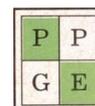




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



SABERES E PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE: OS PROCESSOS EDUCATIVOS DE MULHERES CAMPONESAS

IRAÍ MARIA DE CAMPOS TEIXEIRA

Agência Financiadora



**São Carlos
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**SABERES E PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE: OS PROCESSOS
EDUCATIVOS DE MULHERES CAMPONESAS**

IRÁÍ MARIA DE CAMPOS TEIXEIRA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa:
Práticas Sociais e Processos Educativos

Orientadora:
Prof^a Dr^a Maria Waldenez de Oliveira

**SÃO CARLOS
2012**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

T266sp

Teixeira, Iraí Maria de Campos.

Saberes e práticas populares de saúde : os processos educativos de mulheres camponesas / Iraí Maria de Campos Teixeira. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

148 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Práticas sociais e processos educativos. 2. Educação popular. 3. Práticas de cuidado. 4. Mulheres do campo. 5. Vida rural. I. Título.

CDD: 370 (20^a)

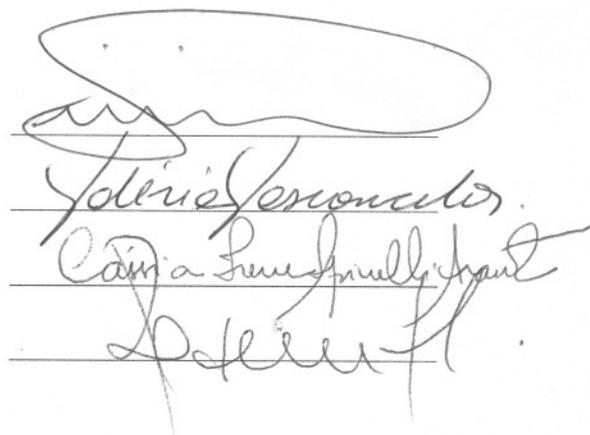
BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Maria Waldenez de Oliveira

Prof^ª Dr^ª Valéria Oliveira de Vasconcelos

Prof^ª Dr^ª Cássia Irene Spinelli Arantes

Prof^ª Dr^ª Rosemeire Aparecida Scopinho



The image shows three handwritten signatures on a set of three horizontal lines. The top signature is a large, stylized oval shape. The middle signature is written in cursive and appears to be 'Valéria Vasconcelos'. The bottom signature is also in cursive and appears to be 'Cássia Irene Spinelli Arantes'. There is a fourth line below the third signature, which is mostly blank.

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que
acreditam que podem mudar o mundo.*

A presente dissertação é um trabalho desenvolvido no Grupo de Pesquisa “Práticas Sociais e Processos Educativos”, cadastrado na CAPES desde 1997.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Vida, pois ao longo desse trabalho aprendi que é preciso ter fé. Fé na Vida, fé nos nossos antepassados, fé nas mulheres, nos homens e em todas as criaturas e, finalmente, fé em nós mesmos. Em seguida, agradeço:

À minha família, por todo amor e educação que a mim foram dados.

À minha mãe, por me ensinar sobre a beleza da vida e por me ensinar a gostar de mim e ser quem eu sou.

Ao meu pai pela filosofia, ensinada com palavras e atitudes.

A Iaci, por me ensinar sobre a luta.

Aos meus avôs, minhas avós, tios e tias por me ensinarem a oralidade.

Ao meu tio Paulo, em especial, agradeço por me ensinar sobre a esperança e a humanidade.

Aos primos e primas, por me ensinarem sobre a amizade.

Ao Alan, por me amar e permitir que o ame, me ensinando o que é companheirismo e à Marilda, por me ensinar sobre a resistência.

Agradeço também aos amigos e amigas de infância: Mariana, Gabriela, Isadora, Clarisse, Ricardo e Denis, por tudo o que (con)vivemos e por tudo o que ainda vamos (con)viver.

Às amigas da Enfermagem 05 da UFSCar: Manu, Fer, Danis, Jéssica, Glaucia, Ellys, Vivi, Nara, Cacilda, Bruna, Carlinha e Helo, por existirem e por fazerem parte da minha vida.

À Nati e Ana Carla, em especial, por tudo e também por me auxiliarem na escrita desse trabalho.

Às amigas e amigos do NAPRA, pelas experiências inesquecíveis.

Às amigas do mestrado, pela alegria do convívio.

À Tati, pelos enegrecimentos sobre nossa ancestralidade africana.

À Waldenez, principalmente pela amizade.

Às professoras e professor da linha Práticas Sociais e Processos Educativos, pelos saberes compartilhados.

À banca examinadora pela disponibilidade e dedicação.

À capoeira, pelas amigas e por permitir que eu renove minha fé com os desafios impostos na espiritualidade, na motricidade, na musicalidade e no jogo.

Às mulheres do Assentamento Monte Alegre VI, pela acolhida e por compartilharem suas histórias de vida e seus saberes;

E a todas as pessoas das comunidades por onde estive por poder ser e estar no mundo junto com elas.

Ashè!

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivos conhecer a compreensão atribuída por mulheres camponesas à saúde e identificar as práticas sociais de cuidado com a saúde, bem como os processos educativos por elas desencadeados. Ancora-se no referencial teórico da *Educação Popular e Educação Popular e Saúde*, adotando uma concepção ampliada de saúde ao incluir as suas dimensões sociais, o cuidado em saúde e as práticas populares de saúde. Insere-se no contexto da luta pela terra de mulheres camponesas assentadas, também objeto de estudo teórico-conceitual desta pesquisa. Como referencial metodológico adotou-se a *pesquisa participante* que prevê, então, a realização de uma atividade integrada entre investigação social, trabalho educacional e ação. Participaram dessa pesquisa 12 mulheres do Assentamento Monte Alegre, interior do estado de São Paulo, com dados coletados no período de abril de 2010 a julho de 2011. Foram feitas 15 (quinze) visitas ao assentamento onde se realizaram as observações de natureza participante, com posteriores anotações em diário de campo, além de duas entrevistas e uma reunião organizada pelas próprias mulheres assentadas, foco desta pesquisa, para planejarmos coletivamente futuras Rodas de Conversa. Assim, para o trabalho de campo, realizou-se uma cuidadosa inserção que possibilitou conhecer e ser conhecida pelas mulheres da Associação de Mulheres Assentadas do Assentamento Monte Alegre VI em seu ambiente de trabalho, a padaria do núcleo seis do assentamento. Esse período de convivência foi fundamental para a pesquisa, pois, ao longo das visitas e do trabalho junto às mulheres, estabeleceram-se vínculos que favoreceram a criação de um ambiente acolhedor e de confiança para a realização das entrevistas que teriam como temática central a compreensão de saúde por parte das entrevistadas, suas experiências pessoais, as práticas de cuidado utilizadas e os processos educativos envolvidos nessas práticas. Para análise e discussão dos dados foram apreendidas as seguintes categorias: 1) TUDO ISSO É SAÚDE e 2) O CUIDADO À SAÚDE COMO PRÁTICA SOCIAL. A análise dos dados aponta que a concepção de saúde expressa por essas mulheres articula saúde e sociedade, considerando tanto os aspectos biológicos, psíquicos e emocionais da saúde, como também os sócio-econômicos. Os dados apontam como práticas de cuidado à saúde a assistência multiprofissional oferecida pelos serviços de saúde, a produção e a utilização de remédios caseiros, o companheirismo, o diálogo, a escuta ativa e as mobilizações sociais. Perceberam-se aspectos do trabalho que estão relacionados à saúde no campo, além de terem sido mencionados aspectos de opressão nas relações de gênero que influenciam na saúde das camponesas. Os processos educativos relacionados com as práticas de cuidado à saúde são, então, aqueles que se dão nas relações familiares, com profissionais ou com outras pessoas da comunidade, além dos proporcionados pelas diferentes mídias e os que acontecem nos movimentos sociais. As mulheres do assentamento se educam, portanto, para os cuidados em saúde dialogando, pesquisando em livros e revistas, estudando, consultando profissionais e experimentando as diversas práticas que aprendem nesse processo. Desta forma elas conseguem avaliar os melhores resultados para a saúde e com isso dão continuidade aos processos educativos dessa prática social, ensinando e recorrendo às práticas que consideram mais adequadas. Processos educativos também estão presentes na formação para o trabalho no campo de homens e mulheres que se preparam, entre outras coisas, para a divisão sexual desse trabalho.

Palavras-chaves: Processos educativos. Cuidado em Saúde. Luta pela terra. Mulheres camponesas. Educação Popular.

ABSTRACT

The objective of this research is to learn about the peasant women's level of understanding about health and identify their common healthcare practices, as well as their process to transfer knowledge. This study is based on the theory of Popular Education and Popular Education and Health. It adopts an amplified conception of health, which includes its social dimensions, healthcare and popular practices. It is attached to the context of the peasant women's fight for settlements, which has also been theoretically and conceptually investigated in this study. The methodological reference adopted was the participant observation, which promotes the realization of interactive activities that combines social investigation, educational work and action. Twelve female settlers from Monte Alegre settlement, State of São Paulo, were interviewed. Data was collected in the period between April 2010 and July 2011. Fifteen visits were made to the settlement, where participatory observations were made and transferred to field notes subsequently, as well as two interviews and one meeting organized by the female settlers to plan the next group conversation between the women. In order to realize the field work, a careful insertion was made in the community's workplace, in the bakery, where the women of the Women Association of Monte Alegre VI was approached. This period of relationship and sharing was fundamental for the study, because during meetings and working hours, a closest relationship to the women was developed, which favored a positive trustworthy atmosphere to the realization of interviews to satisfy the central theme around the women's comprehension of health, their personal experiences, the care practices utilized by them and its related educational process. The following data was separated for further analysis and discussion: 1) ALL OF THAT IS HEALTH and 2) THE CARE TO HEALTH AS SOCIAL PRACTICE. The data analysis shows that the women's conception of health is a combination of health and society, and takes in consideration biological, psychic, emotional aspects of health, as well as socio-economic. The data points to health care practices: the multiprofessional assistance offered by health services, the production and utilization of homemade medication, the partnership, the dialogue, the active listening and the social mobilizations. It was found that agrarian work and gender oppression were aspects that influenced the female peasant's health practices. The educational processes related to health care practices are the ones found in familiar, professional, communitarian relationship as well as the ones available through different medias and past social movement's experiences. The female settlers make themselves aware of health care issues through dialogue, researching books and magazines, studying, consulting with professionals and by learning from the attempting of diverse practices. Consequently, the peasant women are able to assess the best practices of health care, and maintain the process of knowledge transfer, based on which past social experiences are considered more adequate. Educational processes are also present during the preparation of women and men for agrarian work, as well as work division based on gender.

Keywords: Educational Processes. Health Care. Struggle for land. Peasant Women. Popular Education.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es conocer el nivel de comprensión de las mujeres campesinas acerca de la salud e identificar sus prácticas sociales de cuidado de la salud, así como su proceso de educación. Este estudio se basa en las teorías de la Educación Popular y Educación Popular y Salud. Se adopta una concepción ampliada de la salud, que incluye las dimensiones sociales, el cuidado de la salud y las prácticas populares, que se inserta en el contexto de la lucha de las mujeres campesinas de los asentamientos, que también ha sido teórica y conceptualmente investigados en este estudio. La referencia de la metodología adoptada fue la investigación participante, que promueve la realización de actividades interactivas que combina la investigación de trabajo social, educación y acción. Doce mujeres del asentamiento Monte Alegre, Estado de São Paulo, fueron entrevistadas. Los datos fueron recolectados en el período comprendido entre abril de 2010 y julio de 2011. Por Quince días se han realizado visitas al asentamiento, donde la observación participativa se hizo con apuntes en diarios de campo y, posteriormente, dos entrevistas y una reunión organizada por las colonas para planear conversaciones futuras entre las mujeres. Con el propósito de realizar el trabajo de campo, una inserción cuidadosa fue hecha en el lugar de trabajo de la comunidad, en la panadería, donde trabajan las mujeres de la Asociación de Mujeres de Monte Alegre VI. Este período de relación e intercambio es fundamental para el estudio, ya que durante las reuniones y las horas de trabajo, una relación más estrecha con las mujeres se ha desarrollado, lo que favoreció un clima positivo de confianza a la realización de entrevistas para satisfacer el tema central, que gira en la comprensión de las mujeres sobre la salud, sus experiencias personales, las prácticas utilizadas por ellas y sus procesos educativos relacionados. Los siguientes datos fueron elegidos para análisis y debate: 1) TODO ESTO ES SALUD y 2) LA ATENCIÓN A LA SALUD COMO PRÁCTICA SOCIAL. El análisis de datos muestra que la concepción de las mujeres sobre la salud es una combinación de la salud y la sociedad, y lleva en consideración los aspectos biológicos, psíquicos, emocionales de la salud, así como socio-económico. Los datos apuntan a las prácticas de cuidado de la salud: la asistencia multiprofesional que ofrece los servicios de salud, la producción y utilización de la medicación casera, el compañerismo, el diálogo, la escucha activa y la movilización social. Se encontró que el trabajo agrario y la opresión de género son aspectos que influyen las prácticas de la mujer ante la salud. Los procesos educativos relacionados con las prácticas de cuidado de la salud son los que se encuentran en la relación familiar, profesional comunitaria, así como los disponibles a través de diferentes medios y experiencias de los movimientos más allá social. Las colonas se hacen conscientes de los problemas de salud a través del diálogo, de la investigación en libros y revistas, estudios, consultas con los profesionales y el aprendizaje de diversas prácticas. De esa manera, las mujeres campesinas son capaces de evaluar las mejores prácticas de cuidado de la salud, y de mantener el proceso de transferencia de conocimientos, que se basa en las experiencias sociales que consideran más adecuadas. Los procesos educativos también están presentes durante la preparación de hombres y mujeres para el trabajo agrícola, como también, la división del trabajo basada en el género.

Descriptor: Procesos Educativos. Cuidado de la Salud. Lucha por la tierra. Las mujeres campesinas. Educación Popular.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<i>Figura 1: Localização do Assentamento Monte Alegre.....</i>	<i>53</i>
<i>Figura 2: Em destaque no mapa, os 96 lotes que compõem o Núcleo Seis do Assentamento Monte Alegre</i>	<i>55</i>
<i>Figura 3: Outdoor de identificação do Assentamento Monte Alegre VI</i>	<i>56</i>
<i>Figura 4: Fachada da panificadora.</i>	<i>59</i>
<i>Figura 5: Elizete (esquerda) e Maria (direita) compartilhando a experiência de formação da Padaria Comunitária em palestra dada aos Membros da Associação de Hortifrutis de Descalvado – SP.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 6: Maria e Iraí relendo os depoimentos e selecionando as informações que iriam compor este relatório.....</i>	<i>78</i>
<i>Figura 7: Fran e Maria aprendendo e ensinando sobre cálculos de receitas.....</i>	<i>82</i>
<i>Figura 8: Jisele preparando a massa do bolo</i>	<i>83</i>
<i>Figura 9: Elisete desenformando os bolos.....</i>	<i>83</i>
<i>Figura 10: Maria embalando os bolos</i>	<i>84</i>
<i>Figura 11: Produto final - Bolos prontos para servir</i>	<i>84</i>
<i>Figura 12: Jisele utiliza uma planta de seu quintal para curar um ferimento</i>	<i>106</i>

Sumário

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
RESUMEN	iii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	iv
APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO I - “ <i>O diálogo com a cultura popular</i> ”	14
1.1. A educação no interior das práticas sociais	14
1.2. Educação Popular.....	17
1.2.1. Educação popular e saúde.....	26
CAPÍTULO II – “ <i>A mulher do campo e o cuidado à saúde</i> ”	30
2.1. Conceito de saúde	30
2.2. A saúde da mulher camponesa na América Latina	37
2.3. As dimensões do cuidado como prática social.....	39
2.4. As práticas populares no cuidado à saúde	42
CAPÍTULO III – “ <i>A mulher do campo e a luta pela terra</i> ”	47
3.1. A luta pela terra no contexto brasileiro	47
3.2. As mulheres na luta pela terra.....	51
3.3. O Assentamento Monte Alegre.....	53
3.4. A Associação de Mulheres do Assentamento e suas conquistas.....	57
3.5. As mulheres de Monte Alegre e os caminhos que as levaram ao assentamento.....	63
CAPÍTULO IV – “ <i>A trajetória teórico-metodológica</i> ”	67
4.1. A Pesquisa em Educação	67
4.2. A pesquisa participante.....	70
4.2.1. Coleta e análise de dados	71
CAPÍTULO V – “ <i>A vida com quem vive: um mergulho no contexto</i> ”	79
5.1. O processo de inserção	79
CAPÍTULO VI – “ <i>Resultados, discussão e reflexões</i> ”	87
6.1. Saberes, práticas e processos educativos	87
CAPÍTULO VII – “ <i>Para refletir...</i> ”	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132
APÊNDICES	143
APÊNDICE A:.....	143
Termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética	143
APÊNDICE B: Roteiro de observação.....	144
APÊNDICE C: Roteiro de entrevista coletiva.....	145
APÊNDICE D: Exemplo de um trecho do Diário de Campo pintado com cores diferentes para identificar os grupos temáticos da análise dos dados.....	146
ANEXO	147
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da UFSCar.....	147

APRESENTAÇÃO

*“Os ventos do Norte
Não movem moinhos,
E o que me importa
É não estar vencido.
Minha vida, meus mortos,
Meus caminhos tortos,
Meu Sangue Latino,
Minha alma cativa...”*

*(João Ricardo
e Paulinho Mendonça)*

Nesse capítulo apresento parte de minhas trajetórias pessoal e profissional com as inquietações que fizeram parte do processo que levou à minha atual visão de mundo. Visão esta por meio da qual pude identificar algumas lacunas em meu conhecimento que possibilitaram a formulação da questão de pesquisa que orienta esse trabalho.

Conforme afirma Paulo Freire (1992), a educação é um ato político que jamais é neutro, pois contém uma intencionalidade. Consequentemente, a pesquisa não é neutra, já que pressupõe escolhas e, dependendo das escolhas que fazemos, podemos ou não contribuir para melhorar nossa convivência e a realidade em que vivemos. Assim, nem o educador, nem o pesquisador são neutros em suas ações. Adotando este ponto de vista, considero importante para o desenvolvimento desta pesquisa realizar essa apresentação contendo um pouco do que sou e como cheguei a ser quem sou. E entre tantas outras coisas sou, então, pesquisadora e educadora consciente de que minhas ações são também políticas.

Além de pesquisadora-educadora, também sou enfermeira. Interessante pensar como costumamos nos apresentar revelando o que somos profissionalmente. Farei diferente agora, porque o quê e quem sou para além destas formalidades é que me conduziu a esta pesquisa.

Antes de tudo, sou mulher, sou latino-americana e sou descendente de Indígenas do sul e do nordeste do Brasil. Nasci e cresci em Araraquara, cidade do interior de São Paulo, portanto, sou também urbana, tendo estudado em escolas particulares até a conclusão do ensino médio, o que me faz ser também da classe média. Essa compreensão atual de quem sou não se deu facilmente, ela ainda está em construção.

Minha identidade étnico-cultural se constituiu baseada nas histórias de meus avós, principalmente de meu avô materno e de minha avó paterna, filho e neta de indígenas, respectivamente. O convívio com meus avós maternos foi muito intenso por termos vivido na

mesma cidade, e muito importante para a minha formação. Minha avó materna, descendente de portugueses, nasceu na capital de São Paulo e cresceu em São Carlos, cidade onde moro há 6 anos. Já meu avô, nasceu em São Leopoldo – RS e veio para São Paulo ainda criança quando sua mãe, natural dos Sete Povos das Missões¹, faleceu.

Eles participaram da minha educação, junto aos meus pais e tios, contando histórias oriundas de nossos antepassados. Com eles aprendi sobre mitos e lendas, histórias contadas sempre com emoção. Aprendi, então, sobre a espiritualidade que transcende as relações humanas e sobre os humanos enquanto meio natural e espiritual em suas origens.

Todo esse crer, esse aprendizado, foi passado de geração em geração pela oralidade e carrega consigo a identidade de um povo que tem origem na América Latina, e cuja cultura persiste resistindo às grandes transformações da vida moderna, que têm como características a velocidade e o consumo, inclusive o consumo das informações.

Aqui destaco a importância desse convívio familiar, embora tudo o que eu tenha vivido e as pessoas com as quais convivi sejam igualmente importantes para a compreensão da pessoa que sou hoje, sendo que o que acabo de relatar trata-se de uma redução de tudo e de todos que me auxiliaram, já na infância, a me identificar como brasileira e a ter orgulho disso. Futuramente, esse sentimento facilitou o reconhecimento da minha identidade latino-americana e o desenvolvimento dessa pesquisa situada numa América Latina multicultural, humanizante, dialógica e complexa (DUSSEL, s/d).

Já o processo que me levou à compreensão de meu pertencimento étnico-racial me causa certo espanto e vários questionamentos, entre eles: Por que essas reflexões surgiram tão tardiamente? Penso que tem a ver com o fato de, na minha educação formal anterior à pós-graduação, nunca terem sido discutidas as relações étnico-raciais. E, nesse contexto escolar, eu ainda não compreendia essas relações e tinha dificuldades em perceber como as diferenças (sejam elas culturais, étnicas, raciais ou sociais) influenciavam o comportamento das pessoas.

Apesar de minha origem na ancestralidade africana nunca me ter sido revelada, tenho a pele escura, os cabelos cacheados e sempre fui julgada por este fenótipo de não-branca. A exemplo disso, posso narrar que por um período na pré-escola não tive amigos da minha idade, pois eu era a “sujinha” da classe e tinha que brincar sozinha. O mais interessante desse momento é que lembro bem que esse “movimento” de isolar uma colega partiu de uma

¹ Sete Povos das Missões é o nome que se deu ao conjunto de sete aldeamentos indígenas fundados pelos Jesuítas espanhóis no Continente do Rio Grande de São Pedro, atual Rio Grande do Sul. Compõe-se pelas reduções de São Francisco de Borja, São Nicolau, São Miguel Arcanjo, São Lourenço Mártir, São João Batista, São Luiz Gonzaga e Santo Ângelo Custódio. Os Sete Povos também são conhecidos como Missões Orientais por se localizarem a leste do rio Uruguai (**Fonte:** Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sete_Povos_das_Missoes >).

menina, também em idade pré-escolar, branca que, em um determinado dia, chegou à escola com esse discurso de que “ninguém deveria brincar com quem era escuro”. E as demais crianças acataram.

Tudo isso era bem confuso para mim, pois não me percebia diferente. Como no ensino fundamental e médio não percebi mais problemas com relação à minha cor, não pensei mais no assunto.

Ao prestar o vestibular, em 2004, fui questionada por um professor do colégio se eu iria concorrer pelas cotas. Não consegui entender porque eu deveria me inscrever no processo seletivo das Ações Afirmativas e, quando fui preencher os questionários sócio-econômicos na inscrição dos vestibulares, percebi que me faltava algo: uma identidade étnicorracial.

Minhas opções eram: branco, pardo, negro, amarelo e indígena. Chamo a atenção para o fato de todas as opções se apresentarem linguisticamente marcadas no gênero masculino, ou seja, eu não era nada. Não era homem, sabia que não era branca, nem amarela, não me identificava como negra e não podia dizer que era indígena só porque minhas bisavós o eram. Sobrou-me ser parda². A sensação de ser parda era de um vazio, como se eu não me encaixasse em lugar algum.

Hoje, percebo que faço parte da grande parcela de não-brancos do Brasil. De acordo com OLIVEIRA, F. (2004, p. 58):

Em 1940, o “quesito cor” era composto de: amarelo, branco e preto, mas havia o recurso para “cor indefinida” – que na tabulação dos dados foi denominada de “pardo” – o qual englobava: mulato, caboclo, moreno e similares que expressassem “não-brancos” e não enquadrados como amarelo ou preto.

Em 2005, ingressei na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, no curso de Graduação em Enfermagem. No primeiro ano de graduação me deparei com a formação biomédica, que valorizava muito o conhecimento técnico-científico em anatomia, fisiologia e

² *Pardo* é um termo referente a pessoas mestiças de cor entre branco e preto. É usado no Brasil para classificação de cor/raça pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Durante muitos anos vem-se usando o termo *pardo* como grupo étnico do Brasil, embora o mesmo já tenha sido substituído por *mestiços* no censo de 1890, retornando à expressão *pardo* no censo de 1940 e permanecendo até os dias atuais. O termo *pardo* é mais antigo que o Brasil: na carta de Pero Vaz de Caminha, durante a chegada dos Portugueses ao Brasil em 1500, ele relatou ao rei de Portugal que os indígenas brasileiros eram “*pardos, um tanto avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem feitos*”. Além dos *pardos afrodescendentes*, há os *mestiços caboclos* que representam o maior grupo populacional da Amazônia, além da parcela dos *nipo-mestiços*. (Fonte: Enciclopédia Mestiça. Disponível em: <<http://www.nacaomestica.org/pardo.htm>>).

bioquímica. Minha angústia e frustração foram grandes, porque a escolha pela Enfermagem se deu pelo meu interesse em contribuir socialmente, usando as habilidades que eu acreditava ter para o cuidado.

Em 2006, entrei no *Núcleo de Apoio à População Ribeirinha da Amazônia - NAPRA*³, uma ONG que visa o fortalecimento comunitário das populações tradicionais ribeirinhas, moradoras nas margens do Baixo Rio Madeira, em Rondônia.

O trabalho no NAPRA fez com que, dessa vez, me identificasse profissionalmente. Na enfermagem busquei, então, aprender mais sobre como cuidar das pessoas como um todo, e não focada apenas nas partes doentes. Procurei me aproximar dos grupos historicamente marginalizados, não por compreender sua situação de exclusão, mas por ter mais afinidade por estes. Desenvolvi, assim, projetos de pesquisa e extensão que permitiram a interação com pessoas com transtornos mentais, mulheres e crianças de periferias urbanas, populações ribeirinhas e idosos institucionalizados.

Junto com o trabalho no NAPRA, cursei a disciplina oferecida pelo Departamento de Metodologia de Ensino – DME; chamada “Educação e Saúde”, ministrada pela professora doutora Maria Waldenez de Oliveira, atualmente orientadora dessa pesquisa. Um dos objetivos da disciplina era desenvolver e aplicar metodologias participativas de educação em saúde na interação com comunidades⁴. Essas ações, juntamente com a inserção no NAPRA e posterior trabalho de campo nas comunidades da Amazônia, me proporcionaram um grande conforto com relação à escolha profissional de ser enfermeira, além de despertarem em mim o interesse em ter uma formação mais aprofundada na área da Educação.

Além disso, as inserções nas comunidades - em especial nas tradicionais - me deixavam muito à vontade. Não me sentia deslocada junto a essas comunidades e a paixão pela cultura popular só aumentava. Em paralelo a estas experiências, iniciei minhas leituras sobre Educação Popular. Com a orientação das professoras da graduação, Maria Waldenez e Aida Victoria Garcia Montrone, li algumas obras de Paulo Freire, Leonardo Boff, Carlos Rodrigues Brandão, Victor Vicente Valla, Eduardo Stotz e Eymard Mourão Vasconcelos.

Em 2007, tive a oportunidade de participar do *I Estágio Nacional Multiprofissional de Vivência em Educação Popular e Atenção à Saúde da Família – VEPASF*, promovido pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB e organizado por

³ Atualmente, o *Núcleo de Apoio à População Ribeirinha da Amazônia* é uma organização privada, sem fins lucrativos, que mobiliza estudantes universitários, profissionais e moradores de comunidades ribeirinhas para propor ações integradas voltadas às questões socioambientais da Amazônia brasileira. (Fonte: www.napra.org.br)

⁴ Fonte: ementa da disciplina *Educação e Saúde*, ofertada no curso de Enfermagem, na Universidade Federal de São Carlos, durante o primeiro semestre de 2006.

professores e estudantes desta instituição, contando com a participação do professor Eymard Mourão Vasconcelos, autor de trabalhos que já havia lido anteriormente.

O estágio acontecia na comunidade Maria de Nazaré, em João Pessoa – PB, e na universidade, onde fazíamos aprofundamentos teóricos sobre *Educação Popular e Saúde*, com o intuito de promover a *práxis*, definida por Paulo Freire (2005, p. 42) como “reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo”. Nesse estágio de vivência tive a oportunidade de me aproximar de grupos como ANEPS⁵ e ANEPOP⁶, que contribuíram para minha formação em Educação Popular.

Ainda em 2007, participei do *III Encontro Nacional de Educação Popular e Saúde* – ENEPS e, pela primeira vez, apresentei um trabalho oral compartilhando a experiência no NAPRA. O encontro favoreceu o surgimento de novas relações, com grupos e pessoas, tendo contribuído para a *práxis*⁷ do meu trabalho com o NAPRA.

O ano de 2008, ano final da graduação, foi marcado pelos sentimentos provenientes das expectativas que tinha em relação ao futuro. Nesse ano, comecei a praticar a capoeira, que é percebida por mim e por alguns autores (NOGUEIRA, 2007; ABIB, 2004) como uma prática libertadora que integra a cultura popular, a educação e o lazer. Na capoeira encontro minha fé, minha espiritualidade, meus antepassados, suas lutas e suas resistências. Ela me proporciona os meios para que fazer o que Paulo Freire chama de releitura do mundo, ou seja, uma leitura mais crítica do mundo que me forma como pessoa e que, a partir dessa visão de mundo construída no ato da leitura do mesmo, faz com que eu possa entendê-lo melhor, concluindo com isso que somos capazes de mudar o mundo pela nossa ação (FREIRE, 1989). Ainda estou conhecendo a capoeira, mesmo assim, o saber nela adquirido é de grande importância para o desenvolvimento desse trabalho e deve ser considerado. Além

⁵ ANEPS - Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde, criada em 2003 por iniciativa de movimentos e práticas de educação popular e saúde existentes no Brasil, se propõem a pensar políticas públicas para o SUS, contribuindo com as Conferências Nacionais de Saúde e participando do desenvolvimento de processos de aprender-ensinar em saúde nos estados brasileiros. Essa Articulação tem contribuído para a visibilidade e o intercâmbio das práticas populares de saúde. Iniciaram essa Articulação, em 2003, a Rede de Educação Popular e Saúde; a Direção Nacional Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM); o Movimento de Reintegração dos Atingidos pela Hanseníase (MORHAN); o Grupo de Trabalho da Amazônia (GTA) através do Projeto Saúde e Alegria; o Movimento Popular de Saúde (MOPS); o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC) e o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST). (OLIVEIRA, M. W., 2009b)

⁶ ANEPOP – Articulação Nacional de Extensão Popular promove debates sobre educação popular e a importância dos movimentos sociais e da mobilização popular, tendo sempre em vista a promoção do próximo e de sua autonomia enquanto indivíduo humano pensante. (Disponível em: <<http://estagiodevivencia.wordpress.com>>. Acesso em: 15 ago. 2011).

⁷ Assim como a *práxis* representa a ação seguida de reflexão para, posteriormente, se voltar à ação; compreendendo-a como a experiência vivida daquilo que foi teorizado. Essa experiência também é seguida de uma reflexão sobre o vivido para se pensar ou repensar as próximas experiências. Desta forma, o NAPRA colaborou para a *práxis* daquilo que aprendia na Universidade, e o ENEPS intensificou a *práxis* da vivência no NAPRA.

disso, ela fortaleceu meu sentimento de pertencimento, fator que tem favorecido a construção da minha identidade.

Ao longo desta dissertação faço uso, então, de ladainhas, quadras e corridos⁸; além de letras de outros tipos de músicas, poesias, desenhos e fotos; todos estes elementos da cultura popular que auxiliarão no diálogo que pretendo estabelecer com a leitora ou o leitor desse trabalho. Espero, assim, que esses elementos articulados possam aproximar o(a) leitor(a) daquilo que intenciono revelar em cada capítulo.

Ainda em 2008, concluí a graduação e logo comecei a trabalhar. Antes disso, já havia decidido fazer o mestrado na área da Educação por entendê-la como meio de aprofundamento em meus estudos, com especial interesse pela formação em Educação Popular.

Não ingressei no mestrado em 2009, o que possibilitou a vivência de novas experiências em um novo contexto de trabalho, totalmente desconhecido, no qual atuei como responsável técnica de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, um cargo no qual desenvolvia ações de gestão e de assistência. Minhas afinidades com o trabalho eram muitas, pois o convívio com idosos sempre me agradou; lá encontrei um grupo de homens e mulheres marginalizados(as) pela idade e excluídos(as) do convívio social no qual estavam habituados, um grupo com o qual nunca havia trabalhado, mas que já apresentava características semelhantes às de minhas experiências anteriores. Com eles e elas aprendi muito sobre a vida e o mundo, para além do que é capaz de ser dito em palavras, tendo muito a agradecer.

Mesmo já inserida no mercado de trabalho não abri mão do desejo de integrar o grupo de pesquisadores do *Programa de Pós-Graduação em Educação*, e minha experiência em comunidades tradicionais – nas quais tive a oportunidade de conhecer mulheres que apresentavam um conhecimento sobre saúde abrangente, concebendo-o desde uma percepção do contexto e de sua interferência na saúde até as ações favoráveis à manutenção desta - conduziu-me a inquietações relacionadas aos saberes destas mulheres camponesas, despertando a vontade de investigação acadêmica sobre o tema.

Motivada por este cenário, e sem compreender muito bem como essas mulheres aprendiam e ensinavam sobre saúde, elaborei uma proposta de pesquisa que deu origem a essa dissertação. Sem ter ainda o conhecimento sobre qualquer assentamento, tive o interesse em saber mais sobre as mulheres camponesas de minha região. Nesse momento,

⁸ Ladainhas, quadras e corridos são tipos de cantos entoados nas rodas de capoeira, que têm a intenção de expressar uma mensagem, contar uma história e transmitir um conhecimento. Por meio deles vê-se presente na memória dos(as) capoeiristas de hoje o registro e a transmissão do passado dessa cultura (NOGUEIRA, 2007).

pareceu-me incoerente o fato de já ter me deslocado para o norte do país, conhecendo a população que lá vive, sem ter, no entanto, qualquer conhecimento sobre a população do lugar onde moro.

Ingressei, então, no *Programa de Pós-Graduação em Educação* – PPGE/UFSCar – no ano de 2010; tendo cursado no primeiro semestre o momento inicial da disciplina *Práticas Sociais e Processos Educativos* – PSPE, além de outras disciplinas como *Pesquisa em Educação*; *Seminários de Dissertação em Processos de Ensino Aprendizagem*. No segundo semestre cursei o segundo momento da referida disciplina de *Práticas Sociais e Processos Educativos* - PSPE e a disciplina *Aportes em Africanidades*.

Destaco que as disciplinas *Aportes em Africanidades* e PSPE me estimularam a pensar criticamente minha trajetória pessoal, questionando as origens de minha identidade étnico-racial, inerentemente política e cultural.

A narrativa apresentada nessa apresentação também é fruto, portanto, das reflexões conduzidas pela professora doutora Petronilha Beatriz Gonçalves e Silva, responsável por ministrar *Aportes em Africanidades*; além de dever muito às professoras e professor de PSPE, participantes ativos na ampliação do meu olhar para o mundo e para a minha pessoa inserida nesse mundo enquanto sujeito histórico e social.

No período de agosto de 2010 a março de 2011, participei do I *Curso de Promotoras Legais Populares de São Carlos*, ofertado com a proposta central de estimular e criar condições para que as mulheres conhecessem direitos, leis e mecanismos jurídicos, tornando-se capazes de tomar iniciativas e decisões no sentido do acesso à justiça e à defesa dos direitos humanos. Este curso possibilitou a aproximação e o conhecimento de temas como violência, direitos civis, saúde da mulher e relações de gênero através de um espaço de trocas que possibilitava a reflexão crítica de cada conceito, favorecendo a construção do referencial teórico e a discussão dos dados que integrariam meu *corpus* de pesquisa.

Estabeleceu-se, então, como passo inicial da elaboração dessa pesquisa, a revisão da literatura que auxiliasse na formulação e na delimitação da questão central a ser abordada, já que a opção pelo problema a ser investigado deu-se com base nos conceitos prévios da pesquisadora. De acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998, p. 150), “O conhecimento da literatura pertinente ao problema que nos interessa é indispensável para identificar ou definir com mais precisão os problemas que precisam ser investigados em uma dada área”.

Foi com a revisão desta literatura que identificamos, então, quais eram as lacunas no conhecimento existente que mantinham relações com o problema investigado,

podendo apontar com certa propriedade quais eram as inconsistências entre os resultados de diferentes pesquisas ou entre estes e o que se observou na prática (id. *ibid.*).

Assim, foram selecionados trabalhos publicados e indexados no período de 2005 a 2009, disponibilizados integralmente on-line, sendo que no procedimento de operacionalização da revisão para esta pesquisa deram-se, então, as seguintes etapas: seleção dos descritores e das palavras-chave; elaboração dos critérios de inclusão; leitura dos títulos e dos resumos cujos títulos se aproximavam do tema de interesse; e leitura dos trabalhos que apresentavam dois ou mais descritores ou palavras-chave.

O levantamento bibliográfico foi realizado através do sistema informatizado de busca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no portal de dissertações e teses da CAPES e na página da *Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação* (ANPEd). Os descritores utilizados foram: “Mulheres camponesas”, “População Rural”, “Saúde da População Rural”, “Política de saúde”, “Promoção de Saúde”, “Gênero e Saúde”, “Identidade de Gênero” e “Práticas populares”. Além desses descritores, foram selecionadas as seguintes palavras-chave: “Assentamento”, “Assentamento Rural”, “Processos Educativos”, “Práticas Sociais”, “Medicina Alternativa”, “Educação Popular”, “Educação Popular e Saúde” e “Educação Popular em Saúde”.

Nos três bancos de dados investigados foram selecionados os trabalhos cujo os objetivos, sujeitos, metodologia e referencial teórico correspondiam aos critérios de seleção, ou seja, que investigassem temas relativos à saúde das mulheres camponesas ou que apresentassem duas ou mais palavras-chaves referentes à temática.

Em um primeiro momento, sem realizar o cruzamento dos descritores e palavras-chave, foram encontrados 354 artigos no SciELO. Após a leitura de todos os títulos levantados, foram selecionados 17 artigos. Destes, excluímos três artigos por não se enquadrarem no recorte temporal pré-estabelecido de cinco anos de publicação.

Posteriormente, realizou-se a leitura dos 14 resumos selecionados, buscando trabalhos que se aproximassem da temática proposta ao considerarmos seus objetivos, sujeitos, metodologia e referencial teórico, além da presença de duas ou mais das palavras-chave supracitadas. Verificou-se, então, que sete artigos se enquadravam nos critérios de seleção propostos nesta revisão, sendo selecionados para leitura na íntegra.

No portal da CAPES foram encontradas 22 publicações entre teses e dissertações. Após a leitura dos 22 títulos e resumos, selecionou-se uma tese de doutorado, quatro dissertações de mestrado e uma dissertação de nível profissionalizante para comporem esta revisão.

Para a realização do levantamento dos trabalhos apresentados nos *Encontros da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação* (ANPEd) optou-se pela seleção dos seguintes Grupos de Trabalho (GTs): Movimentos Sociais e Educação; Educação Popular; Gênero, Sexualidade e Educação. No período estipulado para a revisão foram apresentados 219 trabalhos ao todo. Posteriormente à análise de títulos, apenas dois destes trabalhos se adequaram aos critérios de seleção e compuseram a revisão dessa pesquisa.

De acordo com suas especificidades foi possível, então, classificar todos os materiais lidos em três grupos temáticos:

No *primeiro grupo temático* encontram-se quatro artigos e uma publicação em congresso que buscam conhecer melhor as condições de saúde dos sujeitos que residem e trabalham no campo por meio de investigações que valorizam e reconhecem a cultura popular e, em especial, aquela advinda do meio rural; no *segundo grupo temático* estão dois artigos, uma tese, duas dissertações de mestrado e uma profissionalizante que investigam as práticas populares de cuidado em saúde, valorizando novamente o saber popular; e o *terceiro grupo temático* apresenta-se com um artigo, duas dissertações de mestrado e uma publicação em congresso que investigam o protagonismo das mulheres, com destaque para aquelas que estão inseridas no contexto de luta pela terra.

Em uma revisão das políticas brasileiras de atenção à saúde da mulher camponesa (BRASIL, 2004; 2007a) é possível notar que se priorizam a atenção à saúde sexual e reprodutiva, assim como a diminuição dos agravos à saúde decorrentes do trabalho no campo. Segundo Faria (2005, p. 34):

Os serviços voltados para as mulheres se concentram no seu papel de mãe. Muitas das políticas de saúde para as mulheres estão classificadas como materno-infantis e, portanto, priorizam o cuidado com a criança. Não vêem a mulher como sujeito de direitos, enquanto as políticas que incidem sobre os homens, tradicionalmente, estão voltadas para a garantia do emprego e da infraestrutura para sua manutenção ou circulação das mercadorias.

Historicamente, a saúde da mulher foi incorporada às políticas brasileiras de saúde nas primeiras décadas do século XX sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, concebiam a mulher baseados em suas especificidades biológicas e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Tais programas foram criticados pelo movimento feminista em função de sua perspectiva reducionista no tratamento da mulher. Nesse período, os programas (BRASIL,

2004) só garantiam o acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, não prevendo nenhuma assistência na maior parte da vida das mulheres.

No ano de 1991 o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*, do Ministério da Saúde, que objetivava prestar assistência materno-infantil, desvincula-se do *Programa da Criança* entendendo que, apesar da importância destes cuidados, esta política já se mostrava insuficiente ao deixar de prever a garantia dos direitos à saúde *integral* das mulheres e das crianças.

Ainda assim, as políticas voltadas para as mulheres não consideravam fatores sociais, econômicos ou culturais, e as desigualdades nas relações de gênero se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fez-se necessário propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população (BRASIL, op. cit.).

Em 2004 elaboraram-se, então, os *Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, prevendo novas ações que incluíssem a atenção às mulheres rurais, com necessidades especiais, negras, indígenas, presidiárias e/ou com diferentes orientações sexuais, garantindo também sua participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (BRASIL, id. ibid.).

Foi esta a primeira política nacional, encontrada na revisão da literatura, que considera as particularidades da mulher camponesa ao propor ações de saúde. No entanto, não encontramos propostas mais específicas de atuação no campo, justificadas pela afirmação de que “poucos estudos enfocam os problemas de saúde da mulher trabalhadora e residente em assentamentos e acampamentos rurais, o que dificulta a criação de ações adequadas a essa realidade” (BRASIL, 2007a).

Conclui-se, ao final desta revisão da literatura, que há um crescente interesse em se investigar os conceitos, os saberes, as práticas e os processos educativos relacionados à vida no campo. Em sentido contrário, porém, verifica-se uma carência de estudos que investiguem as condições de saúde no campo a partir das perspectivas das mulheres camponesas.

A revisão também aponta a importância de se pesquisar as atividades desenvolvidas pelas mulheres camponesas na área da saúde, a fim de contribuir para o fortalecimento de suas práticas e favorecer a criação de políticas públicas apropriadas para atender suas reais necessidades.

Ciente da importância da participação popular na transformação da realidade, minha inquietação passou a relacionar-se com os meios pelos quais poderia contribuir para a

melhoria da qualidade de vida das mulheres camponesas. Concluí, portanto, que precisaria conhecer e divulgar o *saber de experiência* das mulheres camponesas sobre saúde e educação.

Tendo definido como **objeto desse estudo** os *processos educativos de mulheres camponesas acerca de saúde*, elaborei a seguinte **questão de pesquisa**: “*Quais são os saberes e as práticas de saúde das mulheres camponesas e os processos educativos por elas desencadeados?*”.

A presente pesquisa tem, então, como **objetivo**: conhecer a compreensão atribuída por essas mulheres à “saúde”, identificando as práticas sociais de cuidado com a saúde e os processos educativos por elas desencadeados.

Para o aprofundamento dos estudos e ancoragem teórica desta pesquisa vali-me das áreas de *Educação Popular e Educação Popular e Saúde*. O referencial metodológico adotado foi o da pesquisa participante, que tem como princípio fundamental uma forma de participação onde todos – pesquisadores e população – são sujeitos de um mesmo processo de exercício de cidadania que visa à transformação social (BRANDÃO, C. R., 1981).

A pesquisa desenvolveu-se no Assentamento Monte Alegre VI, interior de São Paulo, com a participação de doze mulheres residentes ou trabalhadoras desse local.

Na coleta de dados realizou-se, portanto, um cuidadoso processo de inserção ao me aproximar de um grupo de mulheres da Associação de Mulheres do Assentamento Monte Alegre, trabalhadoras na Panificadora Comunitária do assentamento, o que me levou a participar do trabalho na produção de pães e bolos junto a elas.

Realizaram-se observações de natureza participante para conhecer o cotidiano do assentamento, com dados coletados e registrados no formato de diário de campo no qual busquei descrever a rotina do local, sua política organizacional e a cultura de trabalho, além da realidade percebida da vida dos assentados, com especial atenção às mulheres assentadas. Além disso, realizaram-se também uma entrevista coletiva na qual conversamos sobre saúde, cuidados e processos educativos; uma entrevista com duas mulheres sobre o histórico de formação da Associação e uma reunião de planejamento de futuras ações no local.

Ainda por esse viés de caráter participativo, entendemos que participação se dá em todas as etapas dessa pesquisa, incluindo a interpretação e a análise dos dados, o que fez com que as mulheres participantes – em suas diferentes trajetórias acadêmicas ou populares – contribuíssem na construção dos resultados de pesquisa, validando também os dados coletados.

A seguir, apresentamos o que será abordado nos capítulos dessa dissertação.

O **Capítulo I** trata do CONCEITO DE EDUCAÇÃO, apresentando o que se entende por práticas sociais, processos educativos e saberes de experiência, junto ao que se passou a conceber sobre *Educação Popular* e *Educação Popular e Saúde*; sendo que a intenção de aquisição de um conhecimento específico sobre outra realidade – a da mulher na luta pela terra, problematizando sua prática cultural através do diálogo – conduziu à adoção do referencial teórico da *Educação Popular* como norteador para essa pesquisa.

O **Capítulo II** trata do CONCEITO DE SAÚDE a partir da apresentação da concepção adotada, contextualizando-a ao cenário da mulher do campo no Brasil por meio da exposição das práticas sociais do cuidado à saúde e caracterização das práticas populares de saúde.

O **Capítulo III** aborda o CONTEXTO DA PESQUISA E DOS SUJEITOS DA PESQUISA por meio de comentários sobre a história da luta pela terra no Brasil e a história das mulheres nessa luta; descreve a história da população do Assentamento Monte Alegre VI e da Associação de Mulheres a partir do discurso dos sujeitos e de revisões bibliográficas, meios pelos quais se pretende apresentar as participantes da pesquisa, suas histórias de vida e os caminhos que as levaram ao assentamento; e inclui o diagnóstico preliminar que identifica a estrutura social da população, o ponto de vista dos indivíduos e dos grupos envolvidos, assim como os dados socioeconômicos e tecnológicos da região.

O **Capítulo IV** apresenta O REFERENCIAL E O PERCURSO METODOLÓGICOS estabelecidos, uma vez que esta pesquisa localiza-se dentro da metodologia qualitativa, pretendendo captar os significados que as mulheres do assentamento atribuem a algo na sua vida cotidiana, ou seja, os significados atribuídos à saúde enquanto meios viabilizadores da identificação das atitudes e ações dependentes destes significados ou, em outras palavras, as práticas de cuidado e os processos educativos por elas desencadeados; contextualiza-se ainda a pesquisa em Educação e apresenta-se a abordagem metodológica adotada – pesquisa participante – junto às descrições das metodologias de coleta e análise dos dados adotadas.

A descrição da COLETA E ANÁLISE DOS DADOS integra o **Capítulo V**, espaço no qual se descreve o processo de inserção no campo de pesquisa e as percepções sobre os temas saúde, prática social do cuidado à saúde e processos educativos desencadeados por essa prática social.

Na tentativa de responder à questão de pesquisa e de concretizar os objetivos, apresentam-se no **Capítulo VI** os RESULTADOS E DISCUSSÃO dessa pesquisa através do compartilhamento de algumas reflexões sobre o que foi vivido, pautadas no referencial teórico

que embasa esse trabalho e em outros estudos acadêmicos sobre as questões levantadas na análise dos dados.

Por fim, no **Capítulo VII**, CONSIDERAÇÕES FINAIS, compartilham-se outras reflexões sobre a maneira como se deu o processo de pesquisar, as expectativas da pesquisadora e os apontamentos pertinentes para as próximas investigações.

CAPÍTULO I - “O diálogo com a cultura popular”

*“Menino, quem foi teu mestre?
Meu mestre foi Salomão,
A ele devo saber
Saúde e obrigação.
Sou discípulo que aprendo,
Sou mestre que dou lição,
O segredo de São Cosme
Só quem sabe é São Damião”.*

(Ladainha de capoeira - DP)

1.1. A educação no interior das práticas sociais

O sentido de práticas sociais utilizado nessa pesquisa é o de um conjunto de ações desenvolvidas por um ou mais grupos que compartilham uma mesma cultura, visando à transformação e/ou manutenção da realidade em que vivem. Lembrando que esta realidade, de acordo com Freire (1981, p. 35), “é algo mais que fatos ou dados tomados mais ou menos em si mesmos. Ela é todos esses fatos e todos esses dados e mais a percepção que deles esteja tendo a população neles envolvida”.

Tais práticas sociais podem ser identificadas, então, como sendo os costumes, as tradições, os eventos, as crenças, os trabalhos, os movimentos sociais, etc., através dos quais se manifestam as peculiaridades da cultura de quem os pratica, possibilitando que seus grupos ou praticantes resistam às formas de opressão social e cultural às quais são submetidos.

Para Oliveira, M. W. et al (2009, p.4), as práticas sociais decorrem, portanto, de interações e são ao mesmo tempo geradoras destas interações entre os indivíduos e entre estes e os ambientes natural, social e cultural em que vivem, “[desenvolvendo-se] no interior de grupos, de instituições, com o propósito de produzir bens, transmitir valores, significados, ensinar a viver e a controlar o viver, enfim, manter a sobrevivência material e simbólica das sociedades humanas”. Assim,

as práticas sociais nos encaminham para a criação de nossas identidades. Estão presentes em toda história da humanidade, inseridas em culturas e se

concretizam em relações que estruturam as organizações das sociedades. Permitem que os indivíduos e a coletividade se construam. Delas participam pessoas de diferentes gêneros, crenças, culturas [...] Participam pessoas com diferentes percepções e conhecimentos, em diferentes processos de trabalho e lazer, em diferentes espaços, escolares e não escolares. (id. *ibid.*, p:6)

Nas práticas sociais promove-se, portanto, a formação para a vida na sociedade por meio dos processos educativos que desencadeiam. Ao identificar e valorizar processos educativos em práticas sociais, voltamos um olhar crítico ao estabelecido monopólio pedagógico dos sistemas educacionais escolares e acadêmicos que ambicionam deter o único meio pedagógico capaz de educar.

O processo educativo pode ser compreendido, assim, como a forma pela qual se processa a educação de grupos ou indivíduos. Educação esta que pode ser escolar, ao considerar seus métodos de ensino e sistemas de avaliação da aprendizagem, ou não, iniciando-se antes da escolarização nas relações estabelecidas com o mundo. Logo, os processos educativos são determinados por fatores sociais, políticos e pedagógicos adequados ao contexto histórico-social do educando.

Percebemos nestes processos educativos desencadeados pelas práticas sociais a possibilidade de preservação do saber pela experiência, uma vez que:

os sujeitos que participam de tais práticas interconectam o aprendido em uma prática com o que estão aprendendo em outra, ou seja, o aprendido na casa, na rua, nas quadras comunitárias, nos bares [...] em todos os lugares por onde cada um transita, serve como ponto de apoio e referência para novas aprendizagens, inclusive aquelas que a escola visa proporcionar. (id. *ibid.*, p. 9)

Para Fiori (1986, p.9), toda cultura é aprendizado e o verdadeiro aprendizado “é participação ativa, comprometida no processo histórico cultural”. O Processo educativo, portanto, é o processo histórico através do qual os sujeitos – homens e mulheres – se reproduzem, produzindo o seu mundo. Para o autor: “Todos que colaboram na produção deste [mundo], deveriam reencontrar-se, no processo, como sujeitos de sua própria destinação histórica, autores de sua existência” (op. cit., p. 10). Portanto, as pessoas não podem libertar-se enquanto não protagonizarem sua história, enquanto não tomarem sua existência em suas próprias mãos. Isso, afirma Fiori (1986, p. 3), conduz à dinâmica da conscientização; reverberando em Paulo Freire (1986) ao se acreditar que o processo educativo inicia com a tomada de consciência, por parte do sujeito, da condição em que se encontra e na qual se encontram seus semelhantes.

“Em sua dinâmica, o homem se faz, aprendendo a refazer-se, aprendendo a humanizar-se e a libertar-se. Cultura autêntica é aprendizado e aprendizado é conscientização”, no entanto, “Ninguém aprende o que se lhe ensina: cada um aprende o que aprende” (FIORI, 1986, p. 9), e os processos educativos, por sua vez, se dão nessa dinâmica de aprender a refazer-se, humanizar-se e libertar-se continuamente.

Tais processos podem acontecer no encontro com o outro, quando ambos educam e aprendem numa relação dialógica em que aquele que ensina aprende enquanto o outro lhe ensina também aprendendo. Não é possível, então, quantificar o quanto, o quê ou o como o outro aprendeu, pois sabemos apenas o que estamos aprendendo e que nosso aprendizado será diferente do aprendizado do outro, por partir de nossas referências anteriores, levando-nos a assimilar aquilo que mais nos faz sentido de acordo com nossas próprias experiências.

Nesta relação dialógica, entretanto, não nos encontramos apenas com o outro sujeito, mas também com o seu mundo, reencontrando a nós mesmos através desse outro. Tal encontro, segundo Fiori (1986, p.5), “não é um começo no tempo, é a origem permanente de onde, permanentemente, brota esse processo temporalizador em que o homem busca refazer-se” sendo, portanto, sujeito de um mundo de objetos, uma subjetividade encarnada numa objetividade na qual “a comunicação das consciências (a intersubjetividade) supõe um mundo comum. [Pois] Se cada um constituísse seu mundo, esse não poderia ser a mediação para o encontro das consciências”.

Assim, “a conscientização é um processo consciente e inacabado, como o homem” (id. *ibid.*, p.10). Assim, homens e mulheres que lutam para obter condições de renovação, ao obtê-las devem renová-las para renovar-se. Nesse sentido, a luta contra a dominação só alcança seus fins ao romper com as estruturas para dar surgimento a uma nova pessoa, um novo sujeito que, para se realizar, exige a mediação de um mundo novo, mundo este que requer, por sua vez, novas experiências e novos saberes.

Tais saberes abrangem (FEITOSA, 2009) a subjetividade do sujeito, traduzida em uma forma de como este se relaciona e convive com o outro. Sendo o *saber de experiência*:

[...] um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo) (LAROSSA-BONDÍA, 2002, p. 27).

Os saberes de experiências são, assim, adquiridos “no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece” (id. *ibid.*, p. 27).

Tal atitude se traduz em uma forma de saber lidar com sua realidade e de como se dispor para esta realidade:

O saber de experiência sublinha, então, sua qualidade existencial, isto é, sua relação com a existência, com a vida singular concreta de um existente singular e concreto. A experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida (*loc. cit.*).

Larossa-Bondía (2002, p. 27) define o saber de experiência como “aquele que se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana”. Fiori (1986, p. 8), lembra-nos que “a cultura é um processo vivo de permanente criação: perpetua-se, refazendo-se em novas formas de vida.” Para o autor, então, o saber da cultura é a cultura que se faz mediante um fazer reflexivo, “(...) é a cultura que se sabe. Pois o saber não deveria nunca desligar-se da função humanizadora da cultura. Só o saber não liberta o homem, porém, seu correto exercício não poderia perseguir outro fim”.

Concordamos, portanto, com Dussel (*s/d*) e Fiori (1986) quando orientam sobre a necessidade de valorizarmos esses conhecimentos que partem da experiência dos historicamente marginalizados, ressaltando sua luta, sua resistência.

1.2. Educação Popular

A construção teórica e conceitual da Educação Popular está situada histórica e socialmente na América Latina. Para compreender o que é Educação Popular, tomarei como ponto de partida, a conjuntura político-social da América Latina, no final do Século XIX, conforme narra Weinberg (1984):

En toda América Latina, y sobre todo a partir de los años posteriores a la Reforma no México y a la Organización en Argentina, se intensificaron los esfuerzos por incorporar un número creciente de personas al ámbito generosamente llamado ‘civilización’. (*op. cit.*, p. 149)

Nesse período havia, então, um esforço (WEINBERG, 1984; VASCONCELOS, V., 2002) para integrar os países latino-americanos e consolidar os Estados

nacionais. De acordo com Vasconcelos (2002, p. 18), “tal esforço parecia poder ser alcançado através do acesso ao maior número de pessoas a uma educação proporcionada pelos Estados nacionais”.

No Brasil, a proclamação da independência em 1822 marca o início das manifestações em favor da Educação Popular. No entanto, a falta de participação popular impediu maiores avanços na estruturação educacional brasileira (id. *ibid.*). A transformação deste cenário iniciou-se apenas na primeira metade do século XX, com as manifestações sociais articuladas pelos jovens estudantes contra os governos da Primeira República (REGO; MARQUES, 2005).

As experiências de artistas da Semana de Arte Moderna (1922, São Paulo), como Anita Malfatti e Mário de Andrade, também são exemplos que marcam essas mudanças. Esses artistas passaram a orientar classes de Arte em São Paulo e no Rio de Janeiro, respectivamente, apoiados nas ideias de livre-expressão em que reconheciam, então, o conhecimento natural das crianças (BACARIN, 2005) sobre as expressões artísticas, iniciando um movimento de mudança do paradigma educacional. Posteriormente, o “Movimento Escola Nova”, difundido principalmente por Anísio Teixeira⁹, proporcionou também subsídios para as reformas educacionais brasileiras de 1927 a 1935 (FONSECA da SILVA, 2005; PINHEIRO, 2008).

Em 1944, no Rio de Janeiro, surge o Teatro Experimental do Negro (TEN) propondo-se a resgatar os valores da cultura negro-africana degradados e negados por uma sociedade dominante que, desde os tempos da colônia, se comportava conforme sua formação metropolitana européia, imbuída de conceitos pseudo-científicos sobre a inferioridade da raça negra. Propunha-se o TEN a trabalhar pela valorização social do negro no Brasil, através da educação, da cultura e da arte (NASCIMENTO, 2004).

Inicialmente, o TEN alfabetizava seus primeiros participantes recrutados entre operários, empregados domésticos, favelados sem profissão definida e modestos funcionários públicos. Nesse processo de alfabetização era proposto um espaço de reflexão que estimulasse o participante a se enxergar no mundo e a enxergar o espaço que ocupava o grupo afro-brasileiro no contexto nacional. Não interessava ao TEN aumentar o número de monografias e outros escritos, nem deduzir teorias, importando sim a transformação qualitativa da interação social entre brancos e negros. Porém, a criação do TEN provocava indignação nos setores

⁹ Responsável pela criação do Centro Brasileiro de Pesquisa Educacionais (CBPE), na década de 1950, primeiro projeto de institucionalização da pesquisa em educação no Brasil.

dominantes da sociedade que se manifestavam, por meio da imprensa, contra as atividades do movimento que se iniciava. De acordo com NASCIMENTO (op. cit., p. 210):

Mesmo os movimentos culturais aparentemente mais abertos e progressistas, como a Semana de Arte Moderna, sempre evitaram até mesmo mencionar o tabu das nossas relações raciais entre negros e brancos, e o fenômeno de uma cultura afro-brasileira à margem da cultura convencional do país.

Contudo, o Teatro Experimental do Negro persistiu visando estabelecer o teatro como um fórum de idéias, debates, propostas e ações visando à transformação das estruturas de dominação, opressão e exploração raciais implícitas na sociedade brasileira dominante, nos campos de sua cultura, economia, educação, política, meios de comunicação, justiça, administração pública, empresas particulares, vida social e assim por diante. Uma iniciativa que ajudasse a construir um Brasil melhor, efetivamente justo e democrático, onde todas as raças e culturas fossem respeitadas em suas diferenças, mas iguais em direitos e oportunidades (id. *ibid.*, 2004).

Nesse período, o contexto político nacional foi marcado pelo processo de industrialização e pelo êxodo das populações do campo para as grandes cidades, o movimento era a favor da instrução da população para atender as demandas da indústria iniciada na década de 1930. Em 1947, com o fim da ditadura de Vargas, o governo lança a Campanha de Educação de Adultos visando à alfabetização da população. A campanha se extinguiu no final da década de 1950 devido ao fracasso nas iniciativas em comunidade rurais. Paralelamente às ações governamentais, surgiram os movimentos de educação e cultura popular concentrados, em maior número e expressividade, na região Nordeste do país (PINHEIRO, 2008).

A década de 60 foi marcada pelo governo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek (1956 a 1961), caracterizado “por acelerar a ocupação do espaço produtivo nacional através do recurso estrangeiro sem a preocupação com o empresariado nacional” (VASCONCELOS, V., 2002, p. 22):

O caráter populista do governo se demonstrava através de promessas de futuro melhor e em seu discurso o progresso do país traria frutos para todos os cidadãos, tais como empregos, melhores salários, educação, saúde, etc., o que representava a meta do desenvolvimento.

Iludida com tais promessas, a população sente-se frustrada com o aumento da inflação que levou à crise econômica no país. Os grupos populares que começavam a se

organizar iniciam suas manifestações, e “o movimento popular, por sua vez, não chegava a delinear uma proposta alternativa à crise. Era ao mesmo tempo palco e audiência daqueles setores que nele buscavam força e justificativa para suas respectivas propostas” (BEZERRA, 1984, p. 20).

Após a renúncia de Jânio Quadros, inicia o governo de João Goulart (1961 a 1964), quando surgem o Movimento de Educação de Base (MEB), criado em 1961 pela Confederação Nacional de Bispos do Brasil (CNBB); as campanhas de alfabetização popular; os centros populares de cultura (CPCs); os movimentos populares de cultura (MPCs); além dos movimentos camponeses (VASCONCELOS, V., 2002; STRECK, 2010).

O início das mobilizações populares por direitos como a educação foi um marco na história da educação popular no país. Foi nessa fase que o educador Paulo Freire modificou o caráter alfabetizador da educação popular e passou a trabalhar também com a conscientização crítica e libertadora.

Streck (2010) destaca a ação político-pedagógica do projeto de Paulo Freire em Angicos, no Rio Grande do Norte, em 1963. De acordo com Vasconcelos e Oliveira (2009, p.138) “a divulgação dos resultados desse trabalho – trezentos trabalhadores alfabetizados em quarenta horas – impressionou profundamente a opinião pública”.

Com o golpe militar de 1964 (VASCONCELOS, V. 2002), os programas de alfabetização e educação popular que se multiplicaram no período entre 1961 e 1964 foram vistos como uma grave ameaça à ordem e seus promotores duramente reprimidos.

Em junho de 1964 Paulo Freire é preso e acusado de “subversivo internacional”, “traidor de Cristo e do povo brasileiro”, entre outras levandades; essa prisão durou 70 dias e, depois disso, cansado de viver sob vigilância rigorosa e ter que responder a inquéritos incessantes, resolveu optar pelo exílio (GADOTTI, 1989 apud VASCONCELOS, V., 2002, p. 28).

O governo só permitiu a realização de programas de alfabetização de adultos assistencialistas e conservadores (PINHEIRO, 2008) até que, em 1967, ele mesmo assumiu o controle dessa atividade lançando o Movimento Brasileiro de Alfabetização – Mobral.

Nos anos seguintes ao exílio de Freire, a Ditadura Militar fez com que, no Brasil, o movimento da Educação Popular declinasse e, praticamente, se extinguisse. Somente na década de 80, com o início da abertura política, novas iniciativas começaram a despontar. (VASCONCELOS, V., 2002, p. 31)

O Brasil vivia a abertura política, pós-regime militar, e esse período seria marcado pela crescente modernização da agricultura, concentração de terras, expulsão dos pequenos agricultores de suas terras e conseqüente êxodo rural. Nesse contexto, vários grupos se organizavam na luta pela terra e, dessa articulação, surge o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra – MST. Sobre os processos educativos do MST, Streck (2010, p.304) afirma que:

(...) os próprios movimentos criam estratégias pedagógicas muito efetivas. A prática do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) de visitar cidades e estabelecer diálogo com igrejas, entidades e órgãos públicos certamente contribuiu para que, apesar das repressões, se encontrasse disseminado na opinião pública um reconhecimento de justiça na causa da luta dos trabalhadores sem-terra. (STRECK, 2010, p. 304)

Com relação à governabilidade dos movimentos sociais e às parcerias estabelecidas entre estado e movimento sem terra na realização de seus programas de formação, Streck (op. cit., p. 308) nos contextualiza dizendo que “o MST resiste à escolarização dentro do sistema de ensino dito regular, mesmo que seja na zona rural, uma vez que o objetivo é preparar as crianças e os jovens para o trabalho no campo, mas também para a continuidade da luta pela justiça social”.

Com relação ao seu caráter educacional, aponta duas faces dos movimentos sociais para as quais os estudos devem dar importância:

Por um lado, procura-se compreender a pedagogia dentro do movimento, no sentido de potencializar os processos ali desenvolvidos e extrapolar as lições para outros lugares pedagógicos, com base no pressuposto de que ali ocorrem aprendizagens que podem servir de referência para outros contextos pedagógicos. Por outro lado, outra dimensão dos estudos é o movimento, em si, como um momento pedagógico para a sociedade (id. *ibid.*, p.304).

Streck (2010, p. 301) diz ainda que “esses movimentos transcenderam o controle estatal e imiscuíram-se na sociedade civil, aprofundando suas raízes”. Segundo o autor, uma das razões para isso teria sido “a visão da educação como integrada à cultura enquanto expressão criativa de homens e mulheres”. A cultura popular, então, “como uma forma de luta popular surgida nesse período histórico - subordinava outra manifestação de movimento de massas: a *Educação Popular*” (VASCONCELOS, V., 2002, p. 26, grifos da autora).

Em 1980, após permanecer no exílio por 16 anos, Paulo Freire volta ao Brasil e em 1989, assume a Secretaria de Educação da prefeitura de São Paulo. A partir da reflexão sobre a construção histórica da Educação Popular no Brasil, Vasconcelos e Oliveira (2009, p.139) concluem que:

A construção teórica e metodológica da Educação Popular elaborou-se no compromisso com a construção de uma sociedade mais justa, articulado com a ação de construção desta sociedade, mediante uma prática emancipatória, libertadora, capaz de propiciar aos educadores populares uma práxis libertadora. Ela sedimentou as bases de uma teoria do conhecimento, a qual nos permite compreender os processos de ensinar e aprender no diálogo entre os sujeitos de conhecimento, na superação da contradição educador-educando.

Torres (1988, p.17), na tentativa de definir o que vem a ser Educação Popular, apresenta uma diversidade de posturas e conceitos, encontrando consensos em torno de alguns elementos desse campo, dos quais ela destaca:

Seu caráter político-pedagógico: a Educação Popular vem se definindo basicamente como uma prática pedagógico-política. Quer dizer, como uma prática social que, trabalhando fundamentalmente com o conhecimento, tem uma intencionalidade e um objetivo políticos. Dessa maneira, a Educação Popular se firma ao mesmo tempo como uma forma renovada de fazer política e uma forma alternativa de fazer educação.

Apesar de haver concordâncias sobre seu caráter político-pedagógico, diz que há diferenças sobre a maneira de conceber “o pedagógico” e “o político”, embora encontre algumas coincidências:

no sentido de conceber-se a Educação Popular como um espaço e uma ferramenta educativa destinada a potenciar a capacidade dos grupos populares de converter-se em sujeito de seu próprio processo educativo e de seu próprio destino, fazendo da educação um instrumento a serviço de sua libertação cultural, política e social. (id. *ibid.*, p. 18).

Em sua obra *Ação Cultural para Liberdade*, publicada em 1981, Paulo Freire apresenta uma proposta de educação preocupada com a conscientização dos oprimidos para a libertação cultural, política e social do que lhes oprimem. Ao distanciar-se de seus opressores, os oprimidos os objetivam, “identificando-os, reconhecendo-os, então como seus antagonistas” (FREIRE, 1981, p. 44). Nesse sentido, o autor aponta que:

Na medida, porém, que a introjeção dos valores dos dominadores não é um fenômeno individual, mas social e cultural, sua extrojeção, demandando a transformação revolucionária das bases materiais da sociedade, que fazem possível tal fenômeno, implica também numa certa forma de ação cultural. Ação cultural através da qual se enfrenta culturalmente a cultura dominante. Os oprimidos precisam expulsar os opressores não apenas enquanto presenças físicas, mas também enquanto sombras míticas, introjetadas neles. A ação cultural e a revolução cultural, em diferentes momentos do processo de libertação, que é permanente, facilitam essa extrojeção. (loc. cit.).

Na definição de Fiori (1986, p. 7-9), cultura é aquela que “se diversifica e se determina pela forma particular de vida de um grupo humano, no qual se reconstitui a forma do homem – sua forma histórica [...] um processo vivo de permanente criação”, ou seja,

(...) cultura é o mesmo processo histórico em que o homem se constitui e reconstitui, em intersubjetividade, através da mediação humanizadora do mundo. O processo de cultura, portanto, implica dialeticamente, aperfeiçoamento pessoal e domínio do mundo: ao separar cultura e civilização, formação do homem e transformação do mundo, o homem se divide internamente e o mundo deixa de ser mediação humanizadora.

Nesse sentido, Dussel (s/d, p.214) apresenta a cultura popular como “a noção chave na ‘pedagogia da libertação, [pois] somente ela é o fundamento do projeto de libertação, projeto eticamente justo, humano, alterativo. O filho, a criança, no lar e na relação pai-filhos, participa destas culturas”.

Diferente da cultura de massa e da cultura erudita, descritas por Bosi (1992, p. 308), respectivamente, como aquela que “está diretamente relacionada ao mercado de bens e de consumo” e aquela “centralizada no sistema educacional (e principalmente nas universidades)”; a cultura popular “corresponde aos modos de vida materiais e simbólicos do sertanejo ou interiorano e do cidadão pobre suburbano, ainda não assimilado pelas estruturas simbólicas da cidade moderna”. Assim, afirma o mesmo autor:

Cultura popular implica modos de viver: o alimento, o vestuário, a relação homem - mulher, a habitação, os hábitos de limpeza, as práticas de cura, as relações de parentesco, a divisão das tarefas durante a jornada e, simultaneamente, as crenças, os cantos, as danças, os jogos, a caça, a pesca, o fumo, a bebida, os provérbios, os modos de cumprimentar, as palavras tabus, os eufemismos, o modo de olhar, o modo de sentar, o modo de andar, o modo de visitar e ser visitado, as romarias, as promessas, as festas de padroeiro, o modo de criar galinha e porco, os modos de plantar feijão, milho e mandioca, o conhecimento do tempo, o modo de rir e de chorar, de agredir e de consolar [...] (op. cit., p. 317).

Na perspectiva da Educação Popular, portanto, esta pesquisa investiga as práticas de cuidado com a saúde das mulheres camponesa, reconhecendo a importância de cada prática e de cada cultura. Não se promoveu uma *invasão* cultural ao realizar a inserção e a coleta de dados, pois a atitude da pesquisadora não foi a de levar informações sobre saúde ou hábitos saudáveis ou qualquer orientação que, de seu ponto de vista, fosse mais adequada para aquela cultura. O que se intentou foi promover um diálogo respeitoso com a cultura da população camponesa, num processo de ações dialógicas que resultaram numa troca de saberes entre as pessoas envolvidas. Mulheres do campo e mulher da cidade, com seus conhecimentos oriundos de diferentes fontes e formações pessoais e profissionais distintas, dialogaram sobre saúde, práticas de cuidado, processos educativos, entre outras coisas. Sobre a importância do diálogo na manutenção de boas relações, encontramos amplas discussões nas obras de Paulo Freire e outros autores citados a seguir:

Se é dizendo a palavra com que, “*pronunciando*” o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens. Por isso, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que 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 torna-se simples troca de idéias a serem consumidas pelo permutante (FREIRE, 1987, p.45, grifo do autor).

Para Oliveira e Stotz (2004), “O diálogo se dá no encontro entre seres humanos que pronunciam o mundo e o re-pronunciam após problematizá-lo, um ato de criação e recriação”, um encontro que deve permitir que todos os sujeitos problematizem e pronunciem sua criação, não bastando, portanto, que as partes se deparem fisicamente uma com a outra (FIORI, 1986), sendo preciso haver uma postura dialógica e uma relação horizontal entre os sujeitos que possibilitem o verdadeiro diálogo. Segundo Freire:

Ao fundar-se no amor, na humildade, na fé nos homens, o diálogo se faz uma relação horizontal, em que a *confiança* de um pólo no outro é consequência óbvia. Seria uma contradição se amoroso, humilde e cheio de fé, o diálogo não provocasse este clima de confiança entre seus sujeitos. Por isso inexiste esta confiança na antidialógica da concepção “bancária” da educação (grifo do autor FREIRE, 1987, p.46).

Nesta perspectiva, a Educação Popular se constitui e se revela enquanto atitude de relação que comporta o afeto – no sentido mesmo do ato que toca o outro – e cuja proximidade pode provocar tanto a solidariedade de uns como a resistência de outros quando não se realiza de forma humilde e cautelosa.

Para Freire (1987, p. 78), “assim como a ação antidialógica, de que o ato de conquistar é essencial, é um simultâneo da ação real, concreta, de opressão, a ação dialógica é indispensável à superação revolucionária da situação concreta de opressão”.

O autor completa:

O antidiálogo se impõe ao opressor, na situação objetiva de opressão, para, pela conquista, oprimir mais, não só economicamente, mas culturalmente, roubando ao oprimido conquistado, sua palavra também, sua expressividade, sua cultura. (loc. cit)

Nesse sentido, a educação bancária não permite o diálogo, e o educador, ao invés de favorecer a criticidade, se torna o opressor, sujeito da ação antidialógica. “O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem” (id. *ibid.*, p. 34).

A educação bancária é, portanto, aquela “para qual educação é o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos, não se verifica nem pode verificar-se esta superação” (loc. cit.).

Diante disso, a Educação Popular é concebida como uma alternativa ao modelo bancário de educação, pois se compromete com a prática de uma educação problematizadora. Segundo Freire (id. *ibid.*, p. 34-39), enquanto a educação bancária “nega a dialogicidade como essência da educação e se faz antidialógica”, a educação problematizadora, para superar a contradição, “afirma a dialogicidade e se faz dialógica”. A razão de ser da educação problematizadora, libertadora, está na “superação da contradição educador-educando, de tal maneira que se façam ambos, simultaneamente, educadores e educandos”.

Para Fiori (1986, p. 3), “a verdadeira educação é participação ativa neste fazer em que o homem se faz continuamente. Educar, pois, é conscientizar, e conscientizar equivale a buscar essa plenitude da condição humana”. A verdadeira educação é conscientizadora porque, ao contrário da educação bancária, “responde à essência do ser da consciência, que é sua *intencionalidade*, [...] identifica-se com o próprio da consciência que é sempre *ser consciência de*, não apenas quando se intenciona a objetos, mas também quando se volta para si mesma [...]” (FREIRE, 1987, p. 39).

1.2.1. Educação popular e saúde

A Educação Popular, como relatado anteriormente, surgiu como uma crítica à Educação vigente buscando estabelecer outros processos educativos onde os “sujeitos das classes populares não fossem compreendidos como beneficiários tardios de um serviço, mas como protagonistas emergentes de um processo” (BRANDÃO, C., 2002, p. 142).

Assim, o histórico e o contexto nacional da Educação Popular e Saúde, segundo Oliveira, M. W. (2009, p. 301), “apontam para importantes processos e espaços de produção de conhecimentos e práticas nesta área, vinculados a um compromisso histórico com a justiça social e a melhoria da saúde da população brasileira”.

Para Eymard Vasconcelos (2001), o percurso das ações de educação em saúde no Brasil tem suas raízes nas primeiras décadas do século XX, tendo como exemplos as campanhas sanitárias da Primeira República e a expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país, a partir da década de 1940, através do Serviço Especial de Saúde Pública¹⁰ (SESP) que apresentava, por sua vez, estratégias de educação em saúde autoritárias, tecnicistas e biologicistas nas quais as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias.

Em uma contextualização histórica apresentada por Oliveira, M. W. (2009, p. 298) somos lembrados de que

Nos anos de 1960, profissionais e estudantes engajados na busca da transformação social aproximam-se da cultura popular. Surgem iniciativas como os movimentos populares de cultura, de educação de base, entre outros, nos quais foi possível compreender a cultura popular como uma forma de luta popular, bem como compreender que a luta das pessoas das classes populares levaria à transformação das relações de poder e da vida do país.

Apesar do movimento de educação de base ter se aproximado da medicina popular (VASCONCELOS, E., 2001), ainda eram raras nesse período as atividades de saúde nas quais se incorporavam a educação popular.

Em 1964, movimentos populares de cultura emergiam com uma série de experiências de educação popular em saúde enquanto os Serviços de Educação Sanitária do

¹⁰ Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que, desde o seu início, reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais - técnicos e auxiliares de saúde - a responsabilidade de tarefas educativas. Apenas a partir de sua criação é que se deu maior importância ao preparo dos educadores da rede pública de ensino como agentes educacionais de saúde, integração das atividades de educação no planejamento das ações dos órgãos do Ministério da Saúde que contribuiu para o fortalecimento da área de educação sanitária (REVISTA RADIS, 2001).

governo limitavam suas atividades à publicação de folhetos, livros, catálogos e cartazes contendo notas e artigos sobre saúde (REVISTA RADIS, 2001).

Nesse período, o movimento sanitário toma forma e os esforços se concentram na propaganda sanitária. Segundo Stotz (2007, p.52):

A educação sanitária preventiva lida com "fatores de risco" comportamentais, ou seja, com a etiologia das doenças modernas. A eficácia da educação expressa-se em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. O repasse de informação, normalmente por meio da consulta ou em grupos, de palestra seguida ou não de perguntas e respostas, é o procedimento típico do preventivismo.

Como dito anteriormente, as décadas de 70 e 80 caracterizaram-se (OLIVEIRA, M. W., 2009) pelo fim do regime militar, crise do desenvolvimento capitalista, transição e redemocratização política, intensificação das lutas populares, organização dos movimentos sociais; em decorrência de todo esse processo houve a conformação e a consolidação dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1988.

Nos anos de 1990 a 2002 “há a desmobilização social devido à conjuntura de desemprego, empobrecimento e outros fatores” (id. *ibid.*, p.299), cenário no qual “a formação profissional não acompanhava o mesmo ritmo das experiências de educação popular junto a comunidades, continuando a produzir distanciamentos entre as práticas populares e a medicina biomédica, os quais se refletiam (e ainda se refletem) nos serviços [prestados]” STOTZ; DAVID; WONG UM, 2005 apud OLIVEIRA, M. W., 2009, *loc. cit.*).

Em 1994, no momento em que o preventivismo deixa de ser exclusivo, instituiu-se o Programa Saúde da Família (PSF) que traz a perspectiva de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil com um novo enfoque a ser desenvolvido, o chamado “enfoque da escolha informada que enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde” (STOTZ, 2007, p.52).

A partir de 2002, novas oportunidades abrem-se e a educação popular passa a se tornar uma referência nas práticas de saúde em alguns municípios. No contexto político atual, Oliveira, M. W. (2009, p. 300) destaca duas iniciativas nas políticas públicas:

Em 2009, temos a publicação de portaria¹¹ pelo Ministério da Saúde instituindo o Comitê Nacional de Educação Popular e Saúde (CNEPS),

¹¹ Portaria n. 1256/GM, de 17 de junho de 2009.

composto por representantes de órgãos governamentais, entidades da sociedade civil, movimentos sociais e populares. Entre suas atribuições está a de participar da formulação, acompanhamento, implementação e avaliação da Política Nacional de Educação Popular e Saúde no SUS. Também em nível federal, temos, desde 2007, os debates na Rede de Educação Cidadã (RECID) acerca da educação popular como política pública governamental.

Em março de 2010, é aprovada a proposta da RECID de assegurar os princípios da Educação Popular nas políticas públicas de educação brasileiras, uma conquista da articulação da Rede de Educação Cidadã para a história da educação popular e dos movimentos sociais.

Para Vasconcelos (2001), a educação popular em saúde pode ser denominada como um movimento social de profissionais, técnicos e pesquisadores empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde¹².

Para Oliveira, M. W. (2009, p. 298), a cultura popular é, então, central para um projeto político popular, pois “aparece com força nas culturas populares de saúde, nas lutas cotidianas pelo direito à saúde nos movimentos populares e sociais, nos espaços participativos, na resistência dos praticantes tradicionais” pertencentes a classes caracterizadas por

histórias de vida e condições materiais de existência diferentes daquelas dos grupos de culturas letradas ou eruditas, as classes populares são sujeitos de conhecimento e de experiência, os quais são colocados (de forma explícita ou silenciosa) nas relações entre pessoas, pessoas e grupos, profissionais e usuários dos serviços, estudantes da saúde e população.

O autor conclui, então, que a “educação popular no campo da saúde tem permitido apreender os conhecimentos e saberes que são permanentemente construídos nessas relações”. Nesse sentido, Streck (2010) percebe também uma crescente preocupação em torno dos temas educação popular e movimentos sociais, justificando isso pela necessidade de se reencontrarem práticas sociais que traduzam efetivas perspectivas de transformação.

A Educação Popular e Saúde surge, portanto, como uma prática libertadora e transformadora que se manifesta na luta das classes oprimidas por melhores condições de vida, sendo saúde e qualidade de vida conceitos indissociáveis e condições fundamentais para uma vida digna (BRASIL, 2007a).

¹² A Rede de Educação Popular e Saúde surge como Articulação em 1991, tornando-se Rede em 1998 ao congregar profissionais de saúde, pesquisadores e pessoas de movimentos sociais (OLIVEIRA, 2009).

O traço fundamental da Educação Popular e Saúde (STOTZ, 2007, p.55) está “no fato de tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares [uma vez que] na saúde isso significa considerar as experiências das pessoas e dos movimentos sociais e organizações populares (em sua luta pela saúde) nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia”, sendo necessário estarmos alerta, pois

O adjetivo popular presente no enfoque da educação popular e saúde não se refere ao público, mas à perspectiva política com a qual se trabalha junto à população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, pertencentes às classes populares, bem como de seus parceiros, aliados e amigos. A educação popular considera que a opressão não é apenas dos capitalistas sobre os assalariados e os trabalhadores em geral; mas também a opressão sobre a mulher, os homossexuais, os indígenas, os negros (VASCONCELOS, E., 2003 apud STOTZ, loc. cit.).

São oprimidas também as mulheres do campo – por serem mulheres e por serem trabalhadoras rurais – e esta pesquisa se configura, portanto, na perspectiva da Educação Popular e Saúde por seu intento em conhecer e divulgar o saber dessa população para além dos saberes relativos à saúde, lançando luz também aos mecanismos de luta e resistência das camponesas na busca pela promoção do bem-estar pessoal e coletivo.

CAPÍTULO II – “A mulher do campo e o cuidado à saúde”

É!

*A gente quer valer o nosso amor
A gente quer valer nosso suor
A gente quer valer o nosso humor
A gente quer do bom e do melhor...*

*A gente quer carinho e atenção
A gente quer calor no coração
A gente quer suar, mas de prazer
A gente quer é ter muita saúde
A gente quer viver a liberdade
A gente quer viver felicidade...*

*A gente quer viver pleno direito
A gente quer viver todo respeito
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão...*

(Gonzaguinha)

2.1. Conceito de saúde

A elaboração de um conceito não se dá descolada de um contexto. Assim, “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural” (SCLIAR, 2007, p. 30) na qual foi elaborado. A compreensão de saúde está localizada e é condicionada, portanto, pelo momento histórico, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas, entre outros fatores aos quais esteja relacionada. Por isso, faz-se importante o conhecimento da História que contextualiza o desenvolvimento dos saberes acerca da saúde.

Na antiguidade clássica ocidental (período que compreende entre VII a.C até a Queda do Império Romano no século V d.C), a interpretação mágico-religiosa do processo de adoecimento e cura era predominante nas culturas grega e romana. Culturas como a hindu e a chinesa desenvolviam práticas empíricas, baseadas na observação, o que resultou em uma concepção dinâmica da causalidade dos fenômenos de saúde. Nessa concepção “a doença era vista como o produto do desequilíbrio ou desarmonia entre os princípios ou forças básicas da vida, mas compreendia também a busca do reequilíbrio” (OLIVEIRA, M. A.; EGRY, 2000, p. 10).

Para os gregos da antiguidade (séculos V e IV a.C) a saúde dependia de um equilíbrio, assim como expressava a antiga medicina oriental, e esse equilíbrio se restringia ao bom funcionamento do corpo humano, podendo ser obtido por bons hábitos como nutrição,

excreção, exercício e repouso adequados. Na Idade Média Ocidental, período que compreende desde a Queda do Império Romano (século V d.C) até o Início das Grandes Navegações (século XV d.C), a compreensão dos processos de saúde e doença dos povos greco-romanos sofreu fortes influências do Cristianismo, levando ao progressivo abandono da prática clínica em favor de uma maior preocupação com a salvação do espírito (id. *ibid.*).

Ao final do período medieval, as guerras e epidemias da Europa fizeram com que a preocupação passasse a ser com as formas de transmissão das doenças. Contudo, esse período foi marcado por uma volta ao pensamento mágico-religioso que relacionava a transmissão das doenças a “influências cósmicas, à bruxaria ou ao envenenamento da água e do ar por grupos estigmatizados, como judeus e leprosos” (op. cit., p. 10). No período entre os séculos XVII e XIX a ciência médica sofreu forte influência do paradigma cartesiano¹³, desenvolvendo rapidamente os estudos sobre Anatomia Humana a partir das observações na dissecação de cadáveres. Assim desenvolveu-se também a Fisiologia, que buscava explicar o funcionamento normal do corpo humano, e a Patologia, conhecida como um sistema classificatório para as doenças. No final de 1800, Pasteur atenuou micro-organismos para produzir vacinas e, junto às descobertas de cientistas como Koch para a cura das doenças infecciosas, iniciava-se a Era Bacteriológica.

Ainda no século XVIII, com a chegada das indústrias que resultaram no agravamento das condições de vida das populações dos conglomerados urbanos, os determinantes do ambiente social e laboral começam a ter valor na definição das causas das doenças (SILVA, J., 2006). Nesse período, observam-se as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença e os primeiros modelos estatais de interferência na saúde das coletividades começam a ser implementados (OLIVEIRA, M. A.; EGRY, 2000).

Contudo, no século XIX, com o avanço da microbiologia, era o aspecto biológico que recebia destaque. Nesse período, sob a forte influência do positivismo que definia que um “corpo hígido representava – e ainda pode representar – ausência de qualquer afecção” (SILVA, J., op. cit., p. 3), a revolução sanitária representava um conjunto de

¹³ **Cartesianismo:** Movimento filosófico cuja origem é o pensamento do filósofo francês René Descartes (1596–1650). Com a finalidade de estabelecer um método de pensamento que permitisse chegar a uma verdade absoluta, Descartes desenvolveu um sistema de raciocínio que se baseia na dúvida metódica e não pressupõe certezas e verdades como era tradição entre os pensadores europeus que o antecederam. O método cartesiano, da dúvida e da evidência, transforma o mundo em algo que pode ser quantificado. Com isso, a ciência européia, a partir do século XVII, torna-se matemática e busca compreender o Universo a partir de mecanismos mensuráveis que a geometria pode explicar. **Fonte:** STIGAR, Robson. **O pensamento Cartesiano.** Disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_4481/artigo_sobre_o_pensamento_cartesiano>. Acesso em: 23 jan. 2012.

intervenções sistemáticas sobre o ambiente físico, eliminando possíveis causas de contaminação. Bases da Epidemiologia eram utilizadas, voltando-se para a observação e o registro da ocorrência das doenças nas populações (id. *ibid.*).

As investigações bacteriológicas e parasitológicas que se desenvolveram na América, entre 1880 e 1930, estiveram ligadas, por sua vez, aos problemas da produção agroexportadora. Já no período de 1930 a 1950, foram sucedidas pela investigação básica e clínica, impulsionada pelo crescimento hospitalar ocasionado pela industrialização. A partir dos anos 70, os estudos passam a serem voltados à racionalização dos serviços de saúde devido à diminuição dos gastos estatais destinados ao setor (id. *ibid.*).

Segundo E. Vasconcelos (2006, p. 19), “o surgimento e a consolidação da medicina científica com a modernidade tornaram hegemônico o modelo ou paradigma newtoniano-cartesiano¹⁴ de explicação do ser humano, de suas doenças e das estratégias de cura, denominado modelo biomédico”.

Nesse modelo (*op.cit.*), o corpo humano é compreendido como algo exato e preciso, configurando tudo aquilo que foge a esse funcionamento previsto, padrão ou regular como carente de correção ou conserto. Essa compreensão de saúde está relacionada a este bom funcionamento do corpo humano, e tais falhas ou irregularidades configuram as doenças que devem ser tratadas para que a pessoa possa estar saudável.

Cabe ao profissional de saúde, formado nesse paradigma, solucionar esses problemas por meio da intervenção no tratamento das doenças.

A conceituação biomédica da doença pode ser caracterizada, sinteticamente, por um conjunto de juízos de caráter instrumental, orientados normativamente pela noção de *controle técnico* dos obstáculos naturais e sociais a interesses práticos de indivíduos e coletividades, tendo como base material o *conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo* (corpo/mente/meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de *critérios a priori* para o controle das incertezas. (AYRES, 2007, p. 46, grifos do autor).

A partir desse paradigma, afirma E. Vasconcelos (2006, p.20), “a vida, entendida globalmente, não desperta interesse do modo científico do conhecimento que só se ocupa com o que é nela mensurável”. Uma contribuição ao rompimento com esta concepção de saúde (SILVA, J., 2006) estaria em conteúdos como os das ciências humanas que oferecem

¹⁴ Referem-se respectivamente aos pensadores Isaac Newton e René Descartes que, com suas pesquisas em matemática, astronomia e física, criaram os elementos fundamentais do método com que a ciência moderna lida com seus objetos de estudo.

uma visão sobre o homem e seu contexto social, embora a influência do modelo biológico seja marcante no decorrer dos cursos, tornando o estabelecimento de vínculos entre teoria e prática difíceis de serem percebidos pelos estudantes:

Muitos profissionais de saúde recebem conteúdos acadêmicos que contribuem para que esse processo se estabeleça, entretanto, o modelo curativista - centrado na doença - ainda possui forte peso na formação superior na área da saúde, refletindo sobre o atendimento aos clientes [...] Mesmo sabendo que uma pessoa é integrante de uma comunidade, possui uma filosofia de vida e possui aspectos peculiares de sua cultura. As bagagens teóricas de cadeiras como sociologia, filosofia e antropologia são facilmente despercebidos na prática (op.cit, p. 4-5).

Ao longo do século XX, então, observa-se uma permanente tensão entre as abordagens de enfoque médico-biológico em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, é exemplo de uma concepção bastante ampla da saúde na qual se destacam os fatores sociais para além dos aspectos biológicos.

Nesse período, constata-se nos meios científico e acadêmico a discussão voltada para um paradigma ampliado de saúde, atrelado à qualidade de vida. Tal paradigma ampliado inclui o bem-estar e a visão de totalidade do ser humano (SILVA, J., 2006).

Sobre o estado de saúde e bem-estar, Stotz (2007, p. 49) afirma que

a saúde e a perda da saúde são fenômenos ou processos referidos a indivíduos normalmente representados por um estado de 'bem-estar' e de felicidade que em certo momento se transforma em sofrimento e infelicidade. Para os indivíduos, o sentimento associado a tais representações é o de poder físico e mental, e de dignidade ou, inversamente, de perda de poder e de controle sobre si próprios.

O bem-estar é subjetivo (SILVA, J., 2006, p.4) e depende da cultura de cada grupo ou indivíduo, além de vincular-se também à forma como cada um encara os problemas da vida, pois

o estado de adoecimento pode ser visto – por alguns – como uma oportunidade de rever a vida e a forma de viver, um momento de reflexão e pode até representar ganhos qualitativos posteriormente. Para outros, o estado de morbidez pode representar o fim, levar a processos de depressão e arruinar o ritmo considerado normal e saudável da vida agitada. Logo, a

doença possui influência do aspecto biológico, espiritual, social, psicológico e do acesso aos recursos essenciais que promovem a manutenção da saúde e bem-estar.

Apesar dos esforços para se propor uma concepção de saúde que expressasse seus vários fatores, a definição da OMS foi criticada por seu caráter utópico e inalcançável pois,

A expressão ‘completo estado’, além de indicar uma concepção pouco dinâmica do processo – uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar –, revela uma idealização do conceito que, tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, afirma-se a sua carência de objetividade: fundado em uma noção subjetiva de ‘bem estar’, implicaria a impossibilidade de medir o nível de saúde de uma população (BATISTELLA, 2007, p. 57-8).

De acordo, então, com o relatório final produzido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, “ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendiam aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde [...]” (BRASIL, 1986a, p. 02). Assim, concluiu-se que:

em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis da vida. (id. *ibid.*, p. 04).

É o que preconiza a Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que regulamentou o Sistema Único de Saúde/SUS –, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano e dever do Estado. De acordo com essa lei, a “saúde tem fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

Em 1994, como dito anteriormente, iniciou-se o Programa Saúde da Família (PSF), prevendo uma aproximação maior com a comunidade e a família, contando com uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico ou uma médica da família, um enfermeiro ou uma enfermeira, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de

enfermagem. Quando ampliado, conta ainda com um ou uma dentista, um ou uma auxiliar de consultório dentário e um técnico ou uma técnica em higiene dental.

O PSF vem se caracterizando, então, como uma das estratégias adotadas na maioria dos Estados como modelo para a garantia de oferta das ações e serviços na atenção básica em saúde (NEVES et al, 2004), hoje sob a responsabilidade dos municípios. Nessa conjuntura, as Unidades de Saúde da Família (USF) constituem a reestruturação do antigo Posto de Saúde ou Centro de Saúde que, no modelo tradicional, trabalhavam sem o vínculo com a comunidade, limitando-se muitas vezes em vacinar as crianças, atender consultas ambulatoriais e encaminhar pacientes a hospitais.

O conceito atual de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde levou à compreensão dos Determinantes Sociais de Saúde que, de acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78), “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Assim, ainda segundo esses autores, o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma “hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas”, havendo várias abordagens para o estudo dos determinantes sociais de saúde como a abordagem que privilegia os aspectos físico-materiais do binômio saúde-doença, entendendo que as populações de baixa renda têm a saúde prejudicada devido à escassez de recursos e à ausência de investimentos em infraestrutura comunitária como educação, transporte, saneamento, habitação e serviços de saúde; a abordagem que concede maior atenção aos fatores psicossociais, com base no conceito de que “as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde”; além dos enfoques ecossociais e os chamados enfoques multiníveis que visam “integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica” (id. ibidem, p. 81-82). Além destas, há ainda as abordagens que analisam as relações entre o chamado “capital social”, como os vínculos e apoios sociais, as desigualdades nas condições de vida e a saúde das populações, identificadas pelo desgaste dessas “relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde” (loc. cit.).

Com o avançar das discussões sobre saúde, percebeu-se que os mecanismos de intervenção que visam à redução das desigualdades sociais, no sentido de minimizar os

diferenciais dos Determinantes Sociais de Saúde, influenciavam na melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos e, conseqüentemente, na promoção à saúde.

Para J. Silva (2006, p. 4), neste momento caberia

a reflexão de que para promover a saúde devem-se ser consideradas as desigualdades históricas sociais, entre gêneros, brancos e negros, com relação à renda, acesso à educação e à saúde. Caso esses fatores sejam esquecidos, a promoção da saúde fica aquém do desejado, estagna no âmbito de repetição de discursos denominados “educação em saúde”, sem adequação à realidade concreta e, ao mesmo tempo dinâmica, que rege o processo saúde-doença (...) [pois] para promover a saúde deve-se conhecer a pessoa a quem é prestado o cuidado, atitudes como ouvir e compreender recebem importância singular, bem como os aspectos variados de sua cultura.

Desse modo, os cuidados à saúde devem atender as necessidades, demandas, aspirações individuais e coletivas por meio de um processo de intervenção técnico, científico e político. Político no que se refere a “valores, interesses, aspirações e relações sociais e envolve a capacidade de identificar e privilegiar as necessidades de saúde individuais e coletivas”, incluindo a correta utilização dos recursos necessários para essa intervenção. Técnico e científico no sentido de que esse saber e esse fazer em relação à saúde-doença da população devem ser instrumentalizados pelo conhecimento científico e pelo desenvolvimento tecnológico (OLIVEIRA, M. A.; EGRY, 2000, p. 13).

Outro elemento que recebe destaque no processo saúde-doença é o fato de que podemos perceber as enfermidades de formas muito particulares como, por exemplo, algumas pessoas que convivem com patologias crônicas e se consideram sadias, enquanto outras, aparentemente saudáveis, vivenciam problemas de ordem pessoal que prejudicam o seu bem-estar (BOFF, 1999). Em função disso, a garantia do cuidado mais individualizado precisou ir além do discurso da “ausência de doença”, pois “tornou-se necessário um paradigma contextualizado com os novos conceitos que envolvem o processo dinâmico de vivenciar a saúde e a doença” (Silva, J., 2006, p. 3).

Assim, surgiram novos conceitos envolvendo o processo de cuidado como acolhimento, humanização, cuidado individualizado e integral, entre outros fatores que “possuem relação com a subjetividade do sujeito, pois buscam laços entre aqueles que cuidam e os que são cuidados” (loc. cit.).

Por fim, entendemos que a saúde pode ser compreendida de diferentes maneiras por grupos ou pessoas, acompanhando as mudanças históricas, políticas, sociais e

culturais de sujeitos homens e mulheres, não havendo ainda um único conceito de saúde, embora se tenha conhecimento de diversos fatores que afetam a saúde de indivíduos e coletivos, assim como das diversas propostas de intervenção e promoção à saúde que buscam se adequar às especificidades do contexto e dos sujeitos, fazendo valer a importância dos estudos sobre as populações para a criação de novas estratégias de atenção à saúde.

2.2. A saúde da mulher camponesa na América Latina

Estudos apontam que na maioria das sociedades latino-americanas, mesmo nos níveis mais altos de renda, as famílias dispõem menos em saúde e na educação das meninas do que dos meninos (OPAS, 1995; MONTRONE e REYES, 2005). No que se refere à saúde da mulher latino-americana, a mortalidade materna continua sendo um dos problemas mais graves (FARIA, 2005), uma vez que essas mortes são provocadas por falta de atendimento pré-natal, ao parto e em função de abortos realizados de forma insegura.

No Brasil, os governos vêm investindo na criação de políticas específicas para este público como resposta à pressão dos movimentos de mulheres desde a década de 1980, tendo no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e nas Delegacias das Mulheres expressões concretas desse esforço que, no entanto, “ainda está muito longe de existir [como] políticas mais amplas que busquem a incorporação transversal de gênero” (id. *ibid*, p. 35).

Nos últimos dez anos, municípios brasileiros criaram órgãos governamentais com o objetivo de desenvolver políticas voltadas às mulheres como propostas de combate à desigualdade de gênero, “um aspecto muito relevante, na medida em que a questão do poder local e o papel do município no desenvolvimento de políticas públicas tem crescido muito no Brasil na última década” (loc. cit.).

Um importante avanço para a saúde das camponesas brasileiras foi a criação do Plano Nacional da Atenção à Saúde da Mulher, em 2005, que apontava como uma de suas prioridades:

a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases de seu ciclo vital, abrangendo as mulheres negras, as com deficiência, as índias, as encarceradas, as trabalhadoras rurais e urbanas e as de diferentes orientações sexuais, contemplando questões ligadas às relações de gênero (BRASIL, 2005, p. 18).

Semelhante à prioridade apontada, destaca-se entre as Diretrizes Gerais da 12ª Conferência Nacional de Saúde aquela em que já se previa:

Garantir que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva, assim como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres [...] com ações dirigidas para a saúde da mulher que adote os enfoques de raça, etnia e de orientação sexual, bem como priorize as ações voltadas para as mulheres rurais, trabalhadoras domésticas e pessoas com deficiência, articulando as ações intersetoriais de combate à violência doméstica, sexual e racial contra as mulheres (BRASIL, 2004, p. 29).

Apesar de estar previsto em duas políticas nacionais esta priorização de ações voltadas para as necessidades específicas das mulheres camponesas, ainda lhes são impostas restrições em relação ao acesso às informações e às ações de saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

[...] a dificuldade no acesso às informações e às ações de saúde, imposta às mulheres rurais, está relacionada, entre outros fatores, às desigualdades das relações de gênero e de trabalho, às grandes distâncias entre a residência ou o trabalho e os serviços de saúde, à maior precariedade dos serviços locais e à pouca sensibilização e organização da rede de saúde para lidar com a especificidade dos agravos decorrentes do trabalho no campo. (BRASIL, 2007b, p. 54)

Para propormos ações efetivas de atenção à saúde das mulheres camponesas devemos, portanto, considerar fatores como as desigualdades das relações de gênero e trabalho, somadas a uma variedade de aspectos que abordaremos a seguir.

O trabalho feminino no campo muitas vezes não é visto como uma atividade que gera riqueza (SALES, 2007), principalmente quando se trata da participação das mulheres na agricultura familiar. Em todo Brasil, mulheres trabalhadoras rurais produzem alimentos e garantem a subsistência da família desenvolvendo trabalhos no roçado, principalmente no período do plantio e colheita, além de se ocuparem com o plantio de ervas medicinais e com o artesanato.

No entanto, as atividades por elas desenvolvidas são, em muitos casos, entendidas como uma tarefa doméstica sem vínculo com o mercado. O aspecto cultural é tão relevante que as próprias mulheres freqüentemente não reconhecem seu trabalho nas lavouras e criações como uma atividade produtiva (op. cit.). Nesse cenário, ainda que essas atividades sejam reconhecidas como trabalho, a parcela de mulheres ocupadas no setor agrícola que não recebiam rendimento em troca de seu trabalho – de acordo com levantamento de 1992 – era

de 39,2%; em 2005, chegou a 35,6%. Essa perspectiva ainda assim é positiva, pois mostra que essa proporção tem se reduzido ao longo dos últimos anos (BRASIL, 2007c).

Segundo Sales (2007), o fato de o trabalho realizado por essas mulheres não ter o seu devido reconhecimento econômico, tanto no interior da família como nos sindicatos e órgãos públicos, inviabilizou durante muito tempo o reconhecimento das mulheres como trabalhadoras e, conseqüentemente, a garantia de seus direitos sociais.

Com relação aos direitos, no que se refere às políticas voltadas para o combate às desigualdades de gênero as propostas em curso, embora apresentem diretrizes para romper essa desigualdade, ainda têm “um forte componente de reforço à sexualização, propondo ações para as mulheres a partir de suas carências”, tornando-se fundamental rever a idéia de que as mulheres são dependentes dos homens, reconhecendo seu direito à autonomia. Outro aspecto importante seria a revisão da divisão sexual do trabalho na família (FARIA, 2005, p. 36), ampliando as habilidades masculinas e femininas para o trabalho.

Os movimentos de mulheres trabalhadoras rurais, nas suas mais diferentes vertentes (autônomos, ligados ao movimento sindical, a associações de pequenos produtores, etc), vêm construindo a identidade política das agricultoras no seu reconhecimento público (NOBRE, 2005, p. 47) por meio do acesso à documentação profissional e à aceitação, pelos agentes públicos, da profissão de agricultora na declaração para o Censo, na certidão de casamento, na emissão da nota conjunta do produtor e no gozo dos direitos previdenciários (auxílio maternidade e aposentadoria), um grande avanço na conquista dos direitos das mulheres camponesas.

Contudo, a luta por saúde e cidadania ainda deve ser uma das prioridades dos movimentos femininos do campo, pois, “apesar de todos esses avanços, muitos funcionários do INSS ou de cartórios ainda resistem, na prática, a reconhecer as mulheres enquanto agricultoras”, mantendo atitudes discriminatórias que afetam diretamente a saúde das camponesas, impedidas de usufruir de seus direitos trabalhistas e previdenciários (NOBRE, loc. cit.).

2.3. As dimensões do cuidado como prática social

Ayres (2004, p.22) discute o cuidado à saúde no contexto da saúde pública, definindo o conceito de cuidado como a “conformação humanizada do ato assistencial”. Assim, adota-se aqui o termo cuidado como “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou

mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (loc. cit) por meio de uma noção do cuidado em saúde que “requer essa dimensão ampliada da compreensão das condições de vida, considerando a individualidade dos atores, sem perder de vista o coletivo, o meio social em que vivem e se identificam” (RIQUINHO; GERHARDY, 2010, p. 421).

Nesta perspectiva, o cuidado à saúde transcende a simples assistência ao corpo doente, tendo como um de seus desafios a ressignificação do trabalho em saúde, pois apresenta “uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de cuidado” (AYRES, 2004, p. 85).

Dessa maneira, o ato de cuidar do outro se mostra como o verdadeiro sentido no campo das práticas populares de saúde, sendo

visível no trabalho das parteiras tradicionais, nas práticas de saúde que ocorrem nos terreiros de candomblés, no acolhimento e na escuta que os erveiros e raizeiros dispensam a quem os procuram, nos benzedores, na religiosidade, enfim, o cuidar do Outro é um constante exercício de solidariedade que afirma cotidianamente a possibilidade de afirmação da vida. (PEDROSA, 2007, p.97)

De acordo com M. S. Borges et al (2009), em estudo realizado com parteiras do Distrito Federal e região do seu entorno, as representações identificadas no trabalho dessas parteiras evidenciam as estratégias de sobrevivência de sua prática social que “resiste ao longo do tempo ao silenciamento/ausências que vêm sendo impostos ao seu modo de cuidar”, elucidando que a dimensão individual não deve ser considerada separadamente da dimensão social do cuidado que “só toma corpo no convívio e respeito às carências do outro e somente se concretiza quando é possível compatibilizar os meios e a finalidade de uma vida que tem sentido, se vivida em conjunto”; assim, se sobressaem os valores, as crenças e o sentido conferido à vida que organizam a prática social das parteiras tradicionais, em torno da qual se tecem as experiências cotidianas do grupo, de maneira que

a sabedoria da experiência do modo de cuidar das parteiras tradicionais aponta que a educação popular em saúde apresenta-se como uma possibilidade para conferir visibilidade aos diferentes modos de cuidar, pois permite a articulação entre saberes, favorecendo a emergência das ausências e a construção de um novo conhecimento (id. *ibid.*, p. 382).

A prática social do cuidado à saúde encontra-se, portanto, na luta dos oprimidos, marginalizados. Nesse sentido, “o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres” (COELHO et al, 2009, p. 155).

Assim como se origina o saber de experiência dos praticantes populares, o cuidado é como um “dom” (BOFF, 1999) inerente dos seres humanos e tem origem na essência do próprio ser humano:

O cuidado se encontra antes, é um *a priori* ontológico, está na origem da existência do ser humano. E essa origem não é apenas um começo temporal. A origem tem um sentido filosófico de fonte donde brota permanentemente o ser. Portanto, significa que o cuidado constitui, na existência humana, uma energia que jorra ininterruptamente em cada momento e circunstância (op. cit., p. 02).

Com relação aos processos educativos decorrentes do cuidado, consideramos que estes acontecem nas relações entre os sujeitos que cuidam e são cuidados enquanto educam e são educados. Esse saber é transmitido no contato com o outro, pela oralidade, pelas ações, pelas experiências que são significativas para cada um:

Tudo começa com o sentimento. [...] Esse sentimento profundo, repetimos, se chama cuidado. Somente aquilo que passou por uma emoção, que evocou um sentimento profundo e provocou cuidado nos deixa marcas indeléveis e permanece definitivamente (id. ibid. p. 01).

Descrevendo o modo de cuidar das mulheres camponesas como um processo educativo-terapêutico marcado pelo seu caráter coletivo, Daron (2009, p. 391) afirma que:

As mulheres camponesas têm um jeito próprio de cuidar da vida e da saúde que se expressa nas práticas populares de cuidado que desenvolvem, articuladas com a luta para a garantia de um sistema público e universal de saúde e com um novo modo de viver no campo. Este modo singular de cuidado e de promoção da vida, saúde e cidadania, pode ser identificado como um processo educativo-terapêutico. Parte-se do pressuposto de que esse tipo de trabalho só pode ser realizado se for em grupo, com organização de base, trabalho coletivo e comunitário e o fazer com o que se tem, se sabe e se pode, sem depender de outros.

Em outras palavras, entre os vários elementos elencados pelas mulheres camponesas, destacaram-se a acolhida, a capacidade de escuta e de respeito a cada pessoa que participa do grupo, e o diálogo considerado como a base da relação na qual tanto quem cuida como quem é cuidado são sujeitos dispostos a problematizar a relação entre os sintomas aparentes de dor e sofrimento com suas possíveis causas, sendo possível notar que, “muitas vezes, as pessoas saem já sem dor porque precisam ser acolhidas e valorizadas” (DARON, loc. cit).

Esta autora conclui, então, apontando dois desafios político-pedagógicos à educação popular em saúde que emergem desta experiência: o desafio de construção de um sistema público de saúde mais democrático, capaz de ouvir a população e de cuidar das pessoas enquanto sujeitos, enfrentando as causas das doenças e articulando atores que possibilitem a intersetorialidade; e o desafio de implementar a exigência ética de reconhecimento e fortalecimento das práticas populares tradicionais e integrativas de saúde como formas de atenção à saúde que precisam de reconhecimento nas políticas públicas para repensar as políticas de saúde, deixando de se apresentar como práticas marginais e tornando-se, enfim, legítimas ao dar centralidade ao cuidado, o que significa

renunciar à vontade de poder que reduz tudo a objetos, desconectados da subjetividade humana. Significa recusar-se a todo despotismo e a toda dominação. Significa impor limites à obsessão pela eficácia a qualquer custo. Significa ditadura da racionalidade fria e abstrata para dar lugar ao cuidado. Significa organizar o trabalho em sintonia com a natureza e suas indicações (BOFF, 1999, p. 02).

2.4. As práticas populares no cuidado à saúde

Ao longo do trabalho nos pautaremos no conceito “*práticas populares de saúde*” que, segundo Oliveira e Moraes (2010, p. 419), “compreendem qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica, abrangendo práticas advindas da cultura popular, tais como o benzimento e as ligadas a religiões”.

Como foi dito (BOSI, 1992; DUSSEL, s/d), a cultura popular, muitas vezes iletrada, é legítima e corresponde às estruturas materiais e simbólicas do povo. Contudo, essa cultura é ignorada, negada e considerada analfabeta por sua simbologia não ser compreendida pela cultura do centro, imperial e dominante.

A cultura dominante é, então, aquela cuja origem do conhecimento está na Europa, na América do Norte, no chamado centro dominante. A ciência produzida no

hemisfério norte imperialista não se dá por um acaso neste contexto, pois suas “opções pré-científicas” são escolhas que favorecerão a cultura dominante, tanto politicamente como economicamente e, finalmente, culturalmente e, sendo a ciência “o mais sutil instrumento de dominação” (DUSSEL, s/d , p. 270) ao direcionar sua produção de conhecimento sempre à manutenção do seu domínio. Para permanecer dominante, portanto, desqualifica o conhecimento produzido fora do centro, ou seja, pelo povo.

Assim, as práticas populares de saúde

foram submetidas a essa mesma concepção, sendo entendidas pela sociedade como atraso e ignorância, contrastando com as práticas médicas, estas tidas como dotadas de cientificidade e legitimidade. [...] Incorporou-se, historicamente, a prática médica com a tal prática científica e, conseqüentemente, desqualificaram-se outras práticas e praticantes (Oliveira; Moraes, 2010, p. 414).

No entanto, segundo Moraes et al (2007), a população busca apoio não apenas nos profissionais da biomedicina, mas também nos agentes das práticas populares, para o enfrentamento das situações de adoecimento. A pesquisa desenvolvida por Queiroz (1991) revela, por exemplo, que a procura de soluções para os problemas de saúde se dá por meio de três tipos de agentes: médicos ou farmacêuticos, os benzedores e os promotores domésticos (geralmente a dona-de-casa) da medicina caseira.

Além de seu caráter terapêutico, o uso de plantas medicinais apresenta as seguintes relevâncias:

(a) antropológica, por resgatar os saberes populares e, assim, elevar a auto-estima de populações, muitas vezes marginalizadas; (b) pedagógica, por permitir a instituição de uma relação dialógica entre trabalhadores de saúde e usuários que dominam os usos destas plantas medicinais; (c) econômica, permitindo o acesso ao medicamento fitoterápico; (d) ecológica, garantindo a manutenção de plantas que em muitas situações vêm sendo eliminadas pelas plantações com interesse meramente lucrativo (CARRICONDE, 2002 apud GOMES; MERHY, 2011, p. 12).

A esse conjunto de valores, Gomes e Merhy (2011) acrescentam a sua relevância social e política, pois, para conseguir as plantas, geralmente as pessoas as procuram junto aos seus vizinhos, fortalecendo a rede de apoio social e permitindo a discussão sobre o adoecimento e estratégias de sua superação na e pela comunidade.

Com relação às práticas de saúde desenvolvidas por trabalhadores de um assentamento rural, Scopinho (2010) verificou que eles recorriam a um conjunto de práticas

para cuidar da saúde que incluíam desde a busca de atenção nos serviços localizados no entorno até as práticas religiosas, passando pelo uso de plantas medicinais e pelas propostas que valorizam as atividades socioculturais, o lazer e o esporte.

Através da convivência prolongada com a comunidade, estudantes de um projeto de extensão universitária realizado em um assentamento da região metropolitana de Porto Alegre (RS) perceberam que boa parte das famílias utilizava plantas medicinais para tratar pequenos problemas de saúde e com isso surgiu a idéia de implementar um horto medicinal no assentamento. A partir da experiência dessa “farmacopeia popular” nesse assentamento, discutem-se um modelo dialógico de intervenção no campo da saúde pública, um modelo que esteja mais apropriado ao diálogo com a alteridade e com a inclusão de práticas terapêuticas alternativas ao modelo biomédico (SOARES, 2006).

Para Minayo (1988), os grupos populares possuem uma interpretação das doenças baseada em um contexto pluridimensional que inclui causas naturais, sobrenaturais, psicossociais e socioeconômicas. As práticas populares comparadas à biomedicina possuem uma visão mais integral para a saúde e para a doença, pois

enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra disposto a eliminar (LAPLANTINE, 1991, p. 220).

Nesse sentido, as intervenções biomédicas utilizam seu conhecimento sobre o corpo físico na intenção de controlar a morbidez, ou seja, o enfraquecimento advindo da doença, do mau funcionamento desse corpo. Referindo-se à dimensão saúde-doença e partindo de uma concepção distinta de saúde,

A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade (se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta por que exatamente eu fiquei doente?). (BOFF, 1999, p. 7).

Os profissionais da saúde que possuem sua formação ainda no modelo newtoniano-cartesiano geralmente não compreendem a saúde-doença na subjetividade dos sujeitos.

A complexidade que envolve a vida cotidiana e o enfrentamento das doenças em geral não faz parte da formação do profissional de saúde resultando em uma divergência de raciocínios que provocam grande dificuldade para que o profissional compreenda as atitudes de seus pacientes (LEITE; VASCONCELLOS, 2006, p. 126).

No que se refere à origem do conhecimento dos praticantes populares, acredita-se que “nas práticas populares, os conhecimentos provêm de um “dom” o qual varia desde a “intuição inata” até a “intervenção de forças sobrenaturais” e confere “legitimidade”, “especificidade” e “eficácia” à prática”. Sendo que

nas práticas populares, a aprendizagem pode ocorrer tanto institucionalmente como, por exemplo, naquelas ligadas às religiões, quanto através da tradição oral entre gerações ou entre praticante-aprendiz, como, por exemplo, no benzimento e uso de ervas (OLIVEIRA; MORAES, 2010, p.414).

Segundo Queiroz (1991), as mulheres são as principais responsáveis pela passagem dos conhecimentos pertinentes às práticas populares de saúde, geração após geração, desempenhando também os papéis de cuidadoras e provedoras do bem-estar no interior das famílias brasileiras (FAÚNDES, 1996 apud OLIVEIRA; MORAES, 2010).

O mesmo foi relatado na pesquisa realizada por Loyola (1984) com praticantes de práticas populares de saúde, na qual verificou que a maioria das mulheres que exerciam tais práticas adquiriram conhecimentos e incentivos a partir, principalmente, do contato com mulheres mais experientes, quase sempre pertencentes ao seu grupo familiar.

No que se refere à terapêutica e à família, “a mulher, mãe ou esposa mais especificamente, atuam no processo terapêutico ao providenciarem os primeiros cuidados de saúde”, uma vez que

A mulher, exercendo o papel de personagem principal no cuidado e encaminhamento dos problemas de saúde familiares, avalia a necessidade de providenciar o cuidado ao familiar ou não e, quando houver necessidade deste, qual dos agentes de saúde deverá ser procurado (OLIVEIRA; MORAES, 2010, p. 416).

As autoras destacam ainda que outro aspecto a ser considerado ao se examinar as mulheres e as práticas populares, é o fato de que:

Embora haja variações entre diferentes práticas, os estudos analisados para este trabalho apontam que a mulher tem sido a que mais frequentemente está à frente de determinadas práticas populares alternativas tais como as

parteiras, as benzedadeiras e a direção de terreiros e as posições elevadas na “hierarquia eclesiástica” das mães-de-santo na Umbanda e no Candomblé (loc.cit).

Observam-se também outras práticas populares de saúde que não se encontram relacionadas nem às intervenções terapêuticas propriamente ditas, nem às práticas de formulação política, “mas representam formas de empoderamento dos indivíduos e dos coletivos por meio de atividades lúdicas, tais como as danças e as rodas” (PEDROSA, 2007, p. 96). Estas manifestações representam formas de explicar os processos de adoecimento, sofrimento e as práticas que trazem em seu bojo, maneiras de promover a saúde, prevenir as doenças e de cuidar daqueles que adoecem e dos que precisam de maior proteção.

CAPÍTULO III – “A mulher do campo e a luta pela terra”

*“No princípio eu era a Eva
Nascida para a felicidade de Adão
E meu paraíso tornou-se trevas
Porque ousei libertação*

*Mais tarde fui Maria
Meu pecado redimiria
Dando à luz aquele que traria a salvação
Mas isso não bastaria*

*Para eu encontrar perdão
Passei a ser Amélia
A mulher de verdade
Para a sociedade*

*Não tinha a menor vaidade
Mas sonhava com a igualdade
Muito tempo depois decidi:
Não dá mais!*

*Quero minha dignidade
Tenho meus ideais
Hoje não sou só esposa ou filha
Sou pai, mãe, arrimo de família*

*Sou caminhoneira, taxista, piloto de avião
Policial feminina, operária em construção
Ao mundo peço licença
Para atuar onde quiser*

*Meu sobrenome é competência
O meu nome é Mulher!”*

(Autora: Fátima Ap. de S.

Souza, também conhecida como Pérola Negra)

3.1. A luta pela terra no contexto brasileiro

As raízes históricas da luta pela terra no Brasil encontram-se nos primórdios da colonização, quando as terras brasileiras foram desigualmente distribuídas para os exploradores portugueses, iniciando um processo de estruturação fundiária extremamente concentrada. De acordo com Silva (2010, p. 46):

Da propriedade comunal da terra (comunismo primitivo), na qual as pessoas viviam em pequenos grupos, em sua grande parte nômades, garantindo sua subsistência através de atividades como caça, pesca e plantação de algumas espécies, passamos pelo desenvolvimento das forças produtivas

(instrumentos, máquinas e técnicas) e das relações de produção (escravista, tribal e capitalista) que nos levaram à divisão social do trabalho (separação entre cidade e campo, trabalho agrícola e o industrial, dentre outras formas), e que nos dias atuais se manifesta através de complexas relações internacionais, cujo elemento central é a propriedade privada.

O autor observa uma mudança em relação ao sentido da propriedade da terra que se inicia com a invasão portuguesa, em 1500, quando os colonizadores se apoderaram de nosso território e impuseram aos povos que aqui viviam suas leis, cultura, modos de produção e vontade política.

A apropriação dos bens da natureza aqui existentes como madeira, minérios e terra, tinha como finalidade abastecer o mercado europeu e todas as atividades produtivas e extrativistas visavam o lucro e a acumulação de capital para a colônia portuguesa (STÉDILE, 2005).

Assim, a produção agrícola era organizada em grandes latifúndios, nos quais se praticava a monocultura, ou seja, a produção de um único produto destinado à exportação. Para realizar a manutenção desse sistema produtivo fez-se valer a mão de obra indígena e, sobretudo, africana, primeiramente escravizada e, em seguida, explorada junto com os demais trabalhadores pobres provindos de outras regiões européias (STÉDILE, 1997; MORISSAWA, 2001; SILVA, 2010).

Com as pressões internas e externas em favor do fim do tráfico de escravos vindos da África e pelo abolicionismo no Brasil (STÉDILE, 1997, 2005; SILVA, 2010), o Império promulga a Lei nº 601 de 18 de setembro de 1850, conhecida como a primeira Lei de Terras do Brasil. Criou-se, portanto, um direito de propriedade que, ao mesmo tempo, foi um futuro obstáculo ao livre acesso à terra pelos grupos pobres e ex-escravos, já que a Lei de Terras de 1850 previa que “somente poderia ser considerado proprietário de terras quem legalizasse sua propriedade nos cartórios, pagando certa quantia em dinheiro para a Coroa”.

Dessa maneira, segundo Silva (2010), a Lei de Terras instituída discriminava pobres e impedia a apropriação de terras pelos escravos libertos, uma vez que nem um nem outro possuíam recursos para adquirir parcelas de terras da Coroa ou para legalizar as que já possuíam. Acrescento a essa afirmação que também não se previa na referida lei a apropriação de terras por parte das mulheres, já que estas seriam ou filhas ou esposas de alguém que, se fosse homem e possuísse bens, poderia, então, tornar-se um proprietário de terra.

A partir de 1850, muitos imigrantes europeus vieram para o Brasil iludidos com a promessa de receber terras cultiváveis e, em São Paulo, muitas famílias não só não

receberam as terras prometidas como foram trabalhar nos cafezais em regime de colonato¹⁵, com uma casa para morar e uma pequena área para o plantio ou a criação de animais visando à própria subsistência familiar (MORISSAWA, 2001).

Em 1888, o abolicionismo marca definitivamente a queda da monarquia e há um fluxo de grande contingente de negros e negras para as cidades, ocupando a periferia dos centros urbanos e originando as favelas¹⁶ (STÉDILE, 2000; SILVA, 2010).

Em 1889, proclama-se a República no Brasil, mas a situação no campo continua a mesma (MORISSAWA, 2001). As políticas permanecem voltadas para a permanência dos benefícios relativos aos interesses latifundiários e, em 1922, é fundado o Partido Comunista Brasileiro (PCB) que coloca em pauta a questão da concentração fundiária.

No período de 1850 a 1890 registra-se uma série de movimentos messiânicos que a historiografia tradicional destaca como fenômeno de extremismo religioso. Na opinião de Gohn (1995, p. 40), no entanto, tais movimentos “foram lutas em torno da questão agrária, de resistência às oligarquias rurais, embora eles não tivessem projetos políticos ou ideológicos claros”. São exemplos deste tipo de movimento as Revoltas de Canudos e Contestado.

Entre as décadas de 1930 e 1960 dá-se a “subordinação econômica e política da agricultura à indústria” (STÉDILE, 2005, p.28), contexto no qual tínhamos as elites burguesas industriais tomando o poder e a oligarquia rural exportadora mantendo seus grandes latifúndios e permanecendo com o poder econômico, embora já com pouco poder político se comparado com tempos passados¹⁷.

A industrialização chega ao campo e esse período histórico é marcado pela modernização da grande propriedade de terra e o surgimento da burguesia agrária. Segundo Silva (2010):

A industrialização do campo, marcada pela monocultura, pela concentração de terras e pelo uso intensivo de tecnologias que destroem a natureza, desmatando e empobrecendo o solo foi responsável por expulsar um sem número de pequenos/as agricultores/as de suas terras gerando uma massa de desempregados/as rurais (SILVA, 2010, p. 53).

¹⁵ Refere-se a uma relação de trabalho em que os/as imigrantes europeus/eis plantavam em terras alheias e deveriam entregar toda a produção para o dono das terras em troca de pagamento em dinheiro (MORISSAWA, 2001).

¹⁶ Em nosso estudo não iremos nos atentar aos espaços urbanos de luta pela terra como, por exemplo, as favelas, por não se tratar do foco desse trabalho.

¹⁷ Com a Crise Econômica Mundial de 1929, o Brasil passa a exportar menos produtos primários como borracha, cacau, açúcar e, principalmente, o café, tendo que a aumentar a industrialização de produtos anteriormente importados, como têxteis, cigarros e cerveja. Neste cenário é que os produtores de café começam a perder poder para uma classe industrial ascendente (REGO; MARQUES, 2005).

O clima no país era de intensas manifestações caracterizadas pelas lutas camponesas e operárias por direitos trabalhistas e pela reforma agrária. A primeira iniciativa governamental em que, mesmo dentro de uma visão de desenvolvimento capitalista nacional, os trabalhadores rurais sem-terra foram incluídos, foi a reforma agrária proposta pelo governo de João Goulart no início da década de 60 como, segundo Morissawa (2001), uma das soluções para a economia brasileira e para os conflitos que ocorriam no campo. Além disso, o autor destaca que, durante as revoluções socialistas que aconteciam em vários lugares do mundo, inclusive na América Latina, um dos primeiros atos dos governos revolucionários foi a distribuição de terras aos camponeses.

Desta forma, as elites latifundiárias e o governo brasileiro associavam a proposta de Reforma Agrária a uma possível Revolução Socialista. O período de 1964 a 1984 foi marcado pela ditadura militar e, como forma de tentar evitar uma revolução social como a que acabara de acontecer em Cuba em 1959, o presidente-marechal Castelo Branco decretou o Estatuto da Terra, documento com o caráter progressista de reforma agrária que introduzia conceitos como o minifúndio, empresa rural, latifúndio improdutivo, imposto territorial e função social da terra (id. *ibid.*).

O Estatuto da Terra, que garantiria os direitos dos camponeses, nunca foi implantado. Além disso, foi usado como instrumento estratégico para controlar as lutas sociais e desarticular os conflitos por terra. Nesse período, as principais lideranças camponesas foram presas, exiladas e assassinadas e, em 1988, com a aprovação da Lei Agrária (Lei 8.629) pela qual as propriedades de terra do Brasil foram reclassificadas de acordo com suas dimensões, todas as grandes propriedades improdutivas passaram a estar sujeitas à desapropriação para fins da Reforma Agrária (id. *ibid.*).

Assim como o Estatuto da Terra, a Lei Agrária foi criada para controlar, pelo menos momentaneamente, as lutas pela reforma agrária. No entanto, foi no período de 1979 a 1992 que cresceram as expressivas mobilizações em torno da questão da terra, período esse em que se estruturou e consolidou o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST:

Após um lapso de mais de duas décadas, numa conjuntura marcada por desemprego no campo e nas cidades, surge o MST, na linha de continuidade das lutas das Ligas Camponesas. Embrionariamente o Movimento atuava nas lides da CPT (Comissão Pastoral da Terra), em defesa dos direitos dos posseiros, dos camponeses sem terra e dos destituídos, até tornar-se independente em 1984 (MORISSAWA, *op. cit.*, p. 3).

Ainda segundo esse autor (2001, p. 4), “[...] as ações do MST crescem em seu impacto na mesma medida do crescimento da confiança dos sem-terra numa luta organizada e mantida por eles próprios.” Desde então, outros movimentos de trabalhadores sem-terra se consolidaram.

Atualmente, no estado de São Paulo, podemos citar alguns movimentos (AMARAL, 2010) como a *Organização das Mulheres Assentadas e Quilombolas do Estado de São Paulo* - OMAQESP, que tem como principal característica a questão de gênero e a qualidade de vida dentro dos assentamentos; a *Federação da Agricultura Familiar do Estado de São Paulo* - FAF, que atua na valorização e defesa da agricultura familiar além de se dedicar às questões educacionais; e a *Federação dos Empregados Rurais e Assalariados do Estado de São Paulo* – FERAESP, que tem suas ações prioritárias voltadas para as causas dos empregados rurais assalariados, além de se envolver com questões da Reforma Agrária e Educação no Campo. No contexto em que se desenvolve esta pesquisa, o movimento responsável pela ocupação e implantação do Assentamento Monte Alegre é a FERAESP.

3.2. As mulheres na luta pela terra

Whitaker (1988, p. 59) apresenta o seguinte questionamento: “onde ficou a mulher paulista que administrava as propriedades durante as prolongadas ausências dos bandeirantes?”. A autora nos faz refletir sobre o pouco que sabemos com relação aos episódios passados no campo, tendo ainda ocultada a participação da mulher e a importância de seu trabalho nesse contexto histórico, social e cultural pouco ou nada enfatizado nas aulas de História do Brasil.

Historicamente, A origem do movimento de mulheres rurais está localizada no contexto da abertura democrática da década de 1980 e na consolidação do movimento feminista e de mulheres no Brasil. Com a Constituição de 1988, foi reconhecida a inclusão de mulheres na reforma agrária e a igualdade entre homens e mulheres na família. (SALES, 2007).

Nos anos de 1980, se consolidaram diferentes movimentos de mulheres nos estados, em sintonia com o surgimento de vários movimentos do campo. Com este processo, surgiu a necessidade de articulação com as mulheres organizadas nos demais movimentos mistos do campo. Em 1995, criou-se a *Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais*, reunindo as mulheres dos seguintes movimentos: Movimentos Autônomos; Comissão Pastoral da Terra – CPT; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST; Pastoral da

Juventude Rural - PJR; Movimento dos Atingidos pelas Barragens – MAB; alguns Sindicatos de Trabalhadores Rurais e, no último período, o Movimento dos Pequenos Agricultores – MPA.

Em 2003, este coletivo de mulheres que representava os movimentos autônomos de 14 estados brasileiros definiu os rumos concretos do movimento que a partir de então seria chamado de *Movimento de Mulheres Camponesas* – MMC.

De acordo com o debate realizado pelo MMC sobre a categoria “camponês”, ficou definido que

[pelo termo se] compreende a unidade produtiva camponesa centrada no núcleo familiar a qual, por um lado, se dedica a uma produção agrícola e artesanal autônoma com o objetivo de satisfazer as necessidades familiares de subsistência e, por outro, comercializa parte de sua produção para garantir recursos necessários à compra de produtos e serviços que não produz (MMC, 2011).

Neste sentido, o MMC concluiu que

[a] mulher camponesa é aquela que, de uma ou de outra maneira, produz o alimento e garante a subsistência da família. É a pequena agricultora, a pescadora artesanal, a quebradeira de coco, as extrativistas, arrendatárias, meeiras, ribeirinhas, posseiras, bóias-frias, diaristas, parceiras, sem-terra, acampadas e assentadas, assalariadas rurais e indígenas. (id. *ibid.*)

Morissawa (2001, p. 212), afirma que as mulheres camponesas organizadas em movimentos articulam diversas atividades nos assentamentos, acampamentos e também em eventos externos, como encontros regionais e nacionais tendo, no ano de 2000, por ocasião dos 500 anos do “descobrimento” do Brasil, o MST realizado sua primeira ocupação só de mulheres, em Pernambuco. O acampamento foi batizado com o nome de Dorcelina Folador, em memória da prefeita de Mundo Novo (MS) e militante do MST assassinada em outubro de 1999.

Assim, a luta pelo direito à terra vem acompanhada pela luta pelo reconhecimento da profissão de trabalhadora rural e, com isso, dos direitos previdenciários das mulheres do campo. Aliado a isso, a luta pelo direito à saúde é um marco fundamental do processo de resistência e dinamismo do trabalho de base das mulheres camponesas (DARON, 2009).

3.3. O Assentamento Monte Alegre

Resultado das organizações e lutas ocorridas no estado de São Paulo (FERRANTE, 2002), a região de Araraquara (região central do estado de São Paulo) possui três projetos de assentamentos rurais. Os projetos de assentamentos Monte Alegre e Horto Bueno de Andrade são de responsabilidade do *Instituto de Terras do Estado de São Paulo – ITESP*, enquanto o projeto Bela Vista do Chibarro é de responsabilidade do *Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA*. De acordo com o ITESP (2009), no estado de São Paulo cerca de 10.100 famílias vivem e trabalham nos 168 assentamentos existentes, ocupando cerca de 220.508 hectares.

O Assentamento Monte Alegre, campo dessa pesquisa, encontra-se dentro do limite de três municípios: Araraquara, Matão e Motuca (Figura 1), sendo alvo de três políticas públicas municipais de diferentes enfoques e resultados. Suas primeiras áreas de assentamentos (Monte Alegre 1, 2, 3 e 4) foram instaladas nos anos de 1985 e 1986, tendo sido completada quase dez anos depois (FERRANTE, 2002; CAMPOI, 2005; GASPARI, 2010).



Figura 1: Localização do Assentamento Monte Alegre.

Atualmente, o assentamento é formado por seis núcleos, ocupando 6.595 ha, divididos em lotes agrícolas de aproximadamente 14 ha cada. Vivem e trabalham no assentamento 385 famílias (CAMPOI, 2005; GASPARI, 2010).

A Fazenda Monte Alegre foi formada por duas antigas propriedades de café constituídas por acumulação de heranças até somarem 7.300 ha em 1920. Durante a década de 40, o governo do estado de São Paulo comprou a Fazenda Monte Alegre mediante arrecadação de impostos, com o objetivo de produzir madeira para a construção da Estrada de Ferro Araraquarense (GASPARI, 2010).

Depois de 30 anos, com a criação da FEPASA, a fazenda tornou-se ociosa e, sob a coordenação da CAIC (Companhia Agrícola Imobiliária e Colonizadora), várias empresas organizadas obtiveram financiamento do governo federal para exploração da madeira na propriedade. Em 1984, vários trabalhadores começaram a reivindicar a área da Fazenda Monte Alegre, então abandonada pela CAIC, objetivando a realização de projetos de assentamentos no local (DANTAS, 1998).

As primeiras famílias a ocuparem esse assentamento, em agosto de 1985, eram ex-bóias-frias da região, ou seja, homens e mulheres excluídos do processo de mecanização do corte da cana-de-açúcar. A eles se somaram migrantes vindos de Minas Gerais, Paraná e da Região Nordeste e, em outubro de 1985, foi criado o núcleo II com a instalação inicial de 38 famílias, atualmente com 59 lotes. No ano de 1986, formaram-se os núcleos III e IV, hoje com 76 e 59 lotes respectivamente. Entre 1987 e 1990 vários grupos de trabalhadores acamparam na Fazenda, mas destes apenas um foi assentado, gerando o núcleo V do Assentamento Monte Alegre, com 34 famílias. (DANTAS, 1998; FERRANTE, 2000; GASPARI, 2010).

Durante o período de 1995/98 foi formado o Monte Alegre VI, atualmente com 96 lotes (Figura 2). Este é o maior dos núcleos, com uma área de 1.254 hectares (Figura 3), possui uma escola de 1º grau e um galpão onde atuam a equipe do Programa Saúde da Família (PSF) e o Centro Comunitário.



Figura 2: Em destaque no mapa, os 96 lotes que compõem o Núcleo VI do Assentamento Monte Alegre.

De acordo com Borges, Fabro e Ferreira (2006), as moradias são de alvenaria (96%), com piso de cimento (57%) e cobertas com telhas de barro (78%). Há energia elétrica em todos os lotes, em 83% há abastecimento de água de poço, 92% têm fossa séptica e 83% possuem banheiro sanitário. Todavia, 95% dos poços estão contaminados por coliforme fecais e o lixo doméstico é queimado em 54% dos casos.

Atividades culturais e de lazer são realizadas nas quadras poliesportivas das áreas II, III e VI, além do espaço dos galpões que abrigam festas e outras reuniões que ocorrem geralmente em datas comemorativas. No estudo de Gaspari (2010), os usuários referiram ser satisfatório o transporte público, uma vez que há ônibus em dois ou três horários por dia próximo às suas casas. No entanto, as mulheres participantes no presente estudo identificam os poucos horários de ônibus como um problema que precisa ser resolvido no assentamento por interferir na saúde da população.

Há, como mencionado acima, uma escola de ensinos fundamental e supletivo, no entanto não há creche ou pré-escola, o que dificulta diretamente o trabalho fora de casa para as mães de crianças até os 6 (seis) anos de idade que precisam, então, encaminhar seus filhos e filhas para escolas em Motuca – quando conseguem vagas – para que possam trabalhar e auxiliar na renda da família. A falta de ensino médio afeta também os adolescentes

que têm, então, a necessidade de se deslocarem por conta própria para Araraquara ou Matão para continuarem seus estudos.

A população do Assentamento Monte Alegre VI, segundo a caderneta de Campo aplicada em 2010, é de 434 habitantes, com aproximadamente 48% na faixa etária de 31 a 65 anos. A distribuição da titularidade dos lotes de Monte Alegre VI entre os gêneros mostra a concentração entre os homens, detentores de 72% dos títulos de posse. Entretanto, o Assentamento Monte Alegre VI destaca-se pelo fato de que 24 mulheres possuem tal titularidade (28%), enquanto esta média estadual é de 25% (ITESP, 2010).



Figura 3: Outdoor de identificação do Assentamento Monte Alegre VI.

No início do loteamento do núcleo VI, encontramos um outdoor de identificação do Assentamento Monte Alegre VI (Figura 3), fazendo referência ao ano de instalação, ao número de famílias detentoras de um lote no assentamento, ao tamanho da área total ocupada pelo núcleo e ao município no qual se encontra o ITESP, órgão responsável pela administração do assentamento junto ao Governo do Estado de São Paulo.

Segundo Ferrante (1998), a forma de organização e a maneira de encaminhar o processo que levou esta população até a condição de assentados variam desde um processo de seleção – realizado pela Secretaria Especial de Assuntos Fundiários (SEAF), seu sucedâneo, o

Departamento de Assentamento Fundiário (DAF) e o INCRA – até a ocupação seguida de algum conflito.

Destaca-se nesse processo a atuação do sindicato de Araraquara, um Sindicato de Trabalhadores Rurais (STR) que, em 1989, lidera o movimento de criação da FERAESP (Federação dos Assalariados Rurais do Estado de São Paulo), tornando-se Sindicato dos Assalariados Rurais. Respondendo a diferentes demandas, essa entidade organiza os trabalhadores e intermedeia, quase exclusivamente, os processos de negociação para regularização e entrada na terra, tanto do projeto Monte Alegre quanto do projeto Bela Vista do Chibarro (FERRANTE, 1998).

Atualmente, a FERAESP está constituída em 70 municípios do Estado de São Paulo, garantindo a presença da federação em importantes regiões de assalariamento rural do estado. Sobre a Reforma Agrária,

Os assalariados rurais consideram que a reforma agrária não é um problema exclusivo dos trabalhadores rurais, porque reforma agrária significa reforma das relações de produção no campo, reformar o papel de cada agente social, que é interesse do conjunto da classe trabalhadora brasileira (FERAESP, 1990 apud AMARAL, 2010).

Desta forma, a FERAESP está empenhada em buscar a articulação de todos os trabalhadores da cadeia agroalimentar, pois compreende que o agronegócio vai além do mundo rural (AMARAL, 2010). Em janeiro de 2009, então, a FERAESP realizou seu I Encontro Estadual na cidade de Araraquara, reunindo 571 trabalhadores, sendo 350 homens e 221 mulheres. Entre eles estavam assalariados(as) rurais, acampados, assentados(as), sem-terra advindos de várias regiões do estado de São Paulo, representando 42 comunidades. O encontro teve como tema a Reforma Agrária, mas houve discussões sobre educação e sustentabilidade na geração de renda.

3.4. A Associação de Mulheres do Assentamento e suas conquistas

As freqüentes visitas realizadas ao Assentamento Monte Alegre permitiram concordar com Poletine et al (2005) quando afirmam que é possível perceber nos assentamentos da região de Araraquara um processo de politização dos espaços cotidianos, espaços esses nos quais as mulheres se fazem presentes.

Um exemplo do esforço dessas mulheres é a concretização da *Associação das Mulheres do Assentamento*, cujo conhecimento da história de formação permite nos

aproximarmos um pouco mais das histórias de vida dessas mulheres, com suas lutas e conquistas cotidianas.

No dia 13 de julho de 2008, realizou-se a Assembleia de Fundação da Associação de Mulheres Assentadas do Assentamento Monte Alegre Seis, também designada pela sigla AMA. De acordo com a Ata da Assembléia, “várias mulheres do Assentamento Monte Alegre VI reuniram-se em Assembléia, regularmente convocada através do Edital publicado no Jornal ‘Folha da Cidade’ do dia 9 de julho de 2008”.

De acordo com o Estatuto da Associação de Mulheres Assentadas do Assentamento Monte Alegre Seis, esta associação tem por finalidade proporcionar o desenvolvimento social, econômico, educacional e cultural de suas associadas, agricultoras integrantes da comunidade rural do projeto de Assentamento Monte Alegre VI.

Para esta finalidade, as associadas se dispõem a atuar¹⁸:

- I. Na promoção da cultura, esporte e defesa do patrimônio histórico e artístico;
- II. Na promoção da saúde e da educação gratuitas às integrantes da comunidade rural do projeto de Assentamento Monte Alegre Seis, buscando sempre a melhoria da qualidade de vida;
- III. Na preservação do meio ambiente e promoção do desenvolvimento sustentável;
- IV. Na promoção do desenvolvimento econômico de suas associadas por meio da produção agrícola e agroindustrial, da compra e da venda conjunta de insumos e produtos, e da contratação de estudos, projetos e pareceres nas áreas de atuação;
- V. Na promoção e aprimoramento técnico-profissional das associadas, por meio de divulgação, formação, treinamento e qualificação profissional voltados aos sistemas alternativos de produção, comércio, emprego e crédito;
- VI. Na experimentação de novos modelos sócio-educativos e
- VII. No desenvolvimento de tecnologias alternativas, produção e divulgação das informações e conhecimentos técnicos relacionados às atividades mencionadas.

Na seqüência das atividades desenvolvidas por esse grupo de mulheres temos a consolidação da Padaria Comunitária do Assentamento Monte Alegre VI, concretizada após a

¹⁸ Informações obtidas na cópia impressa do Estatuto da Associação de Mulheres Assentadas do Assentamento Monte Alegre Seis.

participação e a conquista de recursos financeiros por parte dessas mulheres assentadas nos fóruns do Orçamento Participativo do município de Araraquara.

[...] o trabalho de fabricação de pães começou na escola, e quem lutou por um espaço para esta atividade desde o início foi a Maria. Depois a Zete e a Zilda chegaram e, por último, chegou a própria Jisele para compor este grupo. (4º conjunto de notas)



Figura 4: Fachada da panificadora.

Inaugurada em dezembro de 2008, a Panificadora AMA¹⁹ possui uma área de produção de pães e bolos, além de um espaço para comercialização dos produtos. Trata-se de uma construção pequena, dividida em quatro partes distintas: a frente, onde ficam expostos os produtos e onde ficam o caixa e uma geladeira; a cozinha, no interior do estabelecimento; e dois cômodos no fundo. Em um desses cômodos ficam os pertences pessoais das mulheres, além de uma escrivaninha e materiais de escritório. No outro cômodo, utilizado como despensa, ficam os ingredientes e utensílios de cozinha. Na cozinha, propriamente dita, existem equipamentos industriais, duas pias grandes, um tanque, dois fornos industriais, um fogão e uma geladeira que condizem com os demais equipamentos profissionais. Na área externa estão localizados o banheiro e um tanque.

¹⁹ AMA faz referência a Associação de Mulheres do Assentamento. A panificadora também recebeu o nome de “Irene Biazzigóes” em homenagem a uma moradora do núcleo seis do assentamento, falecida em 2008, que trabalhou na escola como merendeira e lutou por melhores condições de educação e trabalho no assentamento.

A panificadora é administrada pelas mulheres da Associação e todas as pessoas que tiverem interesse em trabalhar na Padaria devem se integrar à Associação. A idéia é que elas possam comercializar seus produtos na própria padaria e ainda na Loja Solidária, instalada no Terminal de Integração da cidade de Araraquara.

A idéia começou em 2002 com um grupo de mulheres que queria trabalhar, essas mulheres não tinha salário, dependia dos maridos. Começou um grupo de 20 mulheres, aí foi saindo, saindo e ficou parado. Aí teve o orçamento participativo, temática de mulheres. Quanto mais pessoas levasse, mais ganhava. (Maria)

Aí, dia 14 de dezembro de 2008 foi inaugurado nosso espaço. Já vai para dois anos que nós tá aqui. (Elisete)

Aí, nós fundamos a associação em outubro de 2008. Quem segurou a barra para fundar isso aqui fui eu e a Zete, fomos as protagonistas dessa historia. (Maria)

Ajuda bem a gente na complementação da renda. No começo nós ganhava 100 reais cada uma, hoje em dia a gente tira em torno de 400 reais. É assim, primeiro a gente paga todas as contas, cobre os cheques e no final do mês a gente reparte o que sobra. (Maria)

Além da geração de renda, o trabalho na padaria possibilita o reconhecimento das associadas por parte de alguns órgãos locais, como mostra o depoimento da Coordenadora de Participação Popular, Eliana Honain, para o Jornal Tribuna veiculado no dia 18 de dezembro de 2008, em reportagem sobre a inauguração da Padaria:

Em nenhum momento, elas desistiram de lutar. Não deixaram de produzir, utilizando o espaço da escola. A coordenadora destacou a importância das conquistas dos moradores através das Plenárias do Orçamento Participativo e motivou a continuidade da mobilização para realização de outras obras importantes. (TRIBUNA, 2008)

A coordenadora faz menção às primeiras produções dessas mulheres que, até o ano de 2001, eram realizadas na cozinha da escola do núcleo VI, com equipamentos próprios e, em geral, matérias-primas compradas na cidade. Antes disso, essas mulheres já tinham uma organização informal para a produção de pães em suas casas.

A partir de 2002, com a reforma da escola e a implantação de uma cozinha melhor equipada, a produção de pães ganhou novas perspectivas, valorizando a utilização das matérias-primas produzidas no próprio assentamento. Nesse ano, a prefeitura apoiou a comercialização da produção fornecendo transporte e bancas para exposição num espaço municipal de grande circulação de pessoas, o Terminal de Integração Urbana de Araraquara.

Com essas vendas, as “mulheres do pão”, como eram conhecidas, passaram a aumentar substancialmente a renda familiar, além de serem incluídas socialmente ao município.

Junto com estas conquistas, e seguindo as propostas de atuação previstas no estatuto, as associadas fizeram e ainda fazem cursos de culinária, comercialização, entre outros, se referindo com orgulho aos certificados que vêm obtendo nessas capacitações. Além de aprenderem, nessas formações elas também têm recebido convites para dar palestras e participar de encontros em outros municípios, com outras produtoras e produtores rurais de diferentes assentamentos.

A foto abaixo (Figura 4) mostra as associadas Elisete e Maria, participantes dessa pesquisa desde o início das coletas de dados, ministrando uma palestra no auditório da Secretaria de Educação e Cultura de Descalvado – SP, na qual falaram sobre a experiência de implantação de uma Padaria Comunitária, desde a fase inicial de concepção do projeto até as dificuldades atuais. Consta na reportagem divulgada no Jornal Eletrônico de Descalvado – “O Comércio”, o seguinte depoimento das duas:

O sucesso não veio de um dia para o outro. Foi uma batalha muito grande. Nós começamos com um grupo de vinte mulheres e só sobramos nós duas. Muita gente desistiu, mas nós viemos dizer a vocês que é preciso acreditar. A união faz a força. (fala de Elizete e Maria, maio de 2011)



Figura 5: Elizete (esquerda) e Maria (direita) compartilhando a experiência de formação da Padaria Comunitária em palestra dada aos Membros da Associação de Hortifrutis de Descalvado – SP²⁰.

Através dessa iniciativa é possível perceber a possibilidade de se promover um sentido diferenciado do trabalho feminino para além do âmbito familiar e dos afazeres

²⁰ **Fonte:** Jornal O Comércio de Descalvado . Disponível em: http://www.jornalocomercio.com.br/internas/internas1_28-05-11.html. Acesso em: 15. Nov. 2012.

domésticos. O ato de cozinhar e produzir pães e massas passou a ter sentido público, sendo reconhecido como trabalho efetivo na geração de renda. Ou seja, as mulheres passam a atuar “na construção de espaços de sociabilidade, mesmo através de códigos sociais tradicionais” (FERRANTE, 1998, 124).

Elas conquistaram espaço em lutas coletivas, embora os padrões culturais não deixem de influenciar na divisão sexual do trabalho, nas tomadas de decisões e nas esferas do poder, explicitados nas conversas por meio de falas sobre a necessidade de chegar em determinado horário em casa para realizar suas atividades domésticas como cozinhar, lavar, passar, limpar, cuidar da criação e do plantio. Encontramos depoimentos de mulheres que precisam, para exercerem suas atividades fora do lar, da aceitação de seus companheiros, o que nem sempre acontece. Segundo FERRANTE (1998, p. 137):

[...] a ação política ameaça a ‘moral’ da mulher: muitas delas, quando assumiam a posição de líder ou representante tinham que falar com muita gente, ir sempre à cidade, sozinhas ou com um grupo do qual o marido muitas vezes não participava. Qualquer descontentamento com as opiniões das mulheres abria margem para uma série de difamações, no bar, nas ruas da agrovila, no campo de futebol. Logo os maridos pressionavam para que suas mulheres não mais participassem das reuniões e – se fossem líderes – abdicassem dos cargos assumidos.

Ideologicamente, o homem detém o poder de fala e de representação em espaços públicos. Apesar da presença da mulher em todas as etapas do processo de discussão e decisão, determinados cargos são na maioria das vezes ocupados pelos homens, sendo a mulher conivente com esse tipo de situação. Pensando, então, nas possibilidades de mudança dessas relações, apontamos a importância de se valorizar as características próprias das mulheres envolvidas nessa luta que simboliza também a Reforma Agrária no Brasil. Muito desse significado só pode ser encontrado em aspectos subjetivos dessa realidade, nas falas e depoimentos é que encontramos a missão e a vocação dessas mulheres para exercer determinadas lideranças, participar e intervir nesses espaços (POLETINE et al, 2005).

3.5. As mulheres de Monte Alegre e os caminhos que as levaram ao assentamento

*Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria, mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter mania, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania de ter fé na vida
(Milton Nascimento)*

Ao longo dos encontros, cada uma das mulheres se apresentou compartilhando sua rotina e contando suas experiências pessoais de forma casual. Aos poucos se deu o registro das narrativas e, nesse tópico, busquei sintetizar as informações obtidas sobre essas mulheres com o intento de apresentá-las a partir de recortes de suas histórias de vida.

Nessa apresentação, destacamos a forma como nos referimos a cada uma no decorrer desse trabalho, iniciando pelo fato de todas as mulheres apresentadas autorizarem a utilização dos seus nomes reais, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e, inclusive, incentivando tal utilização por acreditarem que este relatório será mais um instrumento de luta contra o preconceito, auxiliando na conquista da visibilidade para suas conquistas pessoais e coletivas, assim como na busca por seus direitos.

Durante a vivência, e mesmo na entrevista, as mulheres optaram por serem chamadas de Mulheres Camponesas. Disseram que, apesar das discriminações que sofrem, têm orgulho de serem mulheres cujo modo de vida e a rotina de trabalho estão relacionados com o campo.

Cabe destacar que participaram ativamente do processo de construção dessa pesquisa doze mulheres residentes e/ou trabalhadoras do Assentamento Monte Alegre, algumas delas encontradas com menor frequência, o que dificultou o estabelecimento de diálogos duradouros para a obtenção de maiores informações, resultando em alguns relatos de menor extensão sobre suas histórias de vida. São elas:

Maria José, 54 anos, nasceu em Campo Morão - Paraná, mudou para São Carlos e mora há 13 anos no Assentamento Monte Alegre VI. Trabalha em casa e na Panificadora AMA, fazendo parte da Associação de Mulheres do Assentamento (AMA). Casou com 18 anos e após um ano e meio ficou viúva. Nessa época já tinha três filhos. Aos 22 anos casou-se novamente e teve mais três filhos. Seu marido já tinha seis filhos, de modo que Maria criou 12 filhos.

Elizete Cordeiro dos Santos (ou **Zete**) nasceu no estado de São Paulo, mas cresceu no Paraná sempre morando em sítios. Antes de vir para o assentamento morou em Matão, interior de São Paulo. Trabalha na Panificadora AMA e no sítio, integra a Associação AMA e mora no Assentamento Monte Alegre VI. É casada e tem dois filhos e uma filha que moram em Curitiba e Matão, respectivamente.

Jisele Dias de Souza Santana, migrante do interior da Bahia, trabalha na Panificadora AMA e no sítio. É associada da AMA e mora há cinco anos no Assentamento Monte Alegre VI, no sítio Nossa Senhora de Fátima. É casada, tem filhos adultos, uma neta e um neto. Conhece algumas práticas populares de saúde como a utilização de ervas e chás, entre outras. Aprendeu sobre essas práticas com a mãe e a avó. Ela me recebeu em sua casa algumas vezes, quando conversamos mais sobre as plantas medicinais que ela possui no próprio quintal. Conheci seu marido, que mostrou conhecimento sobre o uso adequado das plantas no cuidado à saúde. Ela diz aprender sobre saúde assistindo programas de televisão, consultando livros e lendo revistas.

Zilda não falou muito sobre sua história. Ela é casada, mora e trabalha no Assentamento Monte Alegre VI. Trabalha na Panificadora AMA e faz parte da Associação. Não participou da entrevista coletiva porque precisava ir à cidade passar por consultas médicas. Recebeu-me em sua casa e contou um pouco sobre o trabalho no sítio. Assim como as companheiras, ela se dedica muito ao roçado e à criação, além dos cuidados domésticos como limpeza da casa e preparo de alimentos, e do trabalho na padaria.

Maria Aparecida Alves da Silva (**Preta**), 45 anos, natural de Riolândia, interior de São Paulo, divisa com Minas Gerais. Ela é Agente Comunitária de Saúde (ACS), vive há 12 anos no Assentamento Monte Alegre VI e faz parte da Associação AMA. É casada, não tem filhos e foi citada pelas outras mulheres como sendo uma referência em saúde no assentamento. Ela diz que um pouco do que sabe aprendeu como ACS e, sobre as práticas populares de saúde, diz ter aprendido muito com o marido que, segundo ela, tem muito conhecimento sobre o uso de ervas.

Marli, 43 anos, tem três filhos, é de Santo André, ABC Paulista, mora há 13 anos no Assentamento Monte Alegre VI e também é Agente Comunitária de Saúde há 12 anos. Marli sempre morou na cidade e disse ter tido muita dificuldade para se adaptar no campo, tendo voltado para a cidade três vezes antes de se estabelecer no assentamento.

Fran, 16 anos, é estudante, mora no núcleo VI do Assentamento Monte Alegre e auxilia nos trabalhos da padaria quando está no período das férias escolares além de participar das atividades organizadas pelo grupo da igreja que frequenta.

Flávia, 32 anos, tem dois filhos, é casada, nasceu em Araraquara – interior de São Paulo, e há 13 anos mora no Assentamento Horto de Bueno e trabalha no Assentamento Monte Alegre III como Agente Comunitária de Saúde há oito anos.

Vanderléia (ou **Vanda**), 33 anos, casada, natural de Boa Esperança do Sul – interior de São Paulo, mora no assentamento Horto de Bueno há 15 anos, onde é Agente Comunitária de Saúde há 12 anos.

Marlene, 35 anos, migrante do Paraná, mora e trabalha no Assentamento Monte Alegre VI, integra a Associação AMA e também trabalha na Panificadora AMA.

Leonilda, 33 anos, casada, tem três filhos, faz parte da Associação de Moradores do Assentamento Monte Alegre III, onde mora há 10 anos e onde é Agente Comunitária de Saúde há três anos.

Regina, separada, tem dois filhos, veio de Sertãozinho – interior de São Paulo, é trabalhadora do lar e mora no Assentamento Monte Alegre VI.

Percebe-se que os caminhos que as levaram ao assentamento foram diferentes, pois nem todas tinham o interesse pela vida no campo e, muitas vezes, vieram acompanhando pais, companheiros, esposos e até filhos. Para algumas, viver na cidade representa falta de qualidade de vida, enquanto outras relataram certas dificuldades para se adaptarem à vida no campo, tendo desistido de ficar no assentamento várias vezes e voltado para a cidade.

Cidade grande é agitado e perigoso. Só que aqui é parado demais, entendeu? [...] mais do que o normal. Acho que até eu, agora, caí nesse sossego. Eu num ando nem com relógio já. Ando pra cima e pra baixo, num sei que hora são, num tenho hora pra nada. E num quero me estressar mais porque em São Paulo era tudo muito corrido. Você tinha que pegar três condução pra chegar no trabalho, tinha que sair três horas antes. Saia de madrugada e chegava à noite em casa. Então, aqui é totalmente diferente. Em Matão eu me adaptei bem, aqui que eu estranhei bastante. Aí eu tive vontade de ir embora e eu fui embora mesmo [...] (Marli)

Quando o Luizinho (marido de Preta) veio pra cá eu num queria vir de jeito nenhum. O Luizinho ficou um ano sozinho aqui. Ele foi despejado porque a mulher não vinha. Foi um ano o ITESP dando carta pra ele. [...] E eu em Monte Alto: “Eu não vou, eu não vou” [...] Eu sou agitada, eu gosto de coisa agitada. Sempre trabalhei no comércio. E pra adaptar foi difícil. [...] Chegava fim de semana eu queria ir embora pra minha casa em Monte Alto. (Preta)

O que sabemos das mulheres que participaram dessa pesquisa é que, apesar dos diferentes caminhos – alguns mais tortuosos e outros com algumas pedras diferentes –, atualmente, todas disseram preferir a vida no campo à vida na cidade, demonstrando

disposição para se mobilizarem sempre que percebem uma oportunidade para a melhoria da qualidade de vida no assentamento.

Como relata Preta:

E hoje, se for ter que voltar pra cidade eu acho que não teria coragem, assim, de deixar tudo que eu conquistei, o que adquiri aqui dentro e, assim, tudo o que eu aprendi aqui dentro do assentamento. Acho que não posso largar. [...] Meu marido fala que vai vender o sítio e vai embora. Eu falo: “Você vai vender comigo aqui dentro, porque eu não vou!” (Preta)

CAPÍTULO IV – “A trajetória teórico-metodológica”

*“Acordêi de um longo sono,
a intensa luz quase me cega.
É preciso revelar o que se nega.
Se a vida é uma escola,
toda escola tem seu quadro,
Quadro negro, formato quadrado
Nele reescrevo a minha história,
faço um diário.
Na minha lista negra
só tem revolucionário,
Marias guerreiras das periferias,
você tem que ver
Os guerreiros do passado
e os atuais do MST.
Os homossexuais
que resistem com dignidade,
Crioulos e indígenas
que adentram as faculdades.
Se o escuro é feio,
minha poesia é imunda.
Mas das nuvens mais negras
cai água límpida e fecunda”*

*(Trecho do RAP “Quadro Negro”,
autoria do grupo Simples Rap’ortagem²¹)*

4.1. A Pesquisa em Educação

Com a criação e a consolidação dos cursos de Pós-Graduação em Educação na América Latina, a investigação educativa adentrou uma nova fase de desenvolvimento que, segundo Santos Filho e Gamboa (2007), é caracterizada pelo crescimento da preocupação com os elementos qualitativos da produção científica.

A pesquisa qualitativa surge por volta da década de 70 do século passado, acompanhando o interesse crescente, em muitos países da América Latina, na discussão da necessária qualidade dos processos educacionais para o enfrentamento e superação das condições de subdesenvolvimento (Ghedin; Franco, 2008, p.58).

As metodologias de pesquisa qualitativa são descritas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações,

²¹ Disponível em: < <http://www.simplesrap.com/>>. Acesso em: 23 jun. 2011.

e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2004, p. 10).

Vázquez et al (2009, p.23) contribuem dizendo que a metodologia qualitativa “tem o propósito de compreender a complexidade e significados da experiência humana, assim como contribuir para a geração de teorias”.

De acordo com Ghedin e Franco (2008, p. 38), “a ciência moderna sempre pretendeu arvorar-se em portadora da verdade, aspirando ser a guardiã do caminho da salvação humana, a redentora do homem como ser do universo”, tendo o poder de, com maior ou menor rigor, dotar o homem da possibilidade de descobrir a verdade do mundo, de modo que até

as ciências humanas sempre estiveram impregnadas da racionalidade que serviu de base aos fundadores da ciência moderna, os quais, apoiados em métodos e lógicas decorrentes das ciências da natureza, avalizaram epistemologias que pressupõem a crença na realidade exterior, separada do olhar e sentir humanos, acessível pelo bom uso da razão, pela neutralidade científica, pela objetividade, pelos cálculos e análises quantitativos, na busca de postulados verificáveis, de relações causais previsíveis. (GHEDIN; FRANCO, 2008, p. 38).

A retomada do debate sobre a origem da verdade (BORBA et al, 2008), verdade entendida como empreendimento construído, provisório, relativo e possível para se falar da vida, do mundo e de si, torna-se presente na reflexão sobre o processo de produção do conhecimento em educação na medida em que o projeto atual de investigação em tem valorizado a vivência das experiências pedagógicas como discurso científico sobre a prática educativa.

De acordo com Bodgan e Biklen (1994, p. 64), a pesquisa científica implica na investigação rigorosa e sistemática que se baseia em dados. Então, reconhece-se a vivência das experiências pedagógicas como fonte de dados para a investigação científica da prática educativa. Prática educativa que, para Ghedin e Franco (2008, p. 55), pode ser vista como “síntese provisória da intencionalidade de uma época, em um contexto específico, que vai tomando sucessivamente diferentes contornos”.

Desta forma, expressam-se contribuições para a compreensão de que cabe ao pesquisador prover-se das mediações reflexivas e críticas entre as transformações sociais concretas e a formação humana dos sujeitos, questionando os modos de pensar, sentir, agir, produzir e distribuir conhecimento.

Assim, um conhecimento que leva ao registro de seu tempo por meio de um compromisso com a realidade histórica – levando em consideração que a construção da ciência é um fenômeno social por excelência, e que a pesquisa não se concretiza em uma estratosfera localizada acima da linha de atividades comuns e correntes do ser humano, sendo sensível às injunções inerentes dessas atividades – configura-se como uma atividade humana, trazendo em seu bojo a carga de valores, preferências, interesses e princípios que norteiam o pesquisador (BORBA et al, 2008).

Brandão, Z. (2002b) conclui então que, por meio do trabalho no campo da educação, é possível favorecer escolhas mais autônomas em todas as esferas da sociedade, colaborar com a escola pública e contribuir para a renovação permanente de diversos projetos sociais inseridos em nossa sociedade.

Desta forma, as opções de pesquisa não se limitam à escolha de técnicas ou métodos qualitativos ou quantitativos, desconhecendo suas implicações teóricas e epistemológicas; tais opções são mais complexas e dizem respeito “às formas de abordar o objeto, aos objetivos com relação a este, às maneiras de conceber o sujeito, aos interesses que comandam o processo cognitivo, às visões de mundo implícitas nesses interesses, às estratégias de pesquisa, aos resultados esperados, etc.” (SANTOS FILHO; GAMBOA, 2007, p.9).

A abordagem da investigação qualitativa, por sua vez, exigirá um exame do mundo circundante “com a idéia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo” (BODGAN; BIKLEN, 1994, p. 49).

A questão da historicidade do real e da necessidade da construção teórica do objeto de conhecimento da pesquisa em educação são elementos centrais para uma reflexão epistemológica contrária à forma tradicional de pensar o trajeto do conhecimento, especialmente no campo educacional.

Logo, o conhecimento acerca de uma realidade consiste em uma construção teórica e histórica em busca da compreensão das determinações também históricas da realidade, que não são informadas diretamente pela mesma (BORBA et al, 2008).

os investigadores qualitativos freqüentam os locais de estudo porque se preocupam com o contexto. Entendem que as ações podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente habitual de ocorrência. Os locais têm de ser entendidos no contexto da história das instituições a que pertencem (BODGAN; BIKLEN, 1994, p. 48).

Como conclusão, Ghedin e Franco (2008, p. 40) afirmam que:

Sendo um processo histórico, a educação não poderá ser apreendida por meio de estudos metodológicos que congelam alguns momentos da prática. Deverá o método dar conta de apreendê-la em sua natureza dialética²², captando não apenas as objetivações de uma prática real e concreta, mas também a potencialidade latente de seu processo de transformação.

Assim, a pesquisa que se propõe conhecer a realidade de forma concreta, participativa e questionadora contribui para o desenvolvimento de práticas educativas problematizadoras e libertadoras. Segundo Brandão, Z. (2002b), por esse processo é possível aperfeiçoar constantemente as referências teórico-empíricas que possibilitam o desenvolvimento de pesquisas no campo da educação.

4.2. A pesquisa participante

A metodologia designa o modo como focamos os problemas e buscamos suas respostas, de maneira que a investigação qualitativa “dependerá da perspectiva teórica, do objeto de estudo e do método com que se estuda e se interpreta o estudado”, este último referente “aos caminhos e formas específicas em que se pauta e descreve a aproximação ao objeto” (VÁZQUEZ et al, 2009, p. 23).

Métodos participativos de pesquisa, portanto, “caracterizam-se pela inserção da investigação na prática histórica, a intervenção comunitária e um compromisso do pesquisador com a realidade social orientado a favorecer a participação dos indivíduos na transformação e melhora de seu meio social” (id. *ibid.*, p. 36).

Bodgan e Biklen (1994, p. 70) afirmam que “o objetivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e experiência humanos”, visando compreender “o processo mediante o qual as pessoas constroem significados e descrevem em que consistem estes mesmos significados” o pesquisador deve recorrer à “observação empírica por considerar que é em função de instâncias concretas do comportamento humano que se pode refletir com maior clareza e profundidade sobre a condição humana”.

Assim,

alguns investigadores qualitativos (incluindo investigadores feministas e de investigação-ação) que se dedicam ao estudo de pessoas marginalizadas têm,

²² A natureza dialética busca não interpretar, mas refletir acerca da realidade. Por isso, seus três momentos (tese, antítese e síntese) não são um método, mas derivam da dialética mesma da natureza das coisas (GHEDIN; FRANCO, 2008).

também, como objetivo, a intenção de contribuir para as condições de vida dos sujeitos (...) [e para isso] estabelecem diálogos com os sujeitos relativamente ao modo como estes analisam e observam os diversos acontecimentos e atividades, encorajando-os a conseguirem maior controle sobre suas experiências (ROMAN e APPLE, 1990; LATHER, 1998 apud BODGAN e BIKLEN, 1994, p. 70).

Para que esses objetivos possam ser atingidos, autores como Brandão e Streck (2006) apontam a pesquisa participante como “um importante instrumento de trabalho na construção do conhecimento que tem como objetivo compreender, intervir e transformar a realidade”, partindo do pressuposto de que “todo ser humano é em si mesmo e por si mesmo uma fonte original e insubstituível de saber”. Neste sentido, os autores argumentam que tal modalidade de pesquisa “oferece um repertório de experiências destinadas a superar a oposição sujeito/objeto, pesquisador/pesquisado, conhecedor/conhecido no interior dos processos de produção coletiva do saber, visando a seguir ações transformadoras”.

De acordo com Ribeiro Júnior (2009), a pesquisa participante destaca-se no contexto de surgimento das pesquisas em educação por propor que o pesquisador, ao invés de se manter afastado da situação que se está pesquisando, assuma o compromisso de participar da mesma.

Segundo Ezpeletta e Rocwell (1989), essa modalidade de pesquisa tem um objetivo maior de compreender a vida cotidiana, escolar e não escolar. Trata-se, portanto, de uma pesquisa que busca a colaboração dos sujeitos, sendo estes participantes ativos do processo de pesquisa; de modo que a questão de pesquisa deve ter relevância social, mas, diferente da pesquisa-ação, não precisa partir da necessidade desse grupo específico, podendo se pautar em teorias e devendo ser revista junto aos atores sociais que apresentem interesse em colaborar em sua investigação, realizando a construção do objeto conjuntamente a partir do estreitamento do vínculo entre pesquisador e sujeitos.

Desta forma, o pesquisador adapta o próprio projeto científico de pesquisa ao projeto político dos grupos populares cuja situação de classe, cultura ou história se quer conhecer porque se quer agir (BRANDÃO, 1981).

De acordo com Minayo (2004), este tipo de pesquisa baseia-se no contato intersubjetivo entre o pesquisador e os sujeitos do estudo, sejam eles integrantes de qualquer outro grupo social sob qual o recorte analítico seja feito. Desta forma, além da criação de vínculos fortes, é prevista a necessidade de se estabelecer a confiabilidade entre os sujeitos.

4.2.1. Coleta e análise de dados

A partir do que foi dito anteriormente, na pesquisa participante a investigação em comunidades populares será, então, uma atividade política e pedagógica, quase sempre mais ampla e de maior continuidade que a pesquisa (BRANDÃO, 1981), ancorada na técnica privilegiada da observação participante que possibilita formas de interação entre o pesquisador e os sujeitos, permitindo uma abordagem pessoal e abrindo fontes de informação que nenhuma outra técnica tornaria possível (EZPELETTA; ROCWELL, 1989). Dessa maneira, a observação participativa implica o encontro entre observador e sujeitos observados, mediado pela percepção e pelo desejo por informação por parte do primeiro, sendo a observação participante

aquela na qual o pesquisador se integra à realidade que pretende observar, convertendo-se em um a mais do grupo social objeto de estudo. Nela se favorece a intersubjetividade, incluindo ao investigador. Busca descobrir o sentido, a dinâmica e os processos dos acontecimentos que se dão em um determinado contexto social desde o ponto de vista dos participantes (Vázquez et al., 2009, p. 69).

A elaboração de um diário de campo aparece-nos, então, como uma estratégia utilizada no registro da observação, pois nele se descrevem “as reflexões pessoais assim como as vivências, as percepções, as expectativas, as relações estabelecidas com os sujeitos, seu sentimentos, suas expressões” (id. *ibid.*, p. 70). Recursos como vídeo e fotografia auxiliam nesses registros e na posterior análise da observação.

Para a realização da observação participante, utilizou-se nessa pesquisa um Roteiro de Observação (Apêndice B) que auxiliou na seleção dos dados percebidos durante as idas ao assentamento e a interação com as pessoas. Procurou-se descrever detalhadamente as impressões, os pensamentos, os cenários, as pessoas, contando com o auxílio de algumas fotos para o registro dos momentos.

Foram realizadas 15 visitas ao assentamento, ocasião em que aconteciam os encontros com as mulheres, sujeitos da pesquisa. Tais encontros, assim como os telefonemas trocados, foram registrados em diário de campo na forma de conjunto de notas, somando um total de 22 conjuntos com registros nessa modalidade.

Os diversos momentos de trabalho na Panificadora AMA, nos quais auxiliei no preparo e venda dos produtos durante cinco finais de semana, em um período de três meses, foram muito relevantes pela interação e por se tratar de um espaço onde as conversas ocorriam espontaneamente. Era possível observar nos diálogos e comportamentos dos

presentes algumas percepções sobre saúde, assim como algumas ações de cuidado e processos educativos que desenrolavam durante a vivência.

Além das observações realizadas na panificadora, foram focos de análise participativa os espaços de lazer, como cafés no fim de tarde ou eventos comunitários tais como a Feijoada Beneficente, no galpão da igreja, da qual participei com minha família; e os momentos de trabalho na casa, expressos nos cuidados domésticos e no trato da criação e do roçado, momentos que serão mais bem descritos no capítulo seguinte.

Além da observação participante e da elaboração do diário de campo, também são consideradas técnicas qualitativas de obtenção de dados a entrevista e a análise documental (VÁZQUEZ et al, 2009).

A entrevista consiste em uma “conversação na qual se exercite a arte de formular perguntas e escutar resposta” com a finalidade de obtenção de informações, buscando “compreender as perspectivas que têm os entrevistados sobre suas idéias, valores, situações que viveram, etc.” (id. *ibid.*, p. 52). Essa técnica foi utilizada no presente estudo por viabilizar o conhecimento da compreensão que as mulheres do assentamento fazem do conceito de saúde, aprofundado no diálogo sobre suas vivências, elucidando o sentido que esse conceito adquire para elas.

Assim, como afirma Poletine et al (2005, p. 04), “o diálogo que enriquece as soluções nos diferentes âmbitos da vida no campo é possível, pois a partir do problema buscase a reflexão coerente com a realidade vivida”. Com a entrevista pude, então, conhecer os saberes e os valores dessas mulheres por meio de seu próprio discurso. Daí a importância da sistematização dos conhecimentos constituídos a partir do cotidiano.

Desta forma, foi realizada uma entrevista com duas integrantes da AMA, Maria e Elizete, com intuito de conhecer melhor a história de criação da associação, assim como um pouco do histórico de luta dessas mulheres por seus direitos.

Realizaram-se algumas conversas individuais, na maioria das vezes nas próprias residências das mulheres e, costumeiramente, durante a apreciação de um bom café ou almoço. Essas conversas favoreceram muito a construção dos resultados dessa pesquisa embora, infelizmente, não tenha sido possível gravar em áudio ou vídeo o conteúdo integral dos diálogos por se tratarem de momentos de intimidade e descontração. Foi feito um grande esforço por parte da pesquisadora para resgatar o conteúdo dessas conversas, nas descrições em diário de campo, no entanto, é sabido que algumas informações se perderam ou não foram precisamente descritas devido ao volume de informações e à profundidade dos relatos. Ainda assim, consideramos os dados apreendidos bastante significativos para essa pesquisa.

Realizamos também uma entrevista coletiva, com o mesmo intuito de conhecer o que as mulheres do assentamento entendem por saúde, utilizando um roteiro semiestruturado (Apêndice C) por meio do qual o tema saúde foi introduzido com perguntas gerais tais como: O que é saúde? Como vocês cuidam da saúde? Como vocês aprendem e ensinam sobre saúde?, partindo do pressuposto de que “esse tipo de entrevista possibilita que as participantes interajam entre si, com o fim de conseguir a construção coletiva de um discurso” (VÁZQUEZ et al, 2009, p. 60).

Após a entrevista coletiva, realizamos ainda uma reunião com as mesmas participantes para organizarmos os próximos encontros e planejarmos estratégias de atuação voltadas à proposição de ações de saúde visando um maior bem-estar às mulheres do assentamento.

Utilizou-se de recursos como o áudio para registrar as entrevistas e a reunião, estando ambos descritos com mais detalhes no próximo capítulo, junto com a apresentação e discussão dos resultados.

Com relação à seleção dos sujeitos na pesquisa qualitativa,

A rigor qualquer investigador social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isso implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também, considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 2004, p. 22).

Por possuir uma postura de valorização das relações humanas no processo de construção do conhecimento, consideram-se todas as mulheres participantes desta pesquisa como sujeitos da construção do conhecimento e responsáveis pela orientação prática e reflexiva que envolve esse caminhar (RIBEIRO JÚNIOR, 2009).

Por se tratar de uma proposta de condução de pesquisa que propõe uma maior participação do pesquisador ou da pesquisadora na situação que está sendo estudada, contei com a participação das mulheres na escolha do dia e local dos encontros, como mostra o relato a seguir.

Conversei com Jisele sobre os objetivos da investigação e ela disse ter gostado muito da idéia. Sugeriu que fizéssemos a Roda de Conversa num sábado porque seria mais fácil para as mulheres participarem, por não precisarem ir para a cidade vender produtos; e sugeriu também que realizássemos essa atividade na escola, ao lado da padaria, por fornecer uma infraestrutura adequada para esse tipo de atividade. Ela disse que a Associação de Mulheres às vezes solicita o espaço de uma sala de aula para

realizar as reuniões, e que é possível conseguir permissão para fazer a entrevista. (12º conjunto de notas)

Após essa conversa, procurei outras mulheres que fizeram várias sugestões. Concluimos que a melhor data seria, então, o dia 30 de junho, um sábado, como sugeriu Jisele. O espaço mais adequado seria a área externa da padaria, para que não excluíssemos as mulheres que estavam escaladas para as vendas neste local. Optamos por realizar a entrevista no horário de funcionamento da padaria, em função da ocupação das mulheres com os trabalhos no sítio depois desse horário.

Outra técnica utilizada foi a análise documental, que consiste em analisar a informação registrada em materiais duradouros que se denominam documentos, podendo ser analisados tanto documentos escritos como visuais. Entre os escritos estão atas, diários, cartas, discursos, revistas, periódicos, leis, decretos, entre outros; e entre os visuais estão os filmes, fotografias, desenhos e esculturas (VÁZQUEZ et al, 2009).

Nessa pesquisa foram analisados os seguintes documentos: Ata da Assembléia de Fundação da Associação de Mulheres Assentadas do Assentamento Monte Alegre Seis; Estatuto da Associação de Mulheres Assentadas do Assentamento Monte Alegre Seis; fotos, mapas da região, reportagens em jornais eletrônicos, artigos, teses e dissertações, além do diário de campo elaborado a partir dos encontros e observações participantes e as transcrições das entrevistas.

Os dados coletados em todos os encontros, por meio das observações participantes nas entrevistas e na reunião, foram submetidos à análise de conteúdo na categoria análise temática, considerando-se as três etapas básicas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados obtidos e interpretação (BARDIN, 2008; MINAYO, 2004).

A pré-análise do diário de campo e das transcrições das entrevistas consistiu na etapa de organização do material a ser estudado. Nesta etapa, foi realizada uma primeira leitura de todo o material, denominada leitura “flutuante” que permite a formulação de objetivos e hipóteses amplas e provisórias sobre como tratar os dados (Bardin, 2008). Os documentos analisados nessa etapa foram os materiais produzidos na coleta de dados, sendo eles os conjuntos de notas elaborados a partir dos encontros e conversas por telefone. Também se analisaram a entrevista coletiva e a reunião realizada com o intuito de organizar os próximos encontros.

É importante destacar que a realização da reunião foi uma iniciativa do grupo de mulheres participantes da entrevista coletiva, que manifestaram espontâneo interesse em

continuar realizando Rodas de Conversas entre mulheres. Elas se mobilizaram na busca por um espaço que possibilitasse os próximos encontros, no caso, o galpão que também é usado como Unidade de Saúde pela Equipe Saúde da Família – ESF. Disseram acreditar que esse momento de trocas de experiências seria importante para outras mulheres, não só às do núcleo VI. Pensaram na divulgação, nas atividades que seriam realizadas – como dinâmicas de grupo e temas de discussão –, nos materiais necessários, além de se organizarem para oferecer transporte às participantes pensando, inclusive, na possibilidade de servir um lanche para as outras mulheres. O tema que elas definiram para esse encontro foi: “A vida da mulher do campo”, encontro que, infelizmente, não se realizou devido a uma sequência de férias, estando muitas das participantes em viagem nesse período final de coleta de dados.

Outro destaque importante diz respeito a todas essas iniciativas terem partido do grupo de mulheres participantes no primeiro encontro, que assumiram o protagonismo da pesquisa, se revelando verdadeiras sujeitas pesquisadoras. Justificaram sua motivação pela oportunidade de proporcionar um espaço de diálogo entre as demais mulheres, pois identificaram nesse espaço a possibilidade de se criarem ou reforçarem vínculos. Nos encontros, então, elas disseram que acreditam que momentos como esses possibilitam a ajuda às mulheres que manifestam sinais de depressão, por exemplo, demonstrando credulidade na necessidade de falar e ser escutada para a manutenção de uma vida saudável, como mostram os seguintes relatos:

Posso dar uma opinião? Eu acho que a gente precisava trazer outras mulheres para falarem também, as experiências delas. (Preta)

É, quanta mulher que tá em casa, sem conversar, sem poder se abrir. Que nem minha mãe, eu nem sabia que minha mãe tinha depressão. É pra tirar ela de casa, pra conversar. Nem eu sabia, que minha mãe tava lá com coisas na cabeça dela. (Elizete)

Não é todo dia que a gente tem uma oportunidade de falar. (Elizete)

Na segunda fase dessa pesquisa realizaram-se leituras criteriosas do diário de campo e das entrevistas transcritas, o que permitiu o estabelecimento de áreas temáticas e categorias de análise através de operações de desmembramento do texto em unidades, seguidas do reagrupamento dos conteúdos semelhantes, uma vez que “a análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido cuja presença ou frequência de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 2004, p. 209).

Para a realização dessa fase, foi impresso o diário de campo completo, com todas as notas de campo e transcrições das entrevistas, e se estabeleceu um padrão de cores para identificar cada área temática. Assim, vermelho representava saúde; laranja representava gênero; verde representava cuidado; amarelo representava histórias de vida; e azul representava processos educativos. Com isso, na releitura do diário de campo, os conteúdos que faziam referência a cada tema foi pintado com a cor predefinida (exemplo no Apêndice D). Posteriormente, agrupamos os conteúdos de cada cor por grupo temático, realizando mais algumas leituras desses grupos em um esforço por compreender o que significavam e, finalmente, as categorias foram definidas e seus conteúdos reorganizados para responder à questão de pesquisa.

A última fase consistiu no tratamento dos dados obtidos e sua interpretação. Foram apreendidas duas categorias, a primeira referente à compreensão de saúde que tem as mulheres da pesquisa – através da utilização dos conteúdos agrupados no grupo temático saúde, além das questões de gênero e processos educativos relacionados à forma como se concebe a saúde no assentamento –, e a segunda categoria referente às práticas de cuidado à saúde identificadas, tendo sido utilizados os conteúdos agrupados no grupo temático cuidado sobre a compreensão de cuidado, às práticas de cuidado, além dos conteúdos que faziam referência às relações de gênero no cuidado e aos processos educativos no e para o cuidado. O conteúdo de histórias de vida foi utilizado na descrição das mulheres anteriormente apresentada.

As **CATEGORIAS** apresentadas no Capítulo V foram, então, identificadas por letras maiúsculas em negrito e numeradas de um a dois. As categorias são compostas por Subcategorias, representadas em letra minúscula, destacadas com sublinhado e numeradas.

Todos os cuidados éticos com relação à pesquisa com seres humanos foram observados tanto nas entrevistas como na observação participante, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (Parecer número: 067/201). A participação não foi obrigatória e as mulheres foram comunicadas de que poderiam desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento. Mesmo antes da publicação dos dados, os mesmos foram validados pelas participantes, que auxiliaram na elaboração dos resultados, como mostra a Figura 4. O trabalho de campo, considerado desde a inserção da pesquisadora até a interpretação compartilhada da análise de dados, ocorreu de abril de 2010 a julho de 2011.



Figura 6: Iraí e Maria relendo os depoimentos e selecionando as informações que iriam compor este relatório.

CAPÍTULO V – “A vida com quem vive: um mergulho no contexto”

*Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais*

*Hoje me sinto mais forte,
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei,
Ou nada sei*

*Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs*

*É preciso amor pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir*

*Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente*

*Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou
(Almir Sater)*

5.1. O processo de inserção

Como foi dito na apresentação, a aproximação com o campo de pesquisa aconteceu no primeiro semestre de 2010, durante o qual se deu o processo de inserção. Nesse tópico, apresento algumas reflexões sobre o processo de pesquisar e, em especial, sobre a aproximação e inserção no campo do estudo.

No processo de pesquisar, nossa visão de mundo parte daquilo que já conhecemos e, ao longo do processo, retomamos as nossas concepções prévias e reconstruímos nosso entendimento de mundo. É nesse ir e vir entre visão atual de mundo e

conhecimentos pré-adquiridos que devemos nos policiar para não negarmos o conhecimento do outro, julgando-o insuficiente e inferior. O primeiro cuidado, e talvez o mais importante, é o de “participar com a intenção de compreender, não para julgar. Esta inserção é insuficiente, se ficar apenas no olhar e não houver participação ou se ficar apenas na procura de resultados, sem se perguntar sobre o processo” (OLIVEIRA, M. W. et al, 2009).

Assim, inserir-se em uma comunidade ou em um grupo não é uma tarefa fácil, sendo preciso atentar para a percepção de quando sua presença é conveniente e quando não é. Por isso, busquei refletir sobre como deveria agir antes de ir a campo.

Apresentando-se às pessoas do grupo em que se insere, apresentando a pesquisa e as questões e dando-se a conhecer. Colocando-se disponível. Pedindo permissão para estar junto, participar. Poderá haver certo incômodo, desconforto de lugar, mas a disposição em ser acolhido, junto com a disposição daquele grupo, vai dando início e forma à pesquisa. Esse processo exige paciência e tempo, pois não é uma visita, mas uma busca de convívio, seja circunscrito ao trabalho particular que está sendo desenvolvido, seja em outros espaços e ocasiões (id. *ibid.*, p. 11).

Penso que chegar sem avisar não seria a melhor estratégia, por isso, comecei buscando os possíveis contatos para informar essas mulheres que estaria indo à padaria para conhecê-las e fazer a proposta da pesquisa. Após algumas buscas, entrei em contato com a *Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo - ITESP*, localizada em Araraquara. A pessoa que me atendeu disse que na padaria não havia telefone e que a disponibilização do número de celular de algumas trabalhadoras sem autorização prévia das mesmas seria uma atitude antiética de sua parte. Fui informada, então, sobre o horário de funcionamento da Padaria, sendo também encorajada a visitá-la para explicar pessoalmente os objetivos da aproximação, justificando a razão de não ter marcado horário e ouvindo a opinião das mulheres sobre minha inserção em seu espaço. Com alguns nomes de pessoas que poderiam me esclarecer melhor sobre o surgimento da padaria e sobre o trabalho atualmente em desenvolvimento, parti para a primeira visita.

Nessa primeira ida, fui bem recebida, mas também questionada sobre minhas reais motivações de estar ali. Após explicar sobre o trabalho e apresentar a proposta de pesquisa fui informada por algumas mulheres de que no dia seguinte haveria uma reunião da Associação, quando apresentariam a proposta para apreciação do grupo. Se a maioria concordasse, eu poderia fazer as inserções semanalmente.

Na semana seguinte, conforme combinamos, telefonei para uma delas que me informou que foi feita uma votação e que, de cinco mulheres que trabalham na padaria, quatro

votaram a favor da inserção. Combinamos, então, que eu atuaria durante os turnos nos quais a trabalhadora que não estava de acordo com minhas visitas não estivesse lá, decisão acordada durante a reunião de apreciação da proposta de pesquisa à AMA.

Esse primeiro processo de aproximação já mostrou um pouco a maneira como elas se organizam e apresentou as características de coletividade e respeito entre essas mulheres, cada vez mais evidentes ao longo dos dias de trabalho junto a elas.

Elas estavam me esperando e haviam, inclusive, reservado uma massa de pão para me ensinarem a “alisar”. Fiquei muito feliz em ver que elas estavam levando a sério a minha inserção. Logo que cheguei recebi touca, avental e recebi minhas orientações de como deveria “alisar” a massa do pão. (2º conjunto de notas)

Percebe-se nesse relato que os processos educativos se iniciam logo no acolhimento. Ao chegar para o primeiro dia de trabalho, aprendi sobre compromisso e responsabilidade ao ver que elas me incluíam no processo de fabricação e me aguardavam para darem as instruções. Embora não fosse comunicado verbalmente, o fato de me entregarem avental e touca, e de os utilizarem também, fez com que eu aprendesse que deveria usar esses equipamentos sempre que estivesse trabalhando ali.

No decorrer dos encontros fui me sentindo cada vez mais acolhida. Tinha, inclusive, uma função naquela prática social que era cilindrar as massas de pão, além de registrar as produções diárias. Mas, além disso, percebi como essas mulheres sentiam-se à vontade com a minha presença, compartilhando suas angústias, problemas pessoais e alegrias. Aos poucos, percebi que eu também mudava e que também estava mais à vontade compartilhando, além das minhas experiências, minhas vivências pessoais.

Fui convidada para uma feijoada que a Igreja estava organizando para arrecadar fundos para comprar instrumentos musicais. Seria no próximo domingo e eu poderia levar a família toda. Adorei a idéia, e depois que contei para a minha família, todos adoraram a idéia. Então, combinamos que eu iria trabalhar no domingo cedinho e almoçaria por lá, com toda a família. Já na hora do almoço, eu fui embora levando uns pães e um bolo de fubá quentinho. Estava realmente satisfeita, pois me sentia acolhida por aquelas mulheres. (3º conjunto de notas)

É essa participação que nos permite vivenciar a prática social do outro, e é a partir desta experiência vivida que passamos a entendê-lo, inseridos em seu meio. E é o estranhamento à cultura do outro, estranhamento respeitoso, que gera as curiosidades que permeiam as novas descobertas. De acordo com Oliveira, M. W. et al (2009), é a partir das

compreensões de quem são os demais que compreendemos quem nós somos. Assim, reconhecemos que todos construímos uma visão de mundo e que com esta visão vemos e estamos no mundo (FREIRE, 1987).

Durante o período de inserção, acompanhei de perto as práticas sociais desenvolvidas na padaria, assim como diferentes processos educativos. A prática social de fazer pães, por exemplo, pode ser descrita como um processo bem organizado, onde cada uma desenvolve uma tarefa no preparo do pão. Nessa prática, foi possível conhecer alguns processos educativos, pensando tais processos como aqueles em que os sujeitos “interconectam” o aprendido em uma prática com o que estão aprendendo em outra.

Os processos educativos que ocorrem no trabalho da padaria são diversos e variam desde o aprendizado das receitas, da maneira como manipular os utensílios, de como calcular preços, calcular trocos até os cálculos das receitas.



Figura 7: Fran e Maria aprendendo e ensinando sobre cálculos de receitas.

Maria auxilia Fran no cálculo dos ingredientes para fazer meia receita. No trabalho na padaria, elas ensinam e aprendem continuamente através da oralidade e consultando documentos escritos como cadernos de receitas elaborados por elas mesmas, reforçando esse processo de educar e ser educada.

[...] Jisele concordou e completou dizendo que lá elas tanto ensinam como aprendem. Que cada uma trás uma receita, ensina para as outras, elas

testam juntas e aprendem o que dá certo e o que dá errado.” (2º conjunto de notas)



Figura 8: Jisele preparando a massa do bolo.



Figura 9: Elisete desenformando os bolos.



Figura 10: Maria embalando os bolos.



Figura 11: Produto final - Bolos prontos para servir.

Conversamos sobre o trabalho na padaria e elas falaram sobre a paixão que têm por cozinhar. Jisele falou com emoção e disse que para ela a cozinha é como um laboratório, comparando o ato de cozinhar com o que faziam os alquimistas antigamente, criando e recriando coisa. Disse também que seus filhos a questionam sobre seus sonhos e aspirações, aos quais Jisele sempre responde dizendo que não tem interesse em ter carro ou uma casa maior ou qualquer outra coisa de grande valor, mas que se pudesse escolher algo escolheria ter uma grande cozinha, toda equipada, com todos os ingredientes para que pudesse criar suas receitas (3º conjunto de notas).

Nesse momento, ficou muito claro para mim como a prática de cozinhar é importante para essa mulher, muito além da necessidade pessoal e econômica, ela cozinha porque aquilo lhe dá prazer, lhe satisfaz intimamente e lhe conforta a alma (3º conjunto de notas). Assim, o trabalho na padaria lhes é benéfico para a saúde.

Sobre os processos educativos no e para o trabalho na padaria elas se referem aos aprendizados cotidianos que se dão na relação entre as trabalhadoras, falando com orgulho dos cursos que fizeram para desempenhar suas funções na padaria.

Primeiro era só um grupo de mulheres que conseguiu, pela prefeitura, o espaço da cozinha experimental da escola para fazer pães, bolos e outros produtos de padaria. Primeiro mesmo, nós tentamos uma estufa de verduras, aí várias entidades, SENAI, SEBRAI, SENAR, ITESP, prefeitura, trouxeram cursos de pães. Então, nós decidimos investir nesse ramo. Aí nós falamos: - porque não colocar nossas receitas em prática? Nós fizemos vários cursos... vários, vários. Inclusive, nós precisa tirar Xerox dos nossos certificados e colocar na parede da frente da padaria. (Elisete)

Ao falar do processo educativo de capacitação, elas afirmam que tanto ensinam como aprendem. Contaram também que, inclusive nos cursos de culinária que elas fazem na cidade, elas aprendem com os professores ao mesmo tempo em que ensinam a eles.

Jisele relata que, em uma aula, o professor ia ensinar a fazer geléia de jaboticaba, coisa que ela fazia há muito tempo. Mas disse que mesmo assim não perdeu o interesse em ouvir a receita dele. Foi quando ela explicou ao professor que se não tirasse a espuma formada no preparo da geléia, esta ficaria amarga. Jisele conclui dizendo que este é o segredo, um ajuda o outro para que todos aprendam juntos. (2º conjunto de notas)

Ao final, Elizete manifesta também a importância que esses aprendizados têm em sua vida:

Você vê, na minha idade, a melhor coisa que eu aprendi até hoje foi fazer artesanato. Porque eu não vou ficar mais parada na minha vida. Mesmo que

eu pare aqui, que eu esteja na cidade, onde quer que eu esteja, a cabeça vai tá ocupada. Ninguém vai tirar de mim o que eu aprendi. Ninguém tira. Valeu a pena, porque eu vou ter as minhas coisinhas sempre, pra mim vender. Foi difícil vir fazer o curso pra aprender, mas foi a melhor coisa. Porque é assim, a gente vai num lugar, vê uma coisa curiosa e quer aprender, é assim. (Elizete)

Nesse processo de inserção fui, portanto, acolhida e também acolhi. Ouvi desabafos, recebi conselhos e, para além de um grupo de cooperadas, vi nesse lugar um grupo de mulheres com um vínculo muito forte, capaz de impulsioná-las todos os dias em suas lutas cotidianas.

Busquei tê-las mais próximas a mim e a recíproca foi verdadeira. Percebo que esse acolhimento se deu através do respeito mútuo, do interesse pela fala da outra e pela disposição em ajudar. Entendo também que não estou inserida a ponto de fazer parte desse grupo, como fazem parte essas mulheres, mas o sentimento de pertencimento é grande, pois sinto que tenho um papel social nessa prática, mesmo sendo aquela que veio de fora, combinou ficar por um período e se transformou junto com elas pelo convívio do cotidiano.

Essa oportunidade de não só conhecê-las, mas de poder trabalhar alguns dias ao seu lado foi gratificante, pois aprendemos e ensinamos a todo o momento, de tal forma que todas saíram ganhando.

Oliveira, M. W. et al (2009) afirmam que, para fazer ciência, faz-se necessário seguir um rigor especial formulado com critérios como: amorosidade, acolhimento, indignação, esperança, simplicidade e colaboração. Esta inserção, reitero, proporcionou uma deliciosa combinação da descoberta de novos saberes com o sabor inigualável de uma convivência que

com a organização e a participação política dessas mulheres [exemplifica os] novos espaços coletivos [que] estão sendo conquistados enquanto novas perspectivas surgem para a atuação de mulheres assentadas no campo do trabalho (FERRANTE; WHITAKER; BARONE, 2009).

Se aprendi a fazer pão? Talvez. Mas mais do que isso, aprendi um pouco mais sobre companheirismo, persistência e união ao vê-las se esforçando para não deixar nenhuma colega sobrecarregada com o serviço, adaptando escalas, sacrificando suas folgas, trabalhando juntas sem nunca desistirem da busca por seus direitos e seus sonhos, percebendo, nos pequenos gestos do dia-a-dia, a afetividade entre elas.

CAPÍTULO VI – “*Resultados, discussão e reflexões*”

*Essa ciranda não é minha só
Ela é de todos nós
A melodia principal quem
Guia é a primeira voz
Pra se dançar ciranda
Juntamos mão com mão
Formando uma roda
Cantando uma canção
(Lia de Itamaracá)*

6.1. Saberes, práticas e processos educativos

Após organização dos dados coletados, iniciei a releitura de todo o material elaborado. Relacionei os momentos vividos e a fala das mulheres participantes ao referencial teórico estudado, buscando identificar articulações entre o que percebia no convívio, nos discursos e nas práticas de saúde, tendo como objeto de estudo os processos educativos que se desencadeiam a partir do cuidado à saúde. Com esse material organizado, retornei à campo e fizemos uma reflexão sobre nossas percepções do todo que se compunha. Os resultados dessas reflexões apresentam-se nesse capítulo.

Os dados coletados foram organizados em categorias e subcategorias analíticas definidas a partir dos conjuntos de notas, das transcrições das entrevistas e dos diálogos posteriores sobre esses materiais. Para análise e discussão, foram apreendidas as seguintes categorias: **1) TUDO ISSO É SAÚDE, 2) O CUIDADO À SAÚDE COMO PRÁTICA SOCIAL e 3) RELAÇÕES DE GÊNERO E TRABALHO – O CUIDADO À SAÚDE.**

Cada categoria apresenta-se em duas etapas: na primeira, descrevemos as percepções e depoimentos apreendidos ao longo da convivência, seguidas de algumas reflexões sobre o vivido, a fim de responder a questão que orienta esta pesquisa; na segunda, almeja-se apresentar algumas contribuições utilizando-se o referencial teórico que embasa este trabalho, assim como outros estudos acadêmicos que favorecem a reflexão sobre o que foi investigado. Nessa etapa da pesquisa, a presença das mulheres do assentamento não foi excluída, pois sua presença-ausente é um meio de manutenção da ética e do rigor na pesquisa.

1) TUDO ISSO É SAÚDE: relatos, percepções e reflexões

Ao longo dos diálogos, busquei entender como essas mulheres compreendem a saúde. Uma das questões diz respeito aos serviços que o Estado deve oferecer e ao direito de acesso aos serviços médico, odontológico e multiprofissional, de transporte, de comunicação e de educação com a garantia da qualidade na prestação dos mesmos.

Em outras palavras, a prestação adequada de tais serviços significa ter lazer, trabalho e moradia, sabendo que amigos e familiares estão bem. É ter e poder dar carinho e atenção; é poder falar, ser escutada e poder ouvir também, sendo respeitada e mantendo elevada a autoestima.

Assim, há relatos que associam a saúde aos tratamentos e prevenções de doenças:

Lá na minha comunidade eu vejo assim, a saúde da mulher tem um trabalho assim, grande, na prevenção. A gente trabalha na coleta do papanicolau uma vez por ano, tem a mamografia [...] (Vanderléia)

Há também os que relacionam a saúde diretamente às condições sociais e econômicas vividas no assentamento. Como exemplo, Elizete se refere à necessidade de se ter água tratada e esgoto encanado, na prevenção de doenças:

Acho que o que ela tá falando tá certo. Depende da água tratada, né? Do esgoto. Tudo isso é saúde, né? (Elizete)

E há ainda os que contemplam uma multiplicidade de condicionantes, como se pode constatar na fala de Leonilda:

Eu entendo como saúde, assim, eu acho que engloba tudo, né? Acho que ter saúde é quando você tem moradia, quando você tem emprego, quando você não tem só saúde do corpo, mas tem saúde mental também, né? Quando você tem, assim, um grau de conhecimento. Acho que é tudo isso. Quando você não tem essas coisas, acho que na verdade você tá doente. Acho que você adoce. (Leonilda)

Percebe-se em cada fala um pouco mais sobre a compreensão do que é saúde para cada uma dessas mulheres. Durante as visitas conversávamos sobre saúde, especificamente sobre a saúde das mulheres camponesas, falando um pouco sobre a saúde da mulher de modo geral, o que fez com que surgissem conversas sobre a importância dos cuidados preventivos e curativos, em especial na saúde sexual e reprodutiva. Com relação às particularidades da saúde da camponesa, buscamos apreender as percepções gerais que o

grupo tem sobre o tema e, a seguir, analisaremos cada um desses aspectos das percepções de saúde.

O primeiro deles, relacionado à autoestima e ao combate à discriminação, levou à percepção de que, muitas vezes, essas mulheres são submetidas a situações de constrangimento por sua condição de camponesas, sendo expostas a diversos tipos de violências simbólicas como o desprezo, a discriminação ou o descaso. Isso acontece com mais frequência na relação com outras pessoas, homens e mulheres, que não pertencem ao seu contexto político-social e que normalmente desconhecem a realidade do campo e, em especial, a realidade própria das assentadas.

As participantes acreditam que essa violência se dá devido ao fato de serem mulheres, com poucos recursos financeiros, baixa escolarização, mas, principalmente, por serem trabalhadoras rurais. Identificaram, assim, que este tipo de discriminação afeta principalmente a autoestima das camponesas e, como consequência, prejudica sua saúde:

E outra coisa que eu vejo, assim, também a falta de reconhecimento por ser assentada. Sabe? [...] Porque olha, ontem mesmo minha mãe foi passar por uma perícia do INSS [...] a mulher deixou bem claro, falou: “Nossa mais vocês que moram no assentamento – naquela visão de que em assentamento não se produz nada, ninguém faz nada – a única coisa que vocês querem é os direitos de assegurados” – falou assim. E disse: “E ainda você quer se afastar por causa de artrose? Artrose todo mundo tem!” [...] Aí minha mãe chorou, chorou, né. Então, a falta de reconhecimento também pelos próprios órgãos públicos, eu acho que é demais. Eu acho que a gente é muito discriminado. (Flávia)

Ontem, numa visita, uma paciente minha se sentiu discriminada, e nem foi com ela. E ela se sentiu porque a vizinha ficou internada, primeiro porque o médico achou que o que ela tinha era dengue. Não era dengue. Aí, quando ela deu entrada no hospital o médico pediu: “Onde vocês moram?” Ela respondeu: “Lá no assentamento”. E ele disse: “Ah, então só pode ser hantavirose, porque tem muita sujeira lá, é mato, então é lá que o rato tá” [...] e depois foi ver, não era nada de hantavirose, era pneumonia dupla nos dois pulmão. (Vanderleia)

Hoje já mudou muito já. Eu lembro quando eu cheguei da Bahia, eu nunca fui assentada, eu estou sendo agora. Mas eu sempre morei em sítio, né. A gente via no rosto das pessoas, quando chegava uma turma que era do assentamento, falavam assim: “Tá vindo sem-terra”, e tal. A gente é totalmente mal visto. (Jisele)

Nossa, se afeta! É discriminação, filha. O assentamento, a pessoa nem conhece o assentamento e quer discriminar as pessoas. Comigo não porque eu não deixo, eu falo mesmo. (Maria)

Em contrapartida, elas percebem que o reconhecimento de sua luta, de seu trabalho e a valorização da mulher camponesa também afetam positivamente sua autoestima e, com isso, sua saúde.

[...] Conteí que fiz uma busca na internet e que a primeira notícia do site era sobre a Panificadora da Associação de Mulheres do Assentamento Monte Alegre VI. Maria chorou de emoção ao ouvir que seu trabalho e sua luta tinham sido divulgados por um jornal on-line, onde todos poderiam conhecer essa história. Jisele e Elisete (Zete, como é chamada) vibraram de alegria quando ouviram a notícia. (2º conjunto de notas)

Como forma de resistência contra a discriminação e pela reafirmação dos valores camponeses, no início de 2011, as mulheres da padaria passaram a denominar seus produtos como “Delícias do Campo”, fazendo menção à sua cultura e à origem dos produtos que oferecem.

Como meio de superação da discriminação as mulheres também participam de eventos na cidade, levando suas críticas e pontos de vista, a exemplo da participação de Maria e Elizete no *IV Simpósio sobre Reforma Agrária e Assentamentos Rurais*, realizado no Centro Universitário de Araraquara. Na ocasião, estas mulheres fizeram muitas críticas sobre algumas falas dos palestrantes, elogiaram outras e compartilharam com os presentes suas percepções de mundo, mostrando seu senso crítico. Ao final do encontro, as duas disseram ter se emocionado por terem seu trabalho reconhecido por alguns palestrantes. Elas retornaram ao assentamento dizendo estar mais confiantes e dispostas a continuarem os trabalhos junto à Associação, pois percebiam sua importância.

Percebemos através desse convívio o caráter problematizador e transformador da educação que elas promovem ao lutarem por seus direitos. Com relação à saúde, elas se encontram com outros moradores do assentamento, com representantes dos órgãos públicos da cidade, participam de eventos políticos e, nesses encontros, buscam problematizar sua realidade junto aos demais sujeitos, denunciando suas condições de vida, refletindo e sugerindo soluções e melhorias que resultariam numa efetiva transformação social.

Nesse sentido, coloca-se o segundo aspecto a ser analisado: as condições estruturais no assentamento. Quando questionadas sobre as condições de saúde no assentamento, frequentemente se queixaram da falta de atividades voltadas para as mulheres,

tendo sido sugerida a Terapia Comunitária²³ como uma opção para a saúde mental e emocional das assentadas e também dos assentados.

O que tá precisando muito para as mulheres é uma terapia. Elas estão entrando muito em depressão. Falta de saber como é que o filho tá lá na cidade, ou se ele tá bem. Assim, sabe, elas precisam fazer algo diferente. Saber que amanhã vai ter um grupo de terapia, sabe? Você vai na casa daquela pessoa e, poxa, ela tá tão derrubada. Então, esse grupo vai dar força uma pra outra. No começo a gente tinha a Terapia Comunitária, era tão bom! A gente resgatou tanta coisa aqui dentro do assentamento, sabe. E hoje você vê que parece que tá voltando e a gente não quer que chegue onde parou. (Preta)

Além disso, também apresentaram suas percepções com relação:

- ao saneamento básico, pois o assentamento não possui rede de esgoto, contando apenas com fossas sépticas, e tampouco possui mecanismos para o tratamento da água que provém de poços artesianos;

Eu acho assim, o saneamento básico aqui que eu acho que tá precário. Tá precário. Não tem tratamento de água nem de esgoto e a gente não tem cloro. As família, a maioria, não tem como ferver a água, e muitos não têm filtro também. Então, acho que essa parte tá defasada. Tá ruim pra nós. (Marli)

- à dificuldade de comunicação, pois não há sinal de celular e são poucos os telefone públicos instalados no local;

E a comunicação aqui que é difícil. Não tem orelhão. (Elizete)

- ao transporte público, precário e insuficiente;

Não tem orelhão perto, transporte também é uma vez por dia. Sai de manhã, volta 13h30 da tarde. (Preta)

- às condições de atendimento médico e à falta de atendimento odontológico.

E também o local do postinho aqui que tá precário. Precisa de um posto maior, mais arrumado, não tem banheiro para os usuários. (Elizete)

²³ De acordo com Marchetti e Fukui (2007), a Terapia Comunitária é caracterizada por um espaço de convivência social, configurando-se como um instrumento que propicia a formação de vínculos e redes solidárias que viabilizam a um grupo a oportunidade da resolução de suas aflições e problemas.

É! Agora, o que eu acho mais que eu tô precisando aqui é dentista. Porque eu não consegui ir até hoje [...] Tá precisando! Muito! É a saúde da boca, né? Também é saúde! (Elizete)

Um terceiro aspecto relevante é, então, o acesso aos serviços de saúde. Atualmente, o núcleo VI do assentamento é assistido por uma equipe de saúde da família que utiliza o espaço do galpão, localizado em frente à escola, próximo à padaria, como unidade de saúde. Ao se referirem ao trabalho na unidade de saúde, percebe-se a saúde enquanto cuidados preventivos e curativos.

Aqui todo mundo é acompanhado pelo programa saúde da família. Então a gente faz todo ano o papa, faz a mamografia. A gente, por enquanto, tá bem atendida. Eu acho. Precisa mais, né, Preta? Precisa melhorar! Precisa ter um postinho, né! A gente tá lutando pra ter um posto grande porque o nosso aqui é muito pequenininho. A gente não conseguiu, ainda. Mas, eu me sinto assim, até bem atendida de saúde. (Elizete)

Sabe, tem prevenção, exames, medicação, né? Acho que sim! Acho que graças a Deus, a gente tá bem assistida nessa parte sim. Já, assim, foi pior né! Alguns anos atrás, né, esse pessoal tinha que sair daqui e enfrentar uma fila de cinco horas da manhã lá em Araraquara pra conseguir consulta. É outra coisa hoje. Hoje não, hoje tem tudo com mais facilidade. [...] Mas muita gente não tem acesso ainda, né? (Flávia)

Eu vim pra cá na época que nem tinha PSF. Eu tinha três crianças pequenas. Pra vacinar as crianças eu tinha que ir pra Matão ou Araraquara e não tinha ônibus. [...] Até pra gente chegar no posto não tinha jeito, não tinha transporte. Aí colocou o ônibus deu uma melhoradinha. [...] Tinha vez de ir até a pé pra alguns lugares. (Marli)

Além do núcleo VI, essa equipe assiste o núcleo III, Bueno de Andrada e o Horto de Bueno. Ao todo são 394 famílias assistidas. Para o transporte, tanto da equipe como dos usuários para exames e atendimento, eles contam com uma perua da prefeitura que também atende, sozinha, as quatro localidades.

Porque, no caso do transporte, se tem uma pessoa que precisa, porque a maioria tem exame à tarde [...] você vê, na perua não cabe tanta gente, né? Tem um número de pessoas maior que tem que se virar com uma perua daquela pra ir pra todos os lugares. Na parte da manhã, se não deu pra ir com a perua às 6h, tem um ônibus às 6h30m, então é tranquilo. Mas, no período da tarde não tem como. (Jisