 2005 b).

Como a Investigação Temática envolve a investigação do próprio pensar do povo, que não se dá com um único sujeito, mas entre sujeitos e sempre referido à realidade (FREIRE, 2005 b, p.117), incluímos no contexto da pesquisa, não só os momentos específicos do Círculo de Cultura e dos diálogos, mas toda a realidade vivenciada em relação ao Setor Saúde, no XIII Encontro Nacional do MST. O cenário de pesquisa se mostrou fundamental no processo de coleta de dados e os desafios colocados por este cenário, demonstram a complexidade da vida no interior de um movimento social, que dificilmente pode ser apreendida sem a vivência concreta desta realidade.

4.2 SUJEITOS DE PESQUISA

O CTSC, atualmente tem duas turmas já concluídas e duas em andamento e acontece no Instituto de Educação Josué de Castro, desta forma, os sujeitos de pesquisa foram os egressos do CTSC. Ao todo se formaram 50 jovens e adultos de diferentes regiões do Brasil. Dentre estes, compuseram o universo dos sujeitos de pesquisa oito egressos do CTSC que estavam participando do XIII Encontro Nacional do MST.

Somente os convidados que aceitaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram incluídos no “Círculo de Cultura” e nos diálogos. Ao todo, sete pessoas se dispuseram em participar da pesquisa, sendo três homens e quatro mulheres, de diferentes locais do Brasil: um da região Sul, um da região Sudeste, um da região Centro- Oeste, um da região norte e três da região

Nordeste. Destes, somente dois continuam atuando nos Coletivos de Saúde do MST.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

As estratégias de coleta de dados foram diálogos, reuniões do Coletivo de Saúde e “Círculo de Cultura” e diário de campo. Os Círculos de Cultura, diálogos e reuniões do Coletivo de Saúde foram gravados, filmados, fotografados e posteriormente transcritos.

Os dados foram trabalhados com a lógica da análise de conteúdo, referenciada por Bardin (1979) e Minayo (1994). Segundo Minayo (1994), na pesquisa qualitativa, a análise das informações apresenta dois níveis de interpretação: um primeiro, que diz respeito à história e ao contexto político, cultural e econômico do grupo social estudado, e um segundo, que se refere aos fatos surgidos na investigação.

A análise de conteúdo se deu através de três etapas: Pré- análise (fase da organização do material disponível à análise), exploração do material (codificação do material) e tratamento dos resultados, como a inferência e a interpretação (Bardin, 1979).

A etapa de pré-análise, iniciou-se com a memória escrita de todo o Encontro. Em seguida foram transcritos os círculos de cultura, reuniões do Coletivo de Saúde e diálogos com os sujeitos de pesquisa.

A exploração, inferência e interpretação do material de pesquisa, foram realizadas juntamente com o orientador da pesquisa, sendo encontradas cinco categorias, quatro que surgiram do momento específico de coleta de dados e uma que surgiu do próprio cenário de pesquisa:

- A amenidade do setor saúde;
- Saída dos militantes e estagnação do setor de saúde;
- No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo;
- Educação em saúde deve estar ligada a um projeto de sociedade;
- Quando precisa, o setor de saúde da conta;

No processo de interpretação do material, estas categorias foram agrupadas em três grandes grupos temáticos descritos abaixo:

a) Contra-hegemonia do setor saúde no interior do

movimento:

- A amenidade do setor saúde;
- Saída dos militantes e estagnação do setor de saúde;
- No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo;

b) Trabalho em Saúde:

- No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo;
- Quando precisa, o setor de saúde da conta;

c) Educação em Saúde:

- No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo;
- Educação em saúde deve estar ligada a um projeto de sociedade;

Com esta organização foi percebida a transversalidade da categoria: **No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo.**

Este processo resultou na organização de artigos científicos que concluem a apresentação da dissertação.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Toda pesquisa, tem uma interferência direta ou indireta na vida humana, por isso precisamos manter-nos atentos e críticos para avaliarmos os danos que ela pode causar à vida. As pesquisas sociais, embora muitas vezes tenham pressupostos teóricos, também trabalham com a vida, portanto carecem de considerações éticas.

Esta pesquisa foi fundamentada na legislação vigente, principalmente a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos), que enfatiza os compromissos éticos com os sujeitos da pesquisa individual e coletivamente.

No desenvolvimento do trabalho foram considerados os seguintes aspectos:

- Obtenção de consentimento Livre e esclarecido de todos os participantes;
- Adesão voluntária dos participantes com livre escolha para abandonarem o processo de investigação, se julgarem necessário;
- Garantia de sigilo das informações que serão restritas ao trabalho acadêmico;
- Anonimato, com a utilização de codinomes escolhidos pelos pesquisados, caso haja necessidade de citarmos suas falas;
- Garantia de fidedignidade das informações através da confirmação das informações colhidas nas observações e entrevistas.
- Esclarecimento de que os dados analisados serão de propriedade dos pesquisadores e seu será uso restrito ao meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P A; NAGY M. R. **Saúde e qualidade de vida no campo: a luta dos (as) trabalhadores (as) da CONTAG e dos (as) participantes do MST.** 2004. 82 f. Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva – Educação em Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, UnB, Brasília.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Edições 70: Lisboa, 1979. 223 p.

BERLINGUER, G. **Questões de vida (ética, ciência, saúde).** APCE-HUCITEC-CEBES: Salvador-São Paulo- Londrina, 1993. 218 p.

BRANDÃO, C.R. **O que é Método Paulo Freire.** Editora Brasiliense: São Paulo, 1988. 113p.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da república federativa do Brasil.** Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 08 de agosto de 2009.

_____. **Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária.** Ministério da Saúde: Brasília, 2001. 170 p.

_____. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 86 p.

_____. **Política Nacional de promoção da saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006. *Dispõe sobre a Política Nacional de Plantas medicinais e fitoterápicos.* Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm. Acesso em: 10 de junho de 2009.

_____. Portaria Interministerial N. 3019, de 26 de novembro de 2007: *Dispõem sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde.* Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3019.pdf. Acesso

em: 16 de junho de 2009.

CALDART, Roseli Salette. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estud. av.** [online].v. 15, n. 43, 2001, p. 207-224. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300016&lng=&nrm=iso. Acesso em: 17 de outubro de 2008.

CALDART, R. S. **Pedagogia do Movimento Sem Terra**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. 440 p.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 100 p.

CARNEIRO, F. F. **A saúde no campo**: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. 143 f.. Tese (Doutorado em Veterinária), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.

CARNEIRO, F.F; TAMBELINI, A. T.; SILVA, J. A.; BURIGO, A. C.; SÁ, W. R.; VIANA, F. C; BERTOLINI, V. A. A Saúde das populações do campo: das políticas públicas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 209-230, 2007.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M. et al. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina/Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.25-59

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 17 de outubro de 2008.

CHAUÍ, M. **Introdução a história da filosofia** – vol 1: Dos pré-socráticos a Aristóteles. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 552 p.

CHAUÍ, M. **Convite a filosofia**. 13ª ed. São Paulo: Ed. Ática, 2006. 424

p.

COHN, A. Estado e Sociedade e as reconfigurações do Direito à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 9 – 18, 2003.

COMISSÃO ORGANIZADORA DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasil, 1986. 29 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 28 de julho de 2009.

CORTINA, A. Educar na cidadania. Aprender a construir o mundo juntos. In: CORTINA, A. **Cidadãos do Mundo: Para uma Teoria da Cidadania**. São Paulo: Loyola, 2005. p. 171-197.

DA ROS, M. A. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública - Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck**. 207 f.. Tese (Doutorado em Ensino de Ciências), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

DA ROS, M.A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIRA, M.J.L.; COELHO, E.B.S.; DA ROS, M.A. (Org). **Da Proposta à Ação: Currículo integrado do curso de Medicina da UFSC**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005. p. 59 – 80.

DA ROS, M. A.; SALAMI, A.; MATIELO, E. Pequena história da relação "Grupo educação em saúde e coletivo de saúde do MST". In: ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2., Florianópolis, 2006. **Anais do II Encontro Universitário de Saúde da Família**, Florianópolis, 2006.

DAROS, D. DELLAZERI, D. T. ANDREATTA, M. O Curso Técnico em Saúde Comunitária do IEJC, in: ITERRA, Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária – Unidade de Educação Superior e Instituto de Educação Josué de Castro. **O instituto de Educação Josué de Castro e a Educação Profissional**. Cadernos do ITERRA. Ano VII – N. 13, 1 ed. Veranópolis: ITERRA, p. 129 – 177.

DUARTE, J. Entrevista em Profundidade. In: Duarte J, Barros A. **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2 ed. São Paulo:

Atlas; 2006. p. 63 – 83

DINIZ, D; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002. 70 p.

FANTIN, M. Educação Popular e as Experiências de luta por Saúde em Santa Catarina. In: Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde, 1, 1997, Florianópolis. **Anais I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde**. Florianópolis: Nepeps/Mover, 1998, p.93-104.

FERNANDES, B. M. O MST e os desafios para a realização da reforma agrária no governo Lula. **Observatorio Social de América Latina**, Buenos Aires, v. 11, p. 31-40, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

_____. **Conscientização**: teoria e prática da libertação: Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro, 2001. 116 p.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005 a. 158 p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005 b. 213 p.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA. Dispõe sobre critérios de elegibilidade para a execução de projetos de saneamento em comunidade quilombolas, assentamentos, reservas extrativistas e populações com menos de 30.000 habitantes. Portaria nº 106 de 4 de março de 2004. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portariasFunasa/port_106_2004.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2009.

GARRAFA, V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde à luz da bioética. In: Fortes, P.A.C; Zobili, E.L.C.P. **Bioética e Saúde Pública**. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola - Centro Universitário São Camilo, 2004, p. 49-61.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987. 207 p.

- GODOI, L. M. **Compreensão da Saúde e da Doença no IEJC**. 2007. 44 p.. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Saúde Comunitária) - Instituto de Educação Josué de Castro, Veranópolis, 2007.
- GOHN, M. G. M. . **Historia dos Movimentos e Lutas Sociais**. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003. v. 1. 214 p.
- IANNI, O . A formação do proletariado rural no Brasil – 1971. In: Stedile, J.P. **A questão agrária no Brasil: O debate na esquerda – 1960 – 1980**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005. p. 127-146.
- ITERRA, Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária, Coletivo Político e Pedagógico do Instituto de Educação Josué de Castro. **Instituto Josué de Castro – METÓDO PEDAGÓGICO**, Cadernos do ITERRA nº 9, Veranópolis, 2004. 184 p.
- _____. **Instituto de Educação Josué de Castro: Projeto Pedagógico**, Cadernos do ITERRA nº 2, Veranópolis, 2001. 65 p.
- LAUREANO, D.S. **O MST e a Constituição: um sujeito histórico na luta pela reforma agrária no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. 232 p.
- MAESTRI, M. A Aldeia Ausente: Índios, caboclos, cativos, moradores e imigrantes na formação da classe camponesa Brasileira. In: Stedile, J.P. **A questão agrária no Brasil: O debate na esquerda – 1960 – 1980**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005. p. 217-275.
- MARQUES, M. I. M. Relação Estado e MST: algumas faces e fases. **Lutas e Resistências**, Londrina, v.1, p. 184-196, 2006.
- MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política: livro II, tradução de Reginaldo Sant'Anna. - 11ª ed. - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, 602 p.
- MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia Alemã**, 1 Capítulo: Seguido das Teses sobre Feuerbach. Tradução de Silvio Donizete Chagas. 8 ed. São Paulo: Centauro, 2005, 127 p.
- MERHY, E. Saúde e Movimento Popular: o relato de uma experiência.

Cadernos do CEDES, Educação e Saúde. São Paulo, vol. 04. 1984.
p.44 – 53

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC - Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Portaria nº 1256, de 17 de junho de 2009. Disponível em:
http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portariasMinisteriais/Port_1256_2009.pdf. Acesso em: 09 de agosto de 2009.

_____. Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra. Portaria nº 2460, de 12 de dezembro de 2005. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/Pm_2460_2005.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2009.

_____. Dispõe sobre a inclusão, na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica (PAB -fixo), a população assentada entre os anos 2000 e 2003, e dá outras providências. Portaria 1432 de 14 de julho de 2004a. Disponível em:
<http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos/Portaria%20n%BA%201432%20de%2014jul04%20-%20PAB%20Assentados.pdf>. Acesso em: 10 de junho de 2009.

_____. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Portaria nº 1434 de 14 de julho de 2004b. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria1434_14_07_04.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2009.

MIRZA, C. A. Los casos examinados: movimientos sociales y sistemas de partidos em Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Venezuela y Uruguay. In: MIRZA, C. A. **Movimientos sociales y sistemas políticos en America Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2006. p. 67 – 162.

MORAIS, C. S. História das Ligas Camponesas do Brasil. In: STEDILE, J.P (org). **História e natureza das ligas camponesas**. São Paulo: Expressão Popular, 2002. p. 11-70

MOREIRA, G. **Dorcelina Folador, mártir de uma política com ética**.

Disponível em: <http://www.gilvander.org.br/Martir006.htm>. Acesso em: 28 de julho de 2009.

MORISSAWA, M. **A história da luta pela terra e o MST**. São Paulo: Expressão Popular, 2001, 256 p.

MST. **Nossa história**: Linha Política. Disponível em: www.mst.org.br. Acesso em: 18 de junho de 2008.

_____, Setor Nacional de Saúde. Coletivo Nacional de Saúde – **Boletim Informativo**, dezembro de 2007. 4 p.

_____, Instituto de Educação Josué de Castro, Coletivo Político e Pedagógico. **Curso Técnico em Saúde Comunitária** – Projeto Pedagógico, Veranópolis, 2006. Mimeo. 35 p.

_____, Coletivo Nacional de Saúde. **Cartilha Relato das Experiências em Saúde**, Brasília: Editora Maxprint, 2005. 43 p.

_____, Setor de Educação. Princípios da Educação no MST, **Caderno de Educação nº 8**. 5 ed. São Paulo, 2004. 32 p.

_____, Setor de Educação. Como fazemos a escola de educação fundamental, **Caderno de Educação nº 9**. 2 ed. Veranópolis: ITERRA, 2001. 48 p.

_____, Setor Nacional de Saúde. Lutar por Saúde é Lutar pela vida. **Caderno de saúde n. 01**, 2 ed. São Paulo: Editora Peres, 2000. 16 p.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: M. C. S. Minayo (org): **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade, Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.

OLIVEIRA, A . U. A longa marcha do campesinato brasileiro: movimentos sociais, conflitos e Reforma Agrária. **Estud. Av.** São Paulo, v.15, n. 43, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de maio de 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA

SAÚDE, 1. , nov. 1986, Ottawa. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2009.

PALUDO, C. Da raiz/herança da Ed. Popular à Pedagogia do Movimento e a Ed. no e do Campo: um olhar para a trajetória da educação no MST (trabalho encomendado - 29º Anped). 2006. Disponível em:
http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalhos_encomendados/GT06/Texto-Conceição%20Paludo.pdf. Acesso em: 07 de junho de 2009.

PECINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. Algumas questões para o futuro da bioética na região latino-americana. In: PECINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Bioética na Ibero-américa: História e Perspectivas**, São Paulo: Edições Loyola, 2007, p.369-380

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE GESTÃO PARTICIPATIVA. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-17.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul/set. 2008.

PIZZETA, A. J. A formação política no MST: um processo em construção. **Revista Observatorio de América Latina**. OSAL. Buenos Aires: CLACSO. Año VIII, n. 22, p. 241- 250, set. 2007.

RIBEIRO, C.R.O; ZOBOLI, E.L.C.P. Pobreza bioética e pesquisa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, p.843-849, set./out. 2007.

RICCI, M. Cabanagem, cidadania e identidade revolucionária: o problema do patriotismo na Amazônia entre 1835 e 1840. **Tempo**, Niterói, v. 11, n. 22, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de julho de 2009

RONZANI, T. M. A reforma curricular nos cursos da saúde: qual o papel das crenças? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31 n.1, p. 38-48, jan./abr. 2007.

SANTOS, S. A. Militantes Sem Terra concluem o curso de Medicina em Cuba, in: **Revista Sem Terra**, ed. 32, set/out 2005. Disponível em: http://www.mst.org.br/mst/revista_pagina.php?ed=18&cd=2005. Acesso em 11 de junho de 2009.

SAUPE, R.; BRITO, V.H.; GIORGI, M.D.M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem, in. Saupe, R. (org.), **Educação e Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**, Florianópolis: Editora da UFSC, p. 245-270, 1998.

SELLI, L; GARRAFA, V. Bioética, solidariedade crítica e voluntariado orgânico: outra possibilidade de intervenção societária. **História Ciência Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 473-478, abr./jun. 2006.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P.; DA ROS, M. A. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 239-245 2007.

SEVERO, D. O. **O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o controle social do SUS: concepção do Coletivo Nacional de Saúde**. 2008, 107 p.. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2008.

STEDILE, J.P. (org). **História e natureza das Ligas Camponesas**, São Paulo: Expressão Popular, 2002. 192 p.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: A reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 5-19, maio – ago, 2004.

STOTZ, E. N., DAVID, H., WONG UN, J.A. Educação popular e saúde – trajetórias, expressões e desafios de um movimento social. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 49-60, jan/jun 2005.

STOTZ, E. N. Encontro de movimentos e práticas de Educação Popular e Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 14, fev. 2004, p.179-182.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de junho de 2009.

_____. A Educação Popular nos Movimentos Sociais da Saúde: Uma análise de experiências das décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 09-30, 2005.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. A busca da Saúde Integral por meio do trabalho pastoral e dos agentes comunitários numa favela do Rio de Janeiro, **Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 8, n. 8, p. 139-154, outubro de 2006. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/CienciasSociaiseReligiao/article/viewFile/2298/1000>, Acesso em: 09 de agosto de 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e atenção à saúde da família**. São Paulo – Sobral: HUCITEC, 2001. 336 p.

VENDRAMINI, C. R. Educação e Trabalho: reflexões em torno dos movimentos sociais do campo. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.27, n.72, p. 121-135, mai/ago 2007.

ZOBOLI, E.L.C.P. Enfermeiros e usuários do Programa Saúde da Família: contribuições da bioética para reorientar esta relação profissional. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.3, p. 316-320, 2007.

ZOBOLI, E.L.C.P; FORTES, P.A.C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1690-1699, nov/dez 2004.

ZOBOLI, E.L.C.P; FORTES, P.A.C. Bioética e Saúde Pública: entre o individual e o coletivo. In: ZOBOLI, E.L.C.P; FORTES, P.A.C. **Bioética e Saúde Pública**. 2 ed. São Paulo: Loyola, p. 11-24, 2004.

Foto Francisco Rojas



Marcha Nacional por Reforma Agrária, 2005.

ARTIGOS CIENTÍFICOS

REFLEXÕES A CERCA DA INTERAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

REFLECTIONS ABOUT THE INTERACTION BETWEEN HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION

Etel Matiello¹⁹

Marco Aurélio Da Ros²⁰

RESUMO

Este artigo se propõe em contribuir na reflexão sobre a atualidade da educação em saúde no Brasil, sua interação com a Promoção de saúde, assim como sua articulação com a Reforma Sanitária Brasileira, com a consolidação do SUS e com a construção de uma nova sociedade. Apresenta a educação sanitária como uma tendência da educação em saúde no Brasil, ao longo do século XX, marcada por uma prática sanitária, normatizadora, focada na doença e na culpa dos indivíduos por sua condição de saúde. A atualidade da educação sanitária são as campanhas educativas governamentais de promoção da saúde, como o combate ao tabagismo. Traz como contraponto a construção da educação em saúde, em uma perspectiva libertária que iniciou na década de 70 em uma interação com a educação popular e o Movimento Sanitário. Instiga o debate ao propor a re-significação da promoção de saúde, articulando-

¹⁹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública; Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde da Família; Universidade Federal de Santa Catarina; Integrante do Coletivo de Saúde do MST; Rua: Antonio Borges dos Santos, 737, Bairro: Armação do Pântano do Sul, Florianópolis/Santa Catarina, CEP: 88066-400. Brasil.
etelmatiello@yahoo.com.br

²⁰ Doutor em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina; Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; Rodovia Jornalista Manoel de Menezes nº 1750, Bairro: Praia Mole – Florianópolis/Santa Catarina, Cep: 88062-970. Brasil.
ros@ccs.ufsc.br

a com a educação popular e a garantia do direito a saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde; Promoção da saúde; Educação Popular e Saúde

ABSTRACT

This article aims to contribute reflections on the state of art of health education in Brazil, its interaction with health promotion and its relation with the Brazilian Health Reform, with the consolidation of the SUS and the construction of a new society. Presents health education as a tendency of health education in Brazil, during the twentieth century, marked by a health practice, standardized, focused on disease and blaming people for their health condition. The present state of health education are the government educational campaigns to promote health, such as the fight against smoking. Brings as a counterpoint the construction of health education in a libertarian perspective that began in the 70s in an interaction with people education and the health movement. Encourages the debate to propose the re-signification of health promotion, linking it with the people education and the guarantee of the right to health.

Key words: Health education; Health promotion; Popular health education

INTRODUÇÃO

“Não há nem jamais houve prática educativa em espaço-tempo nenhum de tal maneira neutra, comprometida com ideias preponderantemente abstratas e intocáveis.”^{1:78}

Se, conforme Paulo Freire¹, não há neutralidade na educação é fundamental refletir sobre o desenvolvimento das práticas educativas no âmbito da saúde coletiva, pois o desenvolvimento de tais práticas confronta modelos distintos de compreensão e enfrentamento do processo saúde doença.

A educação em saúde no Brasil caracterizou-se, ao longo do século XX, pelo estabelecimento de práticas sanitárias autoritárias e normatizadoras, pautadas na modificação compulsória de padrões de comportamentos da população por meio da reprodução de informações acerca da história natural da doença e da culpabilização do indivíduo².

Contrapondo-se a estas ações tradicionalmente instituídas, surgiram no Brasil, durante a década de 70, novas tendências de

pensamento em saúde que propuseram a (re)significação do papel da educação em saúde. Estas tendências, ancoradas nas ideias de Paulo Freire, consideravam a educação uma prática libertadora e política, pautada na horizontalidade das relações, no desenvolvimento da consciência crítica e na determinação social da saúde².

O crescimento desta tendência educativa contribuiu para a constituição da Educação Popular em Saúde, um movimento social composto basicamente por profissionais de saúde, acadêmicos (pesquisadores, professores e estudantes) e movimentos sociais populares, que é pautado no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais de saúde e população, numa perspectiva de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, assim como de um sistema de saúde mais democrático e adequado às condições de vida da população³.

Desta forma, este artigo propõe-se a contribuir na reflexão sobre a atualidade da educação em saúde no Brasil, sua interação com a Promoção da Saúde, assim como sua articulação com a Reforma Sanitária Brasileira, com a consolidação do SUS e com a construção de uma nova sociedade.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo Da Ros², existiam até o final do século XX duas grandes tendências da educação em saúde no Brasil, relacionadas à saúde coletiva, polarizadas nos dois maiores centros de pesquisa da área, a Universidade de São Paulo (USP) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ): A Educação Sanitária e a Educação em Saúde.

As primeiras práticas educativas ligadas à saúde pública no Brasil são do começo do século XX, sendo marcadas por uma postura autoritária e normatizadora. Pautadas na modificação compulsória de padrões de comportamentos da população por meio da reprodução de informações acerca da história natural da doença e da culpabilização do indivíduo, constituíram o que ainda hoje chamamos Educação Sanitária². Estas práticas implementadas pelo Estado eram definidas pela elite política e técnico-científica da época e representavam desta forma, os interesses do poder dominante⁴. Baseavam-se na ideia de que a educação pode transformar a realidade social, especialmente a partir da ação isolada dos sujeitos através de mudanças em seu comportamento e tinham como seus teóricos e disseminadores os pesquisadores da USP.

Possuíam algumas características comuns:

“higiene (ou cuidados) individual para evitar doenças- que são responsabilidade dos indivíduos (ou de seus pais que não lhe garantem educação) -; estes cuidados, embora sejam pensados de várias maneiras, por exemplo, saneamento do meio ambiente, combate a fatores de risco, existência de habitação arejada, etc., características da multicausalidade, são defendidas para evitar a entrada do agente causal- portanto, de concepção claramente biologicista. Há uma negação explícita da determinação social no processo saúde- doença sendo o educador conhecedor da “verdade científica” e que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos”^{2:134}

Embora, segundo Da Ros ², o termo não apareça nas pesquisas atuais, esta ideia ainda é presente principalmente na tônica das campanhas educativas do Ministério da Saúde (um exemplo são as atuais campanhas antitabagismo). A educação sanitária revitalizou-se a partir do debate oficial em torno da Promoção de Saúde. O sentido de promoção de saúde no contexto da educação sanitária é o que responsabiliza as pessoas por sua condição de saúde, sendo o foco da ação educativa a mudança de comportamento. Usando a proposta de Stotz e Araújo⁵, percebe-se que o Brasil mescla os conceitos sistematizados em duas conferências de Promoção da Saúde, Ottawa e Bogotá, sendo o discurso oficial o de Ottawa que conceitua promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”⁶, e a prática orientada pela conceituação consolidada em Bogotá (a qual o Brasil foi signatário):

A Carta de Bogotá reafirma a saúde como uma consequência do desenvolvimento econômico e social da região, mas enfatiza as dificuldades para se chegar a isso, como “a extrema iniquidade que se agrava pela prolongada crise econômica e pelas políticas de ajuste macroeconômico”. (...) Depois: “Dentro desse panorama a promoção da saúde destaca a importância da participação ativa das pessoas na mudança das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de

uma nova cultura da saúde”. Observe-se que a responsabilização das pessoas pelas suas condições sanitárias é condizente, isto sim, com as mesmas políticas de ajuste macroeconômico apontadas como empecilhos. Também soa estranho a prescrição de “mudanças na maneira de viver”, mas talvez o ponto de maior interesse seja “a criação de uma nova cultura da saúde”^{5:12}.

Desta forma o advento da Promoção de saúde, na perspectiva das Conferências de Promoção de Saúde, especialmente a de Bogotá reafirmou uma estratégia de culpabilização das próprias vítimas além da “creditação oficial das teorias de condicionamento comportamental”^{5:12}, incontestavelmente antagônicas a qualquer educação problematizadora. A própria Política Brasileira de Promoção da Saúde traz como objetivo geral: “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”^{7:17}. Afirmando como ações de promoção da saúde “o cuidado com o corpo, a alimentação saudável e prevenção; e controle ao tabagismo”^{7:20}, em uma perspectiva preventivista e comportamental da promoção de saúde. A educação sanitária traduzida em ações de baixo custo apresenta-se como o carro-chefe dos programas de promoção da saúde⁵.

As atuais campanhas educativas de controle ao tabagismo são exemplos desta tendência de estimular uma mudança comportamental nos indivíduos que fumam, assustando os fumantes com uma gama de doenças “causadas” pelo cigarro. Na prática, porém tornam-se motivo de anedota, como a do sujeito que vai comprar cigarro e pede para que seja trocada sua carteira pois prefere ter câncer de pulmão à impotência, em uma referência ao aviso e imagem colocados atrás das carteiras de cigarro.

O CONTRAPONTO: A ARTICULAÇÃO ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR

A contraposição a esta tendência educativa ficou mais evidente com a constituição da linha de pesquisa em Saúde Coletiva na ENSP, a partir de 1976, onde se instaurou a área de Educação em Saúde. Algumas peculiaridades da educação em saúde relatadas por Da Ros² são: “a

relação entre educador/ pesquisador – educando/ pesquisado é biunívoca; o conceito de saúde utilizado é o da determinação social do processo saúde – doença; a concepção de mundo está calcada basicamente no materialismo histórico”^{2:138}. A educação em saúde, assume então, segundo o autor sua potencialidade enquanto prática libertadora e política, inexistindo, desta forma, a neutralidade do pesquisador. Alguns dos trabalhos examinados por Da Ros² criticavam a postura ideológica da educação sanitária, desde a formação de profissionais que são formatados para passarem suas verdades ao “povo”, que será o objeto de suas informações e ações, até seu resultado, pois estas práticas não atingiam os objetivos propostos.

Concomitante a inauguração da citada linha de pesquisa na ENSP, configuraram-se novas tendências de pensamento em saúde que propuseram a (re)significação do papel da educação em saúde, em diferentes propostas de desenvolvimento das ações de saúde vinculadas à participação popular, em especial dos operários metalúrgicos. Na medida em que a ascensão das lutas populares garantia algumas conquistas questionava-se a própria existência do regime militar, demonstrando uma relação direta entre a saúde e sua determinação social⁸.

O afloramento da discussão acerca dos direitos civis naquela época pode ser compreendido a partir da contextualização histórica do país antes do regime militar. No começo da década de 1960 estavam fortes os movimentos de valorização da cultura popular, como o Movimento de Cultura Popular (MCP) de Recife e o Movimento de Educação Popular (MEP), sendo um de seus principais idealizadores Paulo Freire. Assim como no Brasil, outros países da América Latina também estavam articulados em lutas populares, como Chile e Cuba. A grande efervescência das lutas camponesas e operárias aliada a fragilidade da economia fez com que o governo de João Goulart elaborasse reformas de base, dentre elas a reforma agrária. Suas reformas estavam dentro de um plano de desenvolvimento capitalista para o Brasil, plano este que incluía benefícios para a população pobre do país, que se mobilizou a favor do governo. Entretanto, antes que pudesse colocá-lo em prática, os militares, aliados a elite nacional, a classe média, aos empresários estrangeiros, aos latifundiários e a igreja católica, organizaram um Golpe Militar que diminuiu a voz dos movimentos sociais por 20 anos⁹.

Na década de 70 o Regime Militar sofre sua primeira grande crise com um aprofundamento das desigualdades sociais que se expressava cada vez mais na precariedade das condições de vida da maioria da população, causando um imenso descontentamento nos cidadãos. Com a repressão patrocinada pelo regime militar e o enfraquecimento dos espaços populares articulados, como sindicatos, partidos políticos e associa-

ções, a população passou a buscar novas formas de resistência e encontrou na ala progressista e nos movimentos de base da mesma Igreja Católica que apoiava o regime militar, apoio e proteção⁴.

Longe dos olhos dos militares, esta ala progressista da Igreja deu apoio ao movimento de contestação ao regime militar, o que possibilitou a inclusão de diversos intelectuais que encontraram ali um meio de propagação de suas ideias e do seu descontentamento com a política estatal que privilegiava a prática mercantilista na saúde. Surgiram então algumas experiências autônomas de serviço de saúde comunitário. Grupos de profissionais insatisfeitos com a mercantilização da saúde e com as más condições de vida da população começaram a se aproximar das classes populares dando início a uma nova forma de comunicação entre os mesmos e à implantação de ações realmente integradas à dinâmica local^{4,10}.

Aconteceu em 1979, na cidade de Lins (SP), com patrocínio da Arquidiocese da cidade o I Encontro de Experiências em Medicina Comunitária (I ENEMEC), cuja participação de profissionais de saúde foi majoritária. O II ENEMEC foi realizado na cidade de Recife, em 1980 com uma forte articulação entre os grupos populares atuantes na saúde. Em 1981 aconteceu o III ENEMEC, na cidade de Goiânia, escolhida por ser o estado de Goiás um dos grandes polos da participação popular na saúde. Naquele estado a saúde era debatida nas organizações comunitárias em torno da saúde, nos sindicatos de trabalhadores e nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) inspirados nas ideias sistematizadas por Paulo Freire⁸.

O processo iniciado em 1979 como uma troca de experiências evoluiu para necessidade de reflexão sobre a luta por mudanças no modelo assistencial de saúde, resultando na proposta de transformar o ENEMEC em Movimento Popular de Saúde (Mops), sendo esta uma resolução do III ENEMEC. Dentre as bandeiras levantadas pelo Mops na ocasião destacavam-se: o controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores, a unificação do serviço previdenciário urbano, a saúde preventiva e a criação do Dia Nacional de Luta pela Saúde, coincidindo com o dia Mundial da Saúde, 7 de abril⁸.

O debate a cerca da institucionalização do trabalho de medicina comunitária fez com que o Mops já nascesse marcado por divergências em relação às estratégias a serem seguidas, prevalecendo institucionalização e a ocupação dos espaços públicos. O caminho institucional prevaleceu inclusive do ponto de vista da luta democrática com a aceitação da “transição pactuada” entre militares e civis pelos partidos de esquerda⁸.

A aproximação entre os profissionais de saúde e as classes

populares associada à conjuntura precipitaram a organização de diferentes segmentos da sociedade civil em movimentos cuja finalidade era a de lutar por melhores condições de saúde da população e desenvolver novas estratégias de enfrentamento. Esta mobilização foi fundamental ao processo de Reforma Sanitária, iniciado na VIII Conferência Nacional de Saúde e pactuado na Assembleia Nacional Constituinte.

Entretanto, a construção do SUS demandou (e até hoje demanda) um trabalho incessante dos profissionais de saúde num sentido de ocupação dos espaços públicos para viabilização do Sistema, enfrentando a reafirmação da medicina científica como prioritária na oferta dos serviços. Ao mesmo tempo, os movimentos sociais tiveram sua participação institucionalizada no Controle Social (Conferências e Conselhos de Saúde), sendo que muitos voltaram suas forças para a garantia do acesso a saúde até então inexistente ou para luta por mudanças em outras políticas sociais^{3,4,8}. Tanto a ocupação dos espaços públicos como a institucionalização da participação popular tiveram como consequência a separação do movimento popular de origem e um deslocamento do processo político que passa dos movimentos sociais populares para o âmbito das instituições de estado, enfraquecendo a mobilização popular⁸.

Somado a isto, nos anos 90, não só no Brasil, mas em todo o mundo observou-se o avanço das políticas neoliberais, que trouxeram consigo a desmobilização social, o desemprego e o empobrecimento da classe trabalhadora, levando ao aumento do individualismo e competição. Com o aumento da pobreza e a diminuição de vagas no mercado de trabalho o Estado criou um novo tipo de assistencialismo para os incapazes⁸. O que culminou em um descenso generalizado dos movimentos sociais, inclusive os da saúde, que continuaram sua ação localmente. A fragilidade das relações sociais e a tênue mobilização social repercutiram na dificuldade de continuar reunindo o Mops, que ficou de 1981 a 1994 sem realizar Encontros. O I Encontro Nacional do Mops realizado em Goiânia em 1994 procurou aglutinar a militância da saúde até então separada, porém não conseguiu acordar a luta por outro sistema de governo³.

Embora a mobilização social estivesse em descenso, o entendimento de que a conquista de um sistema de saúde não garantiria necessariamente saúde para as pessoas, especialmente as oprimidas continuava mobilizando uma gama de profissionais de saúde, professores universitários e algumas lideranças dos movimentos sociais comprometidos com a educação popular. Eles buscavam construir, na informalidade das relações diretas, um espaço para troca de ideias e

apoio mútuo. Em 1991 surgiu em São Paulo a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, que em 1998 formaria a Rede de Educação Popular e Saúde. Seus participantes acreditavam no potencial da educação popular como estratégia de construção de uma sociedade mais saudável e participativa, repercutindo em uma nova configuração do sistema de saúde, democrático e adequado às condições de vida da população³.

Esta singularidade fez com que a Educação Popular e (em) Saúde fosse conceituada como um movimento social, composto em sua maioria por profissionais de saúde, técnicos, professores, estudantes, pesquisadores, participantes de movimentos sociais e organizações não governamentais, conscientes da necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais para ampliação do potencial de saúde da população. De acordo com Fantin¹¹, este movimento foi formado por diferentes interesses que se articulavam nos processos construção de cidadania e saúde e na defesa do Sistema Único de Saúde. Em sua composição podiam ser percebidos três grandes grupos: os pesquisadores (professores universitários de diferentes áreas), os profissionais de saúde (atuantes em diferentes espaços em nível local, municipal, estadual e nacional, incluindo profissionais de outras áreas como educação e comunicação) e os Movimentos Sociais (Pastorais, lideranças de bairros, conselhos de saúde e movimentos de luta por saúde em seu sentido mais amplo: Movimento Negro, Ecológico, de Mulheres, de Juventude, Movimento Sem Terra). O Movimento de Educação Popular e Saúde delineava e fortalecia sua atuação através de Encontros: como o I e II Encontro de Educação Popular e Saúde na cidade do Rio de Janeiro (1992,1993), Encontro Mineiro de Educação Popular e Saúde (1994), Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde (1997). Sua estratégia incluía também a construção de Boletins Informativos, articulações, fóruns e seminários, estabelecendo um diálogo permanente entre práticas, conhecimentos e experiências¹¹.

O novo século surge com uma possibilidade de ampliação e massificação dos Movimentos Sociais, especialmente o de Educação Popular e Saúde. A visualização da necessidade de capilarização do movimento, reagregando os setores populares, aliado a ampliação da participação dos movimentos sociais no Governo Lula, especialmente no Ministério da Saúde materializou-se na constituição da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), em dezembro de 2003³.

Seu objetivo inicial era “construir uma relação com o Estado capaz de fortalecer a sociedade civil do ponto de vista popular e, ao longo de um processo histórico e social mais amplo, subordinar o Estado

à sociedade”^{12:180}, sendo formada pelas seguintes entidades: Rede de Educação Popular e Saúde, Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, Movimento Popular de Saúde, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Movimento das Mulheres Camponesas, Projeto Saúde e Alegria, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase e Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde¹².

Atualmente a ANEPS

constitui fóruns permanentes de educação popular nos estados, como espaço de escuta das necessidades, de formação de agentes sociais para a gestão das políticas públicas, de organização, de comunicação entre os movimentos e de mobilização popular¹³.

A participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular a partir dos anos 70 trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde^{4,10}. Difundiram-se então nesse meio as ideias e as teorias de Paulo Freire, as quais se tornaram orientadoras das relações entre as classes populares e os intelectuais.

Referindo-se às práticas de educação popular iniciadas naquela época, Merhy¹⁰ afirma que o objetivo principal era deflagrar um processo de politização da classe trabalhadora através do aumento de sua consciência crítica sobre a realidade, de modo a despertar a capacidade de luta dos mesmos por transformações sociais.

Desta forma, a educação popular e/em saúde relaciona-se, necessariamente, à educação em saúde numa perspectiva de potencializar ações que conduzam à autonomia, ao empoderamento (no sentido de aumentar a participação e o poder decisório e diretivo das classes populares), ao despertar da consciência crítica dos indivíduos. Busca, portanto, estimular a capacidade dos sujeitos perceberem-se de fato *sujeitos* na construção de seu processo histórico; a provocá-los à (des)velar o real, a questionar as aparências dos fatos e buscar a essência por detrás do que está dado pelo poder hegemônico. Relaciona-se então diretamente com a libertação das condições de opressão do povo.

Neste sentido, a educação em saúde percebe e compartilha a necessidade de reafirmação da promoção de saúde como enfrentamento aos determinantes do processo saúde-doença e à conquista de políticas

universais tanto na área da saúde como nas áreas como trabalho, educação, saneamento básico, preservação ambiental, que por sua vez relacionam-se aos interesses da política econômica, nacional e internacional⁸. A educação popular e/em saúde ao privilegiar a articulação entre diferentes atores que lutam por saúde corrobora com este entendimento de promoção de saúde e acrescenta elementos como as redes de apoio social e as práticas de saúde voltadas para o exercício da autonomia e democracia como fundamentais à Promoção da saúde¹⁴.

Pedrosa¹⁴ considera que a educação popular, ao problematizar a realidade tomada como referência constitui-se em um “dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social”^{15:15}.

O referencial teórico da educação popular, especialmente através de Paulo Freire tem sido utilizado desenvolvimento de um corpo teórico da Educação Popular em Saúde sendo desta forma uma de suas principais fontes de constituição e análise.

Segundo Freire¹⁶:

“Os marginalizados, que são os oprimidos, jamais estiveram fora de. Sempre estiveram dentro de. Dentro da estrutura que os transforma em "seres para outro". Sua solução, pois, não está em "integrar-se", em "incorporar-se" a esta estrutura que os oprime, mas em transformá-la para que possam fazer-se "seres para si”^{16:70}.

Esta transformação, ancorada na sistematização proposta por Freire¹⁶ surge através da problematização dos temas relacionados à opressão, pois quando os oprimidos descobrem-se sujeitos, deflagram em si um processo de libertação no qual vão (dês)velando o mundo da opressão e comprometendo-se, na práxis, com a sua transformação; “vão percebendo, criticamente, como estão sendo no mundo ‘com que’ e ‘em que’ se acham”^{16:82}.

O despertar desta percepção do *estar no mundo* faz parte da essência da educação popular em saúde e revela que, “antes de um método, ela constitui um modo de se relacionar ‘com’ o outro, uma forma de ‘perceber, estar e atuar’ no mundo num dado momento histórico”¹⁷.

Desta forma, assim como a educação popular, a educação em saúde retoma seu caráter eminentemente político e ético, revigorando a

luta pelo direito a saúde, numa perspectiva de enfrentamento às situações opressoras.

PARA CONCLUIR O TEXTO E CONTINUAR O DEBATE

A interrelação entre educação e saúde, refutando a educação sanitária, apresenta-se como potencial na formação de profissionais atuarem no SUS, pois estimula a compreensão da determinação social do processo saúde doença e as possibilidades de atuar frente a estes desafios. Ressalta ainda, a importância da interação entre profissionais de saúde e população na construção da saúde em uma perspectiva crítica e participativa.

Nesta perspectiva, a promoção da saúde assume o sentido de enfrentamento aos determinantes do processo saúde doença, que se atualizam na crise do capital, nos problemas ambientais causados pelo desenvolvimento sem limites, na intolerância quanto aos diferentes e na privatização do estado e das políticas públicas. A educação popular e/em saúde articula-se com a promoção de saúde potencializando este enfrentamento na medida em que amplia o processo de reconhecimento das injustiças tomadas como verdades e estimula a população organizada em combatê-las.

A educação em saúde ao propor uma re-significação da promoção de saúde, articulando-a com a educação popular, atualiza o pensamento de Paulo Freire e recoloca em debate a “velha” proposta do Movimento Sanitário: o direito a saúde em seu sentido ampliado.

REFERÊNCIAS

1. FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido, 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 245 p.
2. DA ROS, M. A. **Estilos de Pensamento em Saúde Pública** - Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck. 207 f.. Tese (Doutorado em Ensino de Ciências), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
3. STOTZ, E. N., DAVID, H., WONG UN, J.A. Educação popular e saúde – trajetórias, expressões e desafios de um movimento social.

Revista de Atenção Primária a Saúde, v.8, n.1, jan/jun 2005. p. 49-60.

4. VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e atenção à saúde da família**. São Paulo – Sobral: HUCITEC, 2001. 336 p.

5. STOTZ, E. N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: A reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 5-19, maio – ago, 2004.

6. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. , nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/ottawa.pdf>. Acesso em: 09 de agosto de 2009.

7. BRASIL. **Política Nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

8. STOTZ, E. N. A Educação Popular nos Movimentos Sociais da Saúde: Uma análise de experiências das décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 09-30, 2005.

9. MORISSAWA, M. **A história da luta pela terra e o MST**. São Paulo: Expressão Popular, 2001, 256 p.

10. MERHY, E. Saúde e Movimento Popular: o relato de uma experiência. **Cadernos do CEDES**, Educação e Saúde. São Paulo, vol. 04. 1984. p.44 – 53

11. FANTIN, M. Educação Popular e as Experiências de luta por Saúde em Santa Catarina. In: Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde, 1, 1997, Florianópolis. **Anais I Encontro Catarinense de Educação Popular e Saúde**. Florianópolis: Nepeps/Mover, 1998, p.93-104.

12. STOTZ, E. N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: A reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 5-19, maio – ago, 2004.

13. PEDROSA, J. I. S. Educação popular em saúde e gestão participativa no Sistema Único de Saúde. *Rev. APS, Juiz de Fora* , v. 11,

n. 3, p. 303-313, jul/set. 2008.

14. VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. A busca da Saúde Integral por meio do trabalho pastoral e dos agentes comunitários numa favela do Rio de Janeiro, **Ciências Sociais e Religião**, Porto Alegre, ano 8, n. 8, p. 139-154, outubro de 2006. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/CienciasSociaiseReligiao/article/viewFile/2298/1000>, Acesso em: 09 de agosto de 2009.

15. PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE GESTÃO PARTICIPATIVA. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-17.

16. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005. 213 p.

17. SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P.; DA ROS, M. A. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 239-245 2007.

E. Matielo elaborou os originais do artigo e M.A. Da Ros revisou-os.

SAÚDE EM MOVIMENTO: O DEBATE SOBRE SAÚDE NO MST

HEALTH IN MOTION: THE DEBATE ON HEALTH IN THE MST

Etel Matiello²¹

Marco Aurélio Da Ros²²

RESUMO

Este artigo faz parte da revisão de literatura de uma dissertação de mestrado do referido grupo de pesquisa Educação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Ela foi realizada a partir documentos de primeira mão, que não receberam tratamento analítico (portarias ministeriais, programas de governo, relatórios de encontros e documentos do CTSC), e documentos de segunda mão (livros, cartilhas e artigos de análises de políticas). Tem como objetivo contextualizar o debate sobre saúde no MST, seu Coletivo de saúde e o CTSC. Traz em sua discussão a organização da saúde no MST desde seu surgimento, avançando com a estruturação de um Coletivo de Saúde e a estruturação do Curso Técnico em Saúde Comunitária. Apresenta dentre as considerações finais a importância da integração entre educação, formação profissional, projeto político e concepção de sociedade, na formação de profissionais de saúde comprometidos com garantia do

²¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública; Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde da Família; Universidade Federal de Santa Catarina; Integrante do Coletivo de Saúde do MST; Rua: Antonio Borges dos Santos, 737, Bairro: Armação do Pântano do Sul, Florianópolis/Santa Catarina, CEP: 88066-400. Brasil.
etelmatiello@yahoo.com.br

²² Doutor em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina; Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; Rodovia Jornalista Manoel de Menezes nº 1750, Bairro: Praia Mole – Florianópolis/Santa Catarina, Cep: 88062-970. Brasil.
ros@ccs.ufsc.br

direito a saúde da população.

Palavras chave: Educação em saúde; Formação em saúde; MST.

ABSTRACT

This article is part of a literature review of a Master's dissertation of the research group in Health Education, Federal University of Santa Catarina. It was made from first-hand documents, which received no treatment analysis (ministerial ordinances, government programs, meetings reports and the TCCH documents) and second-hand documents (books, booklets and articles of policies analysis). In order to contextualise the debate on health in the MST, its collective health and the Technical Course in Community Health (TCCH). Bring the discussion about the health organization in the MST since its beginning, advancing structuring a Collective Health and structuring the Technical Course in Community Health. Presents in the final comments the importance of integration of education, professional training, policy projects and the society concept, the health professionals training compromised with the guarantee of the population health rights.

INTRODUÇÃO

No bojo da luta pela saúde os movimentos sociais organizados sentiram e sentem a necessidade de formar militantes que consigam estabelecer diálogos no sentido da construção das políticas públicas necessárias a implementação do direito a saúde.

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) é um dos movimentos preocupado com a formação de profissionais para atuação em seus espaços. Este movimento, fundado oficialmente em 1984, originou-se com a articulação das lutas pela terra, uma questão agrária histórica e estrutural no Brasil, que foi retomada no final da década de 70, especialmente no Centro-Sul do Brasil, estando atualmente capilarizado pelo país inteiro¹. Os desafios colocados para o estabelecimento de um movimento de caráter nacional como a unidade político-ideológica, a ampliação da capacidade organizativa e a superação dos problemas impostos pela realidade sempre foram enfrentados pelo MST através de um amplo processo de formação política. Processo este que envolve todo o seu quadro de militantes, desde os acampados até os assentados e dirigentes².

Este processo de formação, ao contribuir para a organização do povo, se organiza em duas frentes: formação e educação. A formação política, que abrange diferentes momentos e estratégias construídas cotidianamente, desde o momento em que se organizou uma ocupação até os espaços dos congressos nacionais, contribuindo para uma atuação crítica, unitária e coerente. Portanto requer esforço e dedicação ao estudo, principalmente da filosofia, economia política, da história e da realidade em que estamos atuando².

Por sua vez, a educação é considerada uma das dimensões da formação, processo através do qual as pessoas se inserem numa determinada sociedade, transformando-se e transformando esta sociedade. Por isso a educação está sempre ligada a um projeto político e a uma concepção de mundo³. A palavra educação remete a diferentes sentidos, em um contexto mais amplo podemos dizer que a educação é um dos processos de formação da pessoa humana, assim como podemos relacionar (o que na verdade é o que mais acontece) a educação com a escolarização. Embora desde cedo o MST tenha percebido o caráter educativo de sua prática, quando surgiu o Setor de Educação, havia uma demanda específica para as questões relacionadas à escola e escolarização. Aos poucos foi deixando de ter um caráter específico e ampliando sua ação enquanto Setor de Educação assim como se foi percebendo que as práticas de educação vão para além do setor³.

Neste sentido, além de dialogar com as universidades no sentido da ampliação do acesso a educação para seus militantes, o MST constrói seu próprio método de educação e formação profissional. Outra importante estratégia para garantir o acesso a educação de seus militantes é o estabelecimento de convênios com países latino-americanos como Cuba e Venezuela para que militantes do MST continuem seu processo de formação profissional nas universidades destes países⁴.

No Brasil o MST investiu na formação técnica na área da saúde devido a necessidade de formação de quadros técnicos na área da saúde e a percepção de que os cursos técnicos de nível organizados na área da saúde não estavam de acordo com os princípios e concepções já construídos pelo Movimento. Surgiu então uma primeira proposta de formação técnica que foi reformulada após um diálogo frutífero com professores de algumas universidades, dentre estas a Universidade Federal de Santa Catarina⁵.

Este diálogo resultou na organização do Curso Técnico em Saúde Comunitária (CTSC) desenvolvido no Instituto de Educação Josué de Castro (IEJC), localizado no município de Veranópolis/RS em um prédio cedido por padres franciscanos. Este curso nasceu da parceria

entre MST, Universidades e professores universitários, o Ministério da Saúde e da Educação e o Programa Nacional de Educação para Reforma Agrária (PRONERA). Tem duas turmas formadas e duas em andamento e por conta de seu caráter inovador, teve sua proposta propagada para diferentes locais do país, como Paraná, Bahia e Maranhão⁵.

Desde o princípio o grupo de pesquisa Educação em Saúde da UFSC vem contribuindo com esta formação enviando diferentes educadores de Santa Catarina para o desenvolvimento das atividades do CTSC e construindo com os integrantes do Coletivo de Saúde do MST reflexões a cerca do processo de formação.

Desta forma o objetivo deste artigo é contextualizar o debate sobre saúde no MST, seu Coletivo de saúde e o CTSC.

Este artigo faz parte da revisão de literatura de uma dissertação de mestrado do referido grupo de pesquisa. Foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC, conforme protocolo nº 345/08 e realizada de acordo com a Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde que aborda o cuidado ético com os sujeitos de pesquisa. A revisão de literatura foi realizada a partir documentos de primeira mão, que não receberam tratamento analítico (portarias ministeriais, programas de governo, relatórios de encontros e documentos do CTSC), e documentos de segunda mão (livros, cartilhas e artigos de análises de políticas), que já foram trabalhados de acordo com Gil⁶.

O COLETIVO DE SAÚDE DO MST

A inconsistência das Políticas Públicas para o campo, especialmente na área da saúde, traz contribuições à compreensão da relação entre produção rural e desenvolvimento. No Brasil, o foco principal das estratégias de estímulo ao desenvolvimento rural é a produção de alimentos e divisas para o país, sobretudo para exportação, desconsiderando a grande parcela da população que sobrevive nas áreas rurais. Esta não é uma população de excluídos, é sim um povo transformado em “seres para outro”, um outro que explora e oprime⁷.

Esta negação de direitos sofrida pela população camponesa tem reflexo direto na sua condição de saúde. Deste o surgimento do MST, com os primeiros acampamentos, equipes de saúde se organizaram para atenderem esta demanda, buscando resolver os problemas imediatos da comunidade. No final dos anos 90 as necessidades específicas relativas ao tema exigiram a criação de um Setor de Saúde⁸.

Sua criação deu-se com a realização de uma Oficina Nacional do

Setor de Saúde do MST, em Brasília, no ano de 1998, com a participação de 23 Estados do Brasil. Nesta oficina foram definidos os princípios que devem ser levados em conta na luta pela saúde e os direitos fundamentais para que todos tenham uma vida digna. Esta discussão foi apresentada no Caderno de saúde n.1, de junho de 2000, onde estão detalhados os seguintes princípios:

- Lutar pela valorização da vida;
- Acesso ao conhecimento e a informação;
- Saúde como dever do Estado;
- Atenção integral à saúde;
- Prioridade a promoção e prevenção;
- Respeito às diferenças culturais;
- Fortalecimento das práticas não convencionais;
- Saúde como uma conquista de luta popular⁸.

O texto apresentava um conceito ampliado de saúde, ligado a sua determinação social e colocava como valores fundamentais: “elevar o nível de sabedoria de nosso povo, ouvir os segredos da terra e da natureza, fazer da solidariedade um dever social”^{8:14-16}. No entanto, ao relacionar saúde com reforma agrária tinha o foco voltado para a doença, considerando que “um povo doente e enfraquecido jamais chegará à verdadeira reforma agrária”^{8:14}.

Esta contradição expressava, por um lado a forma com que os camponeses se organizavam para enfrentar as condições de saúde que se apresentavam na luta e por outro a ausência de serviços de saúde no meio rural, ainda mais em áreas de conflito agrário. Devido a estes fatores, o Setor se preocupou, em um primeiro momento, com a resolução dos problemas de saúde, em uma lógica de atenção centrada na doença e em seu enfrentamento com a utilização de medicamentos naturais (tinturas, xaropes, pomadas). Embora sua atuação inicial tenha sido reflexo da concepção hegemônica de saúde presente na sociedade até hoje, podiam ser percebidos elementos fundamentais para o enfrentamento a esta concepção como o resgate de valores como solidariedade e justiça, o respeito às diferenças culturais e a valorização da vida.

Com a organização dos Coletivos de saúde se evidenciava a importância da compreensão social do processo saúde-doença, pois a atuação na cura das doenças não era suficiente para garantir saúde nos assentamentos e acampamentos. Havia a necessidade de formulação de

materiais que pudessem ser trabalhados nos espaços do MST e que estimulassem o debate a cerca da determinação social da saúde. O primeiro texto produzido neste sentido, e até hoje utilizado como referência do debate sobre saúde no MST, foi elaborado durante a realização da I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde, realizada em 2000, chamando-se *Construindo o Conceito de Saúde do MST*. Ele elencou questões amplas como o direito à saúde, as relações entre educação e saúde, o foco numa vida saudável, e em como mantê-la, vinculadas a um processo de transformação social, de acordo com os objetivos do próprio movimento. A estruturação do setor de saúde contribuiu para que as questões relativas à saúde passassem a fazer parte do debate do MST e dos projetos de Reforma Agrária⁵.

A ampliação do entendimento de saúde expandiu o olhar sobre saúde para além do indivíduo doente, numa tentativa de compreender as interações e o cotidiano da vida comunitária e sua relação com questões socioeconômicas, políticas, culturais e ambientais. Com esta percepção passou-se a promover ações de saúde libertadoras, ou seja, que estimulavam as pessoas a tornarem-se sujeitos conscientes da melhoria de suas condições de vida e seu reflexo para a saúde individual e coletiva⁵.

Com uma maior compreensão sobre as relações entre a saúde e a organização da sociedade, o Coletivo de Saúde do MST incorporou em sua concepção de saúde o Conceito Ampliado de Saúde elaborado pelo Movimento Sanitário e apresentado na VIII Conferência Nacional de Saúde, resgatando nele a luta pelo acesso e posse da terra que foram excluídos da legislação do SUS.

O Setor Nacional de Saúde do MST é composto por duas instâncias, uma deliberativa, o Coletivo Nacional de Saúde, composta por coordenadores ou coordenadoras dos Coletivos Estaduais de Saúde (nos estados onde o Setor está organizado) e uma consultiva, o Grupo de Estudos (chamado também de Coletivo Reduzido). O Coletivo de Saúde procura reunir-se anualmente (e até 2 vezes por ano) para “debater sobre as estratégias políticas no campo da saúde no interior do movimento”^{9,63}. Os representantes dos estados são responsáveis pela implementação das ações definidas em âmbito nacional, respeitadas as particularidades de cada região. Já o Coletivo Reduzido atua como um grupo de trabalho do Coletivo Nacional é composto por 7 a 10 pessoas: o/a coordenador nacional do setor, o representante do setor nas instâncias do movimento (Direção Nacional e Coordenação Nacional do MST), os coordenadores dos cursos formais e pessoas responsáveis pela articulação do Setor de Saúde nas cinco regiões do Brasil. Eventualmente conta também com a presença de pesquisadores e profissionais de saúde que contribuem para

o debate sobre saúde no MST. Entre suas tarefas está: detalhar as propostas debatidas nos encontros do Coletivo Nacional, oferecer suporte aos estados e regiões, organizar os encontros nacionais, potencializar o debate político e promover uma articulação com a sociedade, as instituições e os Movimentos Sociais que discutem saúde não só no Brasil como também em outros países. Com um acúmulo de experiência e organização o Setor de Saúde do MST tem ampliado as parcerias com instituições federais e estaduais, desenvolvendo projetos relacionados a DST/ AIDS, fitoterápicos, educação popular em saúde, sistematização de suas experiências, produção de materiais^{9,10}.

Nos encontros do Coletivo Nacional de Saúde do MST as principais temáticas debatidas estão relacionadas aos desafios enfrentados pelos Coletivos Locais, Estaduais e Nacional. DST/ AIDS, participação social no SUS, políticas públicas de saúde, saúde ambiental (saneamento, uso de agrotóxicos, condições de moradia), práticas populares de saúde, alimentação, fitoterapia têm sido os assuntos prioritários. O respeito às características culturais de cada local e a importância de se definirem estratégias comuns de luta e atuação são pautas potencializadas através da realização de planejamentos regulares. O último planejamento, realizado em 2007, teve como propósito reafirmar o conceito de saúde do MST, a finalidade do Setor de Saúde no MST, seus objetivos e princípios. Naquele momento também foram definidas as necessidades de formação para garantia deste planejamento^{10,11}.

A ampliação da comunicação entre o Coletivo de Saúde do MST e o conjunto da organização foi um dos desdobramentos deste planejamento que possibilitou a organização de um Informativo do Coletivo de Saúde do MST, chamado *Saúde em Movimento*. No primeiro Informativo foram apresentadas as construções realizadas no planejamento, reafirmando o que o MST entende por saúde. Desta forma, para os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde, saúde é a possibilidade de lutar contra o que agride e ameaça, inclusive a doença, sendo que as intervenções em saúde devem fortalecer essa capacidade de lutar. Saúde, em seu conceito ampliado organiza, mobiliza e articula o MST, sendo então a finalidade do setor:

- Lutar por saúde como direito humano, contribuindo na construção de um projeto popular de saúde da classe trabalhadora;
- Construir a saúde na perspectiva da

integralidade e equidade, refletindo sobre as causas das doenças individuais e coletivas, estimuladas pelo projeto capitalista e imperialista no Brasil e no Mundo;

- Contribuir na consolidação do Sistema Único de Saúde, com controle público, gestão participativa, serviços com qualidade, garantindo o protagonismo da classe trabalhadora dentro de um projeto popular para o Brasil;
- Re-significar saúde para além da prestação de serviços e assistência às doenças, construindo a saúde numa dimensão ética, política, social, econômica e cultural^{11:2}.

Os objetivos do Setor de Saúde relacionam-se aos desafios e linhas estratégicas do conjunto do movimento, vinculando-se à luta da classe trabalhadora e a construção de um projeto popular de sociedade. A dimensão da luta na saúde concretiza-se no enfrentamento ao modelo de saúde capitalista expresso no complexo médico-industrial-farmacêutico e agronegócio, sendo necessário recoloca-lá na perspectiva da classe trabalhadora, garantindo o direito à saúde como dever do estado. O trabalho em saúde tem como objetivo fortalecer as práticas populares afirmando a cultura e saberes do povo, incorporando a ética como fundamento das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. O Coletivo de Saúde faz parte de um movimento maior, o MST e seus militantes são desafiados em participar orgânica e politicamente de todos os espaços coletivos do movimento¹¹.

Considerando a vida humana cada dia mais ameaçada pela imposição de valores que desumanizam as relações e tratam a saúde, os corpos e a terra como mercadorias, o MST contrapõem-se afirmando seus princípios como “coerentes com a formação do ser humano e da sociedade solidária, justa e humanitária, pautada na integridade e no respeito a etnia, diversidade sexual, cultural e na formação de novas relações de gênero”^{11:3}, valorizando “a afetividade, o cuidado e a mística, como forma de estimular a autonomia dos sujeitos e dos coletivos, fortalecendo, assim, o sentimento de pertença e de

perseverança na luta por outro modo de produção social: o socialismo”^{11,3}. Neste contexto são apresentados como valores da saúde do MST:

- A luta pela valorização da vida;
- Saúde como uma conquista de luta popular;
- Saúde como direito;
- Lutar pela consolidação de Políticas Públicas em saúde;
- Respeito às diferenças;
- Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde;
- Educação permanente em saúde;
- Socialização dos conhecimentos e informações¹¹.

Para o Coletivo de Saúde do MST¹¹, a conquista da saúde passa por processos de formação de sujeitos totais, considerando os aspectos sociais, culturais e históricos e comprometidos com a transformação da realidade opressora por isso a educação dá-se no cotidiano da luta, das mobilizações e da organização. A formação em saúde relaciona conhecimentos e técnicas com a própria prática e o projeto político de sociedade, perpassando todas as ações e objetivos estratégicos da Saúde no MST¹¹.

O CURSO TÉCNICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

A especificidade da saúde do campo, aliada a consolidação do Coletivo de Saúde do MST e a percepção da complexidade de sua atuação nos diferentes espaços motivou o Setor a buscar a formação técnica para atuação na área da saúde. Ao mesmo tempo se percebeu que a formação técnica em saúde não dava conta das demandas específicas das famílias das áreas de Reforma Agrária⁵.

A experiência acumulada e a necessidade de formação dos militantes do MST contribuíram para a elaboração de uma proposta de educação formal de nível médio, o Curso Técnico em Saúde Comunitária - CTSC, onde se procurou vincular o processo de formação na área da saúde com os conhecimentos trabalhados no nível médio. A primeira proposta do curso começou ser gestada em 2000, iniciando a

primeira turma em maio de 2001 e teve como elaboradores, além do Coletivo de Saúde do MST e de educadores do IEJC, pesquisadores de Universidades públicas e Escolas de Saúde Pública estaduais⁵.

Os objetivos do curso foram elaborados em uma relação direta com os desafios pensados pelo MST para o desenvolvimento da saúde no campo, sendo eles, de acordo com DAROS; DELAZZERI; ANDREATTA⁵:

- Formar educadores populares em Saúde com uma concepção de saúde integral para atuar no campo.
- Proporcionar ao educando a compreensão do processo saúde-doença, capacitando-o a intervir para transformar a realidade.
- Formar educadores inscritos na luta pela consolidação do SUS e seu controle social.
- Proporcionar o acesso à escolarização de nível médio para jovens e adultos.
- Formar educadores em saúde capacitados a articular os saberes científicos e tradicionais para promover a saúde no campo.
- Capacitar os educandos em saúde para um processo de reflexão, planejamento, execução e avaliação de ações em saúde que fortaleçam o desenvolvimento do campo na perspectiva dos/as camponeses

5:135-136

No início de cada turma é realizado um esforço no sentido de desdobrar os objetivos gerais e específicos do curso em objetivos específicos da turma¹².

A estes objetivos soma-se a intencionalidade da formação potencializando que os educandos ao final do processo tenham algumas características específicas:

- Ser um educador popular;
- Saber atuar, dentro de seu nível de competência, em situações de conflitos, contradições, agravos, emergências, sofrimento e morte;
- Ter uma visão integral da realidade para

desenvolver o trabalho específico da área da saúde em uma perspectiva de totalidade da pessoa humana e numa forma de organização intersetorial;

- Ter disponibilidade para o processo de formação pessoal continuada;
- Respeitar a ética, as diferenças de gênero, etnia, credo, orientação sexual;
- Ter sensibilidade e compromisso social^{5,136};

Atualmente existem, no IEJC, duas turmas formadas e duas em andamento. A inovação da proposta do curso fez com que o MST ampliasse esta formação desenvolvendo cursos semelhantes em outros estados do Brasil, como Paraná, Bahia, Maranhão, Piauí⁹.

É fundamental salientar que o CTSC é desenvolvido no IEJC sendo partícipe de seu Projeto Pedagógico, em uma articulação entre os objetivos específicos do CTSC e a estrutura organizativa do Instituto. Ele está organizado para ocorrer em três anos e meio, distribuídos em oito etapas (uma preparatória e sete etapas regulares), que se dividem em Tempo escola e Tempo comunidade. O Tempo Escola tem duração de aproximadamente sessenta dias e é uma imersão na vida escolar em seus diferentes aspectos. Os educandos ficam alojados no próprio IEJC e sua formação integra o estudo (em sala de aula, nas práticas de campo, em visitas técnicas, em oficinas), o trabalho (específico da saúde e de manutenção da vida) e a convivência⁵.

O Tempo Comunidade, por sua vez é o retorno as comunidades de origem onde serão desenvolvidas atividades específicas do curso, como estágios e pesquisas e atividades próprias da organização, tanto nos Coletivos de Saúde quanto em ações gerais do MST. Ele se apresenta como um desafio onde o educando vivencia muitas vezes uma contradição entre o que sua comunidade espera e deseja (a resolução de suas doenças) e o entendimento de saúde construído ao longo de seu processo de formação onde se relacionam com a atenção à saúde, as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde^{5,9}.

Cada etapa tem um foco relacionado com a formação em saúde, sendo que nas duas primeiras turmas os focos foram:

Etapa preparatória – Inserção no Instituto e pertença ao MST;

Etapa I – Inserção no MST/ nas comunidades

Etapa II – Educação Popular em Saúde
Etapa III – Promoção e educação em saúde ambiental
Etapa IV - Fases da vida: saúde da mulher e da criança
Etapa V – Fases da vida: Saúde do Adulto/ Adolescente/ Idoso/ Saúde Mental
Etapa VI – Terapias complementares: ênfase nos fitoterápicos
Etapa VII – Políticas Públicas/
Planejamento^{5:136-137}.

A partir da terceira turma houve uma reorganização do currículo, com algumas mudanças nas etapas. Atualmente a discussão está na integração entre o ensino médio e técnico.

Nas primeiras etapas as turmas escolhem seus nomes, homenageando líderes revolucionários ou lutas da classe trabalhadora. É um momento muito interessante onde se realiza um estudo sobre a vida e obra dos nomes sugeridos até chegar-se em um consenso (a vida dos homenageados tem uma grande relação com o que cada turma desenha como seus objetivos). A primeira turma chamou-se Che Guevara e a segunda Dorcelina Folador. Che dispensa apresentações, já Dorcelina Folador foi, conforme suas próprias palavras “*a primeira prefeita portadora de deficiência física, oriunda do MST, a governar um Município neste país*” tendo sido brutalmente assassinada, pelas costas, em sua casa, três anos após sua posse em um momento que lutava contra o tráfico, especialmente o de crianças em seu município, Mundo Novo, MS¹³.

Cada turma é também potencializada a construir sua concepção de saúde, a partir das reflexões acumuladas pelo Coletivo de Saúde do MST. A primeira turma construiu Saúde como capacidade de reagir cujo conceito passou a ser utilizado pelo próprio Setor de Saúde do MST em seus diferentes espaços¹⁰. Já a segunda turma, embora não tenha avançado na construção sua concepção coletiva de saúde, relaciona saúde com as ações desenvolvidas pelos seres humanos na sociedade e avança na discussão dos determinantes da saúde. Relacionando a saúde com a necessidade de políticas públicas que garantam os direitos das pessoas e a importância da valorização da vida como um todo, apresentando também a luta por saúde como um elemento fundamental na própria construção da saúde coletiva¹⁴.

Ao final do curso cada educando apresenta um Trabalho de Conclusão de Curso cuja pesquisa deve estar inserida em um dos

desafios para constituição da saúde no campo. Estes trabalhos são apresentados em banca pública e ficam disponíveis para acesso na biblioteca do IEJC. O Coletivo Político Pedagógico (CPP) do IEJC está realizando um esforço para avançar nas pesquisas e sistematizações dos educandos, pois quer ampliar o modelo atualmente desenvolvido para além do caráter acadêmico aumentando seu potencial dialógico, reflexivo e de intervenção⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja recente a organização da saúde no MST é nítida sua importância, não só para este movimento social, como também para os movimentos sociais que lutam pelo direito a saúde. O Coletivo de Saúde do MST participa em suas diversas instâncias de movimentos sociais da saúde no Brasil e América Latina como a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), Fórum Social Mundial, o Movimento Mundial de Saúde dos Povos. Contribui também para o funcionamento da Escuela Latinoamericana de Ciências Médicas – ELAM, em Cuba e na Venezuela. Em caráter institucional, participa de Conselhos de Saúde (Municipais, Estaduais e Nacional), faz parte do Grupo da Terra do Ministério da Saúde (MS) e do recente Comitê de Educação Popular do MS^{4,15,16,17}.

O Coletivo de Saúde do MST, percebendo uma relação direta entre saúde e educação, reforça a educação popular em saúde como elemento fundamental na reflexão crítica sobre a saúde no campo e no país como um todo. Apresenta então, a necessidade da formação de profissionais de saúde que compreendam as especificidades da saúde no meio rural. Esta demanda de formação tem levado o Coletivo de Saúde do MST a buscar parcerias com universidades e instituições formadoras no sentido de refletir sobre a formação profissional, ampliando o acesso a educação em nível técnico, superior e de pós-graduação para seus militantes.

Em relação ao CTSC, seus objetivos demonstram o compromisso do MST com a construção de um projeto de saúde diferenciado, voltado para a garantia do direito a saúde, baseado na integralidade, na intersetorialidade, no fortalecimento do SUS enquanto sistema público e participativo de saúde. Traz como referenciais a luta pela Reforma Sanitária e a Educação popular em saúde na perspectiva de consolidar a saúde como elemento fundamental para transformação social.

O MST avança ao integrar a educação e a formação profissional a projeto político e a uma concepção de mundo, desta forma o CTSC não se vincula somente a saúde, surge articulado a uma luta maior: a construção de um projeto popular para o Brasil, baseado na justiça social e em valores humanistas e socialistas.

REFERÊNCIAS

1. CALDART, Roseli Salet. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estud. av.** [online].v. 15, n. 43, 2001, p. 207-224. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300016&lng=&nrm=iso. Acesso em: 17 de outubro de 2008.
2. PIZZETA, A. J. A formação política no MST: um processo em construção. **Revista Observatorio de América Latina**. OSAL. Buenos Aires: CLACSO. Año VIII, n. 22, p. 241- 250, set. 2007.
3. MST, Setor de Educação. Princípios da Educação no MST, **Caderno de Educação nº 8**. 5 ed. São Paulo, 2004. 32 p.
4. SANTOS, S. A . Militantes Sem Terra concluem o curso de Medicina em Cuba, in: **Revista Sem Terra**, ed. 32, set/out 2005. Disponível em: http://www.mst.org.br/mst/revista_pagina.php?ed=18&cd=2005. Acesso em 11 de junho de 2009.
5. DAROS, D. DELLAZERI, D. T. ANDREATTA, M. O Curso Técnico em Saúde Comunitária do IEJC, in. ITERRA, Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária – Unidade de Educação Superior e Instituto de Educação Josué de Castro. **O instituto de Educação Josué de Castro e a Educação Profissional**. Cadernos do ITERRA. Ano VII – N. 13, 1 ed. Veranópolis: ITERRA, p. 129 – 177.
6. GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987. 207 p.
7. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 43 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005 b. 213 p.
8. MST. Setor Nacional de Saúde. Lutar por Saúde é Lutar pela vida.

Caderno de saúde n. 01, 2 ed. São Paulo: Editora Peres, 2000. 16 p.

9. SEVERO, D. O. **O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o controle social do SUS**: concepção do Coletivo Nacional de Saúde. 2008, 107 f.. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2008.

10. CARNEIRO, F. F. **A saúde no campo**: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unai, Minas Gerais, 2005. 143 f.. Tese (Doutorado em Veterinária), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2007.

11. MST. Setor Nacional de Saúde. Coletivo Nacional de Saúde – **Boletim Informativo**, dezembro de 2007. 4 p.

12. MST. Instituto de Educação Josué de Castro, Coletivo Político e Pedagógico. **Curso Técnico em Saúde Comunitária** – Projeto Pedagógico, Veranópolis, 2006. Mimeo. 35 p.

13. MOREIRA, G. **Dorcelina Folador, mártir de uma política com ética**. Disponível em: <http://www.gilvander.org.br/Martir006.htm>. Acesso em: 28 de julho de 2009.

14. GODOI, L. M. **Compreensão da Saúde e da Doença no IEJC**. 2007. 44 p.. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Técnico em Saúde Comunitária) - Instituto de Educação Josué de Castro, Veranópolis, 2007.

15. STOTZ, E. N., DAVID, H., WONG UN, J.A. Educação popular e saúde – trajetórias, expressões e desafios de um movimento social. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 49-60, jan/jun 2005.

16. MINISTÉRIO DA SAÚDE Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra. Portaria nº 2460 de 12 de dezembro de 2005. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/Pm_2460_2005.pdf. Acesso em: 10 de junho de 2009.

17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). Portaria nº 1256, de 17 de junho de 2009. Disponível em:

http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portariasMinisteriais/Port_1256_2009.pdf. Acesso em: 09 de agosto de 2009.

E. Matielo elaborou os originais do artigo e M.A. Da Ros revisou-os.

QUEM SABE FAZ A HORA NÃO ESPERA ACONTECER: A FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE NO MST

WHO KNOWS THE TIME IS NOT WAITING FOR: THE TECHNICAL TRAINING IN HEALTH IN THE MST

Etel Matiello²³

Marco Aurélio Da Ros²⁴

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, realizada com sete egressos do Curso Técnico em Saúde Comunitária (CTSC) do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A pesquisa mesclou pesquisa qualitativa com a Investigação Temática proposta por Paulo Freire que, segundo ele, envolve a investigação do próprio pensar dos sujeitos de pesquisa e significa pesquisar a partir dos sujeitos e com eles, sempre em relação a realidade vivenciada. Foi analisada uma das categorias encontradas na referida pesquisa: No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo, que é transversal a três grupos temáticos: Contra-hegemonia do Coletivo de Saúde no interior do MST; Trabalho em Saúde e Educação em saúde. O estudo apontou que a formação profissional no MST integra três aspectos fundamentais: a compreensão do processo saúde-doença e sua determinação social, o entendimento de saúde em seu conceito ampliado e a concepção da

²³ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública; Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde da Família; Universidade Federal de Santa Catarina; Integrante do Coletivo de Saúde do MST; Rua: Antonio Borges dos Santos, 737, Bairro: Armação do Pântano do Sul, Florianópolis/Santa Catarina, CEP: 88066-400. Brasil.
etelmatiello@yahoo.com.br

²⁴ Doutor em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina; Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; Rodovia Jornalista Manoel de Menezes nº 1750, Bairro: Praia Mole – Florianópolis/Santa Catarina, Cep: 88062-970. Brasil.
ros@ccs.ufsc.br

integralidade nas ações de saúde. Demonstrou uma característica do processo de formação de alguns movimentos sociais, marcadamente o MST, a contraposição a formação fragmentada que ainda é hegemônica no processo de formação nos cursos da área da saúde. Colaborou para compreensão de um dos principais desafios na formação de profissionais para atuarem no SUS: estimular processos educativos articulados com lutas maiores dos movimentos sociais, contribuindo para uma formação não fragmentada em que as pessoas são compreendidas como sujeitos históricos, sociais e coletivos.

Palavras chave: Saúde; Formação; Educação; MST.

ABSTRACT

This is a descriptive-exploratory research with seven graduates of the Technical Course in Community Health (CTSC) of the Landless Rural Workers Movement (MST). The research mixed qualitative research with the thematic investigation proposed by Paulo Freire, who says that involves the investigation of the subject's own thinking and it means searching from the subject and with them, always on the reality experienced. Was considered one of the categories found in the research. In the course learn to cope and enhance the human being as a whole, which is cross the three thematic groups: counter-hegemony of Collective Health in the MST; Work in Health and Education in health. The study noted that professional training in the MST has three fundamental aspects: the understanding of the health-disease process and its social determination, understanding of health in its broader and the completeness idea in health care. Showed a characteristic of the formation of some social movements, the MST markedly, the opposition to fragmented training that is still hegemonic in the process of training courses in health care. This work contributed for an understanding of the major challenges in professionals training to work with the Unified Health System (SUS): stimulate educational processes articulated with larger struggles of social movements, contributing to a not fragmented education in which people are understood as historical, social and collective beings.

Key-words: Health; Formation; Education; MST

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988 atribuiu ao SUS a responsabilidade pela ordenação da formação profissional da área da saúde. Entretanto até pouco tempo atrás, a formação era de responsabilidade exclusiva do Ministério da Educação, que raramente dialogava com o Ministério da Saúde na construção dos currículos dos cursos da saúde. Esta situação começou a mudar a partir da experiência acumulada de muitas universidades, cientes desta necessidade de reorientação da formação, que procuram desde cedo articular o saber teórico ao prático, inserindo os estudantes nos serviços de saúde dos municípios de abrangência, culminando, em 2005, com a assinatura de Portaria Interministerial entre os ministérios da Saúde e da Educação. Esta portaria incentivava (inclusive financeiramente) as mudanças curriculares para reorientação da formação de médicos, dentistas e enfermeiros¹. Atualmente todos os cursos da área da saúde recebem incentivos para reorientar sua formação, estimulando os novos profissionais para atuarem no SUS².

Anterior a esta legislação, os movimentos sociais organizados, inseridos na luta pelo direito a saúde, têm potencializado uma formação diferenciada na área da saúde. Com uma experiência acumulada, estimulam a formação de militantes que consigam estabelecer diálogos no sentido da construção das políticas públicas necessárias a implementação deste direito e ao, mesmo tempo, em estimulam acadêmicos comprometidos com este processo de mudança a contribuírem nesta formação, pois os espaços sociais dos movimentos muitas vezes carecem de profissionais comprometidos e capacitados a compreenderem e intervirem em uma complexa realidade social.

Por sua vez, alguns pesquisadores nas universidades têm procurado, nos cursos da área da saúde, formar profissionais educadores em saúde. Estes, além de atenderem as demandas clínicas, precisam ser desafiados a dialogar com as comunidades e usuários no sentido de contribuírem com a prevenção das doenças e promoção da saúde dos sujeitos. De acordo com Ceccim e Feuerwerker³ o trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do tratamento, do cuidado ou do

acompanhamento em saúde, sendo necessário que a formação na área da saúde contemple em seu processo educativo tais elementos. A experiência concreta de atuação dos estudantes na área da saúde no processo de formação dos movimentos sociais tem influenciado positivamente em sua própria formação tornando-os mais comprometidos e estimulados a atuarem em saúde pública⁴.

Dentre os movimentos que investem na formação de seus militantes na área da saúde está o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que foi fundado oficialmente em 1984, e é fruto de uma questão agrária que é estrutural e histórica no Brasil. Nasceu da articulação das lutas pela terra, que foram retomadas a partir do final da década de 70, especialmente na região Centro-Sul do país e, aos poucos, expandiu-se pelo Brasil inteiro⁵.

Nas ações de mobilização para Reforma Agrária (marchas, assembléias, encontros, manifestações), desde o início foram realizadas ações que saúde, que com o passar do tempo viabilizaram a consolidação dos coletivos de saúde. Estes coletivos organizam-se em diferentes níveis desde o local até o nacional cuja intenção é integrar as ações de saúde desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos desde a criação do MST. Nestes espaços, além das ações curativas e preventivas, são realizadas discussões sobre a saúde, a construção do SUS e como podemos efetivá-lo na prática, ressaltando a importância da organização comunitária para efetivação do direito à saúde, conquistado com a Constituição de 1988⁶.

Com a organização dos coletivos de saúde evidenciou-se a necessidade de formação das pessoas que atuam nestes espaços, dada à complexidade das condições de saúde existentes no campo. Esta formação tem sido potencializada no fazer diário, na convivência entre as pessoas e na reflexão cotidiana sobre os aprendizados resultantes desta convivência, mas também se dá formalmente através dos momentos coletivos como encontros estaduais, nacionais e atividades específicas de formação⁷.

O MST desde 2001 promove o Curso Técnico em Saúde Comunitária (CTSC). Realizado no Instituto de Educação Josué de Castro (IEJC), que funciona em um prédio de um seminário franciscano cedido ao MST, localizado no município de Veranópolis/RS. Esta proposta nasceu da parceria entre MST, Universidades e professores universitários, o Ministério da Saúde e da Educação e o Programa Nacional de Educação para Reforma Agrária (PRONERA). Está com a quarta turma em andamento, com duas turmas já formadas e por conta de seu caráter inovador, tem sido replicado para diferentes locais do país, como Paraná, Bahia e Maranhão⁷.

Este artigo é fruto da parceria entre o Grupo de Pesquisa de Educação e Saúde do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina e o Coletivo de Saúde do MST, que se configura em uma linha de pesquisa deste grupo. Nasceu de uma dissertação de mestrado, cuja temática de pesquisa foi o desenvolvimento do Curso Técnico em Saúde Comunitária. Tem o intuito de contribuir para a investigação da relação entre o processo educacional dos Movimentos Sociais, em especial o MST, o SUS, e as possibilidades de utilizar tal conhecimento em uma via de mão dupla: Universidade e MST, subsidiando uma reflexão sobre a prática acadêmica, sua inserção e interação com a comunidade e seu compromisso com a educação de qualidade.

Neste sentido versará sobre uma das categorias apreendidas da referida dissertação: No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo. Esta categoria é transversal às três grandes grupos temáticos: Contra-hegemonia do setor saúde no interior do movimento, trabalho em saúde e educação em saúde; sendo o objetivo deste artigo analisá-la a partir deste contexto.

PERCURSO METODOLÓGICO

Esta é uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória, realizada no primeiro semestre de 2009. Foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC, conforme protocolo nº 345/08 e realizada de acordo com a Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde que aborda o cuidado ético com os sujeitos de pesquisa. Os participantes da pesquisa tiveram seus nomes preservados, sendo utilizado em sua identificação nomes de árvores nativas brasileiras, escolhidas por serem, assim como os sujeitos de pesquisa, símbolos da resistência contra a exploração capitalista do solo brasileiro.

Os sujeitos da pesquisa foram os egressos do CTSC, das duas turmas já concluídas, a primeira turma formada em 2004 e a segunda turma formada em 2007. Como os sujeitos de pesquisa moram em diferentes regiões do Brasil optei por realizar a pesquisa em um momento e local onde houvesse o maior número de pessoas para compor a coleta de dados. A pesquisa foi realizada durante o XIII Encontro Nacional do MST, realizado na cidade de Sarandi, RS, entre os dias 20 e 24 de janeiro de 2009, cujo tema foi os vinte e cinco anos do MST. Neste encontro estavam participando oito egressos, dos quais sete se dispuseram a participar da pesquisa.

Os materiais utilizados para coleta de dados foram gravador digital, câmara fotográfica, filmadora e diário de campo. Os dados coletados foram transcritos e organizados pela própria pesquisadora.

No percurso metodológico foram mescladas a pesquisa qualitativa com a idéias de Paulo Freire, sendo utilizada a Investigação Temática que segundo Freire⁸, envolve a investigação do próprio pensar dos sujeitos de pesquisa, significa pesquisar a partir dos sujeitos e com eles, sempre em relação a realidade vivenciada. Quanto mais a investigação acontece de forma dialógica maior é o processo educativo. E a medida que é crescente este processo, cada vez maior é a investigação⁸.

Adaptando esta metodologia ao contexto pesquisado, de acordo com a proposta de Freire, a investigação temática foi organizada em cinco momentos que não são lineares, mas que se interrelacionam em um processo constante de construção, sendo eles:

1º – aproximação e construção da pesquisa com os sujeitos;

2º – levantamento das palavras mais significativas para o grupo em relação ao tema da pesquisa e criação de situações-problemas a partir das palavras levantadas.

3º – descodificação das situações-problema, com ampliação do conhecimento sobre as situações-problemas e tomada de consciência.

4º – Diálogos individuais com os sujeitos de pesquisa.

5º – Tratamento dos temas e informações coletados.

O **primeiro momento** consistiu numa aproximação da pesquisadora com os sujeitos de pesquisa, apresentando e debatendo a proposta, convidando-os a participarem da pesquisa e organizando com eles os seus momentos. Além de apresentar a eles a proposta, esta também foi apresentada ao Coletivo de Saúde do MST, que estava presente no Encontro, em uma reunião filmada e gravada, que autorizou verbalmente sua realização.

Em seu **segundo momento** foi organizado um Círculo de Cultura que contou com a participação de seis pessoas das oito convidadas, sendo também filmado e gravado. Esta técnica de trabalho em grupo adaptado a partir das idéias de Paulo Freire⁸ e tem como objetivo instituir um debate no grupo em busca da apreensão dos temas pesquisados. Neste espaço foram levantadas as palavras e frases mais significativas em relação ao tema pesquisado e construídas situações-problema referentes a estas palavras e frases. As situações-problema consistiram em frases consideradas significativas em relação aos objetivos da pesquisa que eram situações existenciais desafiadoras típicas do grupo, possibilitando a abertura de perspectivas para uma análise mais aprofundada em relação a temática pesquisada.

Em seguida estas situações problema foram decodificadas, constituindo o **terceiro momento** da pesquisa, realizado também através de um Circulo de Cultura. Este promoveu um processo de cisão das partes com o todo e o surgimento de nova percepção a cerca destas situações e tomada de consciência sobre as situações vivenciadas e suas posturas quanto a elas. Participaram deste Círculo quatro dos oito convidados.

No **quarto momento** foram realizados diálogos individuais que aconteceram somente após a realização dos Círculos e foram momentos importantes para aprofundar temas e situações importantes para a pesquisa, sendo realizado com todos os sujeitos de pesquisa. Todos os diálogos foram filmados ou gravados e compuseram o material de análise dos dados.

A **última etapa** deste momento consistiu em estudar sistematicamente e interdisciplinarmente seus achados. Tal momento foi propriamente a análise das construções das etapas anteriores. Embora na metodologia proposta por Paulo Freire⁸ os sujeitos de pesquisa participem também de sua análise, devido ao pouco tempo para realização de todo este processo, esta etapa foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin⁹.

Como a Investigação Temática envolve a investigação do próprio pensar do povo, que não se dá com um único sujeito, mas entre sujeitos e sempre referido à realidade⁸, incluímos no contexto da pesquisa não só os momentos específicos do Círculo de Cultura e dos diálogos, mas toda a realidade vivenciada em relação ao Setor Saúde, no XIII Encontro Nacional do MST. O cenário de pesquisa mostrou-se fundamental no processo de coleta de dados e os desafios colocados por este cenário demonstram a complexidade da vida no interior de um movimento social, que dificilmente pode ser apreendida sem a vivência concreta desta realidade.

Com a exploração, inferência e interpretação do material de pesquisa foram encontradas cinco categorias, quatro que surgiram do momento específico de coleta de dados e uma que surgiu do próprio cenário de pesquisa, foram elas:

- A amenidade do setor saúde;
- Saída dos militantes e estagnação do setor de saúde;
- No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo;
- Educação em saúde deve estar ligada a um projeto de sociedade;
- Quando precisa, o setor de saúde da conta;

No processo de interpretação do material estas categorias foram agrupadas em três grandes grupos temáticos: Contra-hegemonia do setor saúde no interior do movimento, trabalho em saúde e educação em saúde. Com esta organização foi percebida a transversalidade da categoria: **No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo.**

DISCUSSÃO

Ao potencializar a formação profissional em saúde, o CTSC procura preparar profissionais que tenham coerência política e ideológica (ética, valores) com o projeto de sociedade que este Movimento Social se propõe ajudar a construir, uma sociedade justa e soberana. Esta formação integra três aspectos fundamentais: a compreensão do processo saúde-doença e sua determinação social, o entendimento de saúde em seu conceito ampliado e a concepção da integralidade nas ações de saúde. Isto pode ser percebido já em seu objetivo explicitado formar: “ educadores populares em saúde comprometidos com o MST e sua luta, bem como com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e a emancipação dos sujeitos para melhoria de suas condições de vida”⁷.

Os egressos do CTSC, assim como os demais integrantes do Coletivo de Saúde do MST, compreendem a determinação social da saúde, considerando que: “ A partir do momento em que tu vai lá, junta o povo e leva o povo para lutar por seus direitos, por moradia, por educação então isso também é lutar por saúde” (Carnaúba), numa perspectiva que a saúde é consequência de um processo de luta e reivindicação por melhores condições de vida. Ao inserirem a luta por acesso e posse da terra no conceito ampliado de saúde revivem o Movimento da Reforma Sanitária que com a VIII Conferência Nacional de Saúde elaborou o conceito de saúde como sendo:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos

níveis de vida¹⁰.

Embora o direito à saúde tenha sido referendado em 1988 e consolidado nas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90, o acesso e posse da terra foram “misteriosamente” excluídos da legislação da saúde, em uma clara demonstração do “perigo” que seria a realização da reforma agrária para manutenção do *status quo* no Brasil. É necessário voltarmos a Marx¹¹ para compreendermos esta contradição: embora se reconheça que trabalhadores saudáveis são importantes para manutenção do sistema e que a luta e organização destes trabalhadores foi fundamental para a consolidação da organização do SUS, elementos importantes do conceito ampliado de saúde que podem desestruturar a situação dominante são ou suprimidos ou esquecidos na sua execução.

Dentre os princípios do SUS que perpassam esta contradição está o da integralidade, que atualmente tem um caráter polissêmico e polifônico¹². Este princípio é percebido como fundamental para os egressos do curso técnico em saúde comunitária, mesmo tendo se passado no mínimo dois anos de sua formatura, sendo o diferencial em sua formação.

E o nosso curso eu penso que projetou tanto a gente para isso independente disso que foi falado, de onde a gente esteja, esta coisa que a gente aprendeu de lidar com o ser humano, de valorizar o ser humano como um todo, isso é algo que é fundamental, que ninguém vai tirar isso da gente, que a gente vai levar e exercer aonde a gente for e eu penso que era o que nossos profissionais de fato teriam que exercer (Jequetibá).

Além de perceberem a importância do trabalho com o ser humano em seu sentido integral, apontam a deficiência da formação dos profissionais de saúde que não conseguem perceber as doenças como sendo sociais.

Uma outra coisa também que a gente foi adquirindo durante o curso nesta questão mais da formação possivelmente seja de você olhar o todo, o ser humano não só aquele que ta na sua presença ali mas as relações que há em torno dele que é o que permite um pouco tu visualizar mais longe o porque dum agravo e de outro agravo pra tu poder combater aquilo que é o que gera a doença que é

um pouco diferente da visão da biomedicina que vê, eles fazem, estudam pra descobrir qual é a causa da doença mas a partir de uma causa secundária né. Quer dizer, o que causou a doença ali mas não o anterior, vai até numa causa secundária mas não nas causas primárias que são as relações, causas estruturais, econômicas (Araucária).

Desta maneira fica evidente que a formação dos profissionais de saúde não pode ter como única referência a “busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos”¹³, e sim incluir aspectos de produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Os objetivos da formação dos profissionais de saúde perpassam a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho no sentido de problematizar o processo de trabalho e sua capacidade de acolher e cuidar das várias dimensões e necessidades de saúde dos indivíduos, coletivos e populações³.

Esta proposta de formação é atingida no CTSC, pois o trabalho em saúde é construído a partir de relações solidárias, relações horizontais entre iguais, onde o sujeito é um companheiro de sonhos e luta e não apenas um paciente que necessita ser atendido.

Eu acho que dentro disso também, não sei se como valor ou algo mais, é da responsabilidade e do compromisso que a gente sente, que a gente tem com o outro e com o coletivo no sentido de elevar a qualidade de vida de fato e também fazer o sujeito se sentir como sujeito. E ele se dá conta disso! É uma relação de sujeito – sujeito. (Araucária)

O trabalho em saúde, neste contexto, assume uma postura radical, de transformação da realidade, com ações concretas, que incluem em seu desenvolvimento todos os sujeitos, não só os profissionais de saúde⁸. Desta forma não é somente nos espaços de saúde que se concretiza:

Daí quando tu vai para brigada tem que acompanhar o todo, todos os setores e também a saúde continua ali como tema transversal, tudo que vai discutir o tema saúde esta ali, a saúde, a

educação, o gênero, independentemente do setor que esteja você esta fazendo saúde, está neste processo de contribuição (Carnaúba).

Quem faz o CTSC independente do Setor do Movimento que esteja atuando tem um olhar diferenciado para as questões relativas à saúde.

Na verdade assim tem uma coisa que é bom porque você mesmo estando em outros espaços sempre vai ter este olhar da saúde, isso tá na gente e ao mesmo tempo não é tão bom porque tu deixa de fazer tarefas específicas que poderia ir se aprofundando cada vez mais por que a medida que a gente vai fazendo vai aprendendo mais a fazer e a gente acaba deixando, talvez não se aprofundando, não se especializando naquilo que a gente faz acho que é um pouco isso assim (Araucária).

Esta dicotomia é sentida pelos egressos do CTSC e por outras pessoas do Coletivo de Saúde do MST, principalmente porque a maioria das pessoas que se formou no CTSC não está atuando no Coletivo de saúde, dos oito sujeitos de pesquisa apenas dois continuam atuando no Coletivo de Saúde, o que gera uma reflexão sobre o sentido do curso.

Percebe-se então que no contexto do MST o Coletivo de saúde é contra-hegemônico pois promove uma formação ampliada, de acordo com os objetivos do MST e do Instituto de Educação Josué de Castro, e ao mesmo tempo não é valorizado, não sendo prioridade do Movimento como é percebido na fala de uma pessoa do Coletivo de Saúde do MST em uma reunião cujo tema foi o desenvolvimento desta pesquisa: “o todo do movimento não pauta como prioridade o coletivo de saúde” e este só aparece quando a situação está pegando fogo (como a que vimos no Encontro)”.

Este sentimento também é sentido pelos sujeitos de pesquisa:

Então ainda eu penso que o setor de saúde não é visto como um espaço que pode formar pessoas orgânicas a partir daquele espaço que é estudado enquanto setor de saúde. Então nós que estamos no setor a algum tempo, que estudamos e fizemos um curso temos clareza e sabemos da importância do setor nesta luta não só para o movimento construir este espaço da saúde mas também uma

questão de luta pela saúde que é em busca de um direito, então ainda não está claro para o movimento esta questão do setor de saúde (Cajueiro).

Mesmo sendo um movimento que propõe a transformação social é preciso compreender que o MST traz reflexos da sociedade em sua constituição. Assim como para o movimento o coletivo de saúde é contra-hegemônico na sociedade atual a construção social do processo saúde-doença também é contra-hegemônica.

Outra contradição é que a formação no CTSC ao potencializar a *valorização do ser humano como um todo*, também potencializa a saída dos militantes que se formaram do setor para assumir outras tarefas justamente devido a esta capacidade de ouvir e trabalhar com as pessoas.

Nós tivemos em 2004 e 2006 a formação de um grupo bom de agentes de saúde com formação em educação e saúde no ano seguinte quando teve, trocou as lideranças do movimento a maioria deste pessoal que era da saúde assumiu as direções das suas regiões, das suas brigadas, um pouco por que é o sujeito que aparece, que ajuda a mobilizar e de certa forma consegue aparecer e ajudar e o pessoal também vê uma orientação nele e também tem o elemento que é a formação política ideológica deste pessoal, o nosso assim, e daí as pessoas indicam que é mais ou menos neste sentido que vai pras direções (Araucária).

Contudo, independente do setor ou atividade que esteja desenvolvendo percebem que a educação em saúde permeia este processo. A educação assume então um conceito de intervenção, conforme Freire¹³.

A educação, especificidade humana, é um ato de intervenção no mundo. É preciso deixar claro que o conceito de intervenção não está sendo usado com nenhuma restrição semântica. Quando falo em educação como intervenção me refiro tanto à que aspira a mudanças radicais na sociedade, no campo da economia, das relações humanas, da propriedade, do direito ao trabalho, à terra, à

educação, à saúde, quanto à que, pelo contrário, reacionariamente pretende imobilizar a História e manter a ordem injusta^{13:122}.

Nesta perspectiva o MST vem construindo, em sua teoria e prática uma relação pedagógica que potencializa a vida, a luta e o enfrentamento às desigualdades sociais como cenários de aprendizado sobre a relação entre saúde, sociedade e educação.

Eu acredito que esta questão da educação em saúde como a nossa luta em si é uma luta pela produção da vida, justamente por esta questão do ser humano que não só ouve, não só fala mas também tem sonhos, tem anseios, acreditamos que ela (a educação em saúde) também tem que vir ao encontro de um projeto político que a gente defende né, que é justamente transformar esta sociedade (Cajueiro).

Embora a educação não seja a chave das transformações sociais, a prática educativa é uma demonstração das possibilidades de mudanças, reforçando sua tarefa político pedagógico na constituição de sujeitos éticos¹³. A pedagogia do MST coaduna com este conceito de educação ao propor uma educação para além do espaço escolar. Seu processo educativo básico está no movimento mesmo, no transformar-se transformando a terra, as pessoas, a história, a própria pedagogia, sendo esta a raiz e o formato fundamental da identidade pedagógica do próprio MST¹⁴. A educação é considerada uma das dimensões da formação, processo através do qual as pessoas se inserem numa determinada sociedade, transformando-se e transformando esta sociedade. Por isso a educação está sempre ligada a um projeto político e a uma concepção de mundo. Reafirmando como princípio fundamental desta pedagogia o próprio movimento, o MST transforma-se em uma grande escola, uma escola da vida¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A categoria explorada neste artigo: **No curso aprendemos a lidar e valorizar o ser humano como um todo**, demonstra uma

característica do processo de formação de alguns movimentos sociais, marcadamente o MST, a contraposição a formação fragmentada que ainda é hegemônica no processo de formação nos cursos da área da saúde. Ao instigar a academia em participar deste processo percebe-se que a integração entre academia e MST na formação profissional em saúde é uma via de mão dupla: por um lado instiga o debate sobre a função social da universidade e sua contribuição para a construção de uma sociedade mais justa e soberana, ao mesmo tempo em que colabora com a formação ao possibilitar que estudantes universitários vivenciem a dinâmica de um movimento social. Por outro lado, ao construir parceria com professores e acadêmicos comprometidos com os ideais da Reforma Sanitária, potencializa que os estudantes do MST construam seu conhecimento a partir de um olhar teórico crítico, diferenciando-se do aprendizado escolar tradicional. Estas atividades educativas se aproximam da discussão de saúde que o MST vem construindo e estimulam a pesquisa, o diálogo e o exercício concreto dos conhecimentos adquiridos.

Esta categoria apresentou-se como transversal aos três grupos temáticos encontrados: Contra-hegemonia do Coletivo de Saúde no interior do movimento, trabalho em saúde e educação em saúde, articulando-os. O trabalho em saúde é percebido em seu sentido ampliado, considerando as pessoas e suas relações e não somente as doenças que apresentam. A relação estabelecida no trabalho em saúde é uma relação entre sujeitos, solidária e não hierarquizada. Não se restringe apenas ao cuidado, mas a saúde em seu sentido mais amplo. Neste sentido, amplia-se também o conceito de educação em saúde e percebe-se que independente de onde se está atuando está se fazendo saúde (também em seu conceito ampliado). A concepção do ser humano em seu sentido integral, o cuidado ao lidar com as pessoas e a formação política adquirida ao longo do CTSC potencializam a saída dos militantes do Coletivo de Saúde para atuarem em outros espaços do MST. Isto se apresenta como uma contradição, pois ao mesmo tempo em que os militantes da saúde são indicados para assumirem outras tarefas no conjunto da organização, o debate sobre saúde não é priorizado pelo movimento.

O CTSC e a própria vivência no Coletivo de Saúde do MST potencializam que os militantes compreendam a saúde em seu conceito ampliado, contribuindo para o enfrentamento de seus determinantes sociais independente do espaço que estejam atuando. Atualmente, passados dois anos de sua formatura continua presente a compreensão social da saúde e a importância da mobilização popular para garantia de uma vida mais digna e justa. No entanto, embora estes sejam aspectos

fundamentais do processo educativo, os egressos do CTSC acabam afastando-se das tarefas específicas do Coletivo de Saúde sem conseguirem garantir a continuidade destas.

Vivenciar um processo de formação profissional em saúde no interior de um movimento social, que tem como uma das principais características a experiência coletiva, demonstra que esta formação profissional se vincula a um projeto de construção de uma nova sociedade, baseada na justiça social e na igualdade. Assim, a formação profissional em saúde no MST faz parte de um processo de formação humana que possibilita: a compreensão dos processos históricos e sociais determinantes da saúde, o despertar da consciência crítica dos sujeitos, o enfrentamento às injustiças, a valorização e o respeito ao outro, o estímulo a uma convivência ética, baseada na solidariedade.

Refletir sobre a formação em saúde no MST contribui para compreensão de um dos principais desafios na formação de profissionais para atuarem no SUS: estimular processos educativos articulados com lutas maiores dos movimentos sociais, contribuindo para uma formação não fragmentada em que as pessoas são compreendidas como sujeitos históricos, sociais e coletivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 86 p.
2. BRASIL. Portaria Interministerial N. 3019, de 26 de novembro de 2007: *Dispõem sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3019.pdf. Acesso em: 16 de junho de 2009.
3. CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=&nrm=iso>. Acesso em: 17 de outubro de 2008.

4. STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG UN, J. A.; OLIVEIRA, M. W. Rede de Educação Popular e Saúde: Algumas definições, vários compromissos e os desafios de um Movimento Social singular. In: JEZINE, E.; BATISTA, M. S. X.; MOREIRA, O. L. (org) Educação Popular e Movimentos Sociais: dimensões educativas na sociedade globalizada. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2008, 300 p.

5. CALDART, Roseli Salete. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estud. av.** [online].v. 15, n. 43, 2001, p. 207-224. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142001000300016&lng=&nrm=iso. Acesso em: 17 de outubro de 2008.

6. MST, Coletivo Nacional de Saúde. **Cartilha Relato das Experiências em Saúde**, Brasília: Editora Maxprint, 2005. 43 p.

7. DAROS, D. DELLAZERI, D. T. ANDREATTA, M. O Curso Técnico em Saúde Comunitária do IEJC, in. ITERRA, Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária – Unidade de Educação Superior e Instituto de Educação Josué de Castro. **O instituto de Educação Josué de Castro e a Educação Profissional**. Cadernos do ITERRA. Ano VII – N. 13, 1 ed. Veranópolis: ITERRA, p. 129 – 177.

8. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2005 b. 213 p.

9. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edições 70: Lisboa, 1979. 223 p.

10. COMISSÃO ORGANIZADORA DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasil, 1986. 29 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 28 de julho de 2009.

11. MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política: livro II, tradução de Reginaldo Sant'Anna. - 11ª ed. - Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006, 602 p.

12. RIBEIRO, C. **A integralidade e seus percursos no SUS**.

2008. 118 f.. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2008.

13. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.

14. CALDART, R. S. **Pedagogia do Movimento Sem Terra**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. 440 p.

15. MST, Setor de Educação. Como fazemos a escola de educação fundamental, **Caderno de Educação nº 9**. 2 ed. Veranópolis: ITERRA, 2001. 48 p.

E. Matiolo elaborou os originais do artigo e M.A. Da Ros revisou-os.

APENDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE
PÚBLICA**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Etel Matiolo**, Nutricionista e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina-Brasil, sob orientação do Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros e co-orientação da Prof. Dra. Sandra Caponi, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: “ **DIALOGANDO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ÉTICA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO CURSO TÉCNICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA DO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA**”, com o objetivo de analisar de que modo as pessoas já formadas no curso técnico em saúde comunitária do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST constroem o processo de educação em saúde tendo como eixo questões éticas e políticas.

Este estudo tem como objetivos específicos: Compreender a influência da educação técnica em sua formação humana; Analisar o conceito de saúde que orienta os seus processos de educação em saúde; Analisar de que modo os conceitos usualmente utilizados na bioética permeiam os processos de educação em saúde.

Dentre seus benefícios este estudo possibilitará refletir sobre o processo de educação em saúde no interior de um movimento social e o diálogo deste processo com questões éticas e políticas. Sua análise contribuirá para que o MST e a Universidade reflitam sobre os processos educativos e seu comprometimento com a transformação social. Além de contribuir para tornar pública esta experiência de formação. Os riscos decorrem principalmente do constrangimento causado pela gravação, filmagem e fotografia dos momentos de coleta de dados, desta forma poderá ser solicitado, em qualquer momento, a

saída da pesquisa.

Para o desenvolvimento da pesquisa serão realizados momentos em Grupo denominados Círculos de Cultura e Momentos Individuais denominados Diálogos sendo necessária a gravação em áudio, vídeo e fotografia. Os resultados serão posteriormente apresentados a este Coletivo em reunião agendada com o mesmo, e publicados sob a forma de artigos científicos. Aos participantes estará garantido o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Diante do exposto, Eu

_____,
concordo em colaborar voluntariamente com o trabalho e declaro para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa, da metodologia e das condições da minha participação nesta pesquisa.

Concordo, portanto, com as condições aqui oferecidas pela pesquisadora para a correta utilização das minhas informações, bem como, a mesma afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação no trabalho.

Brasil, _____ de 2009.

Ass: _____

RG: _____

Sujeito da Pesquisa

Ass: _____

RG: _____

Pesquisadora principal

Etel Matiello*

* Quaisquer esclarecimentos, bem como a solicitação de cancelamento deste Termo de Consentimento poderão ser efetuados através do email: etelmatiello@yahoo.com.br ou pelos telefones (48) 96070327 e (48) 33381534.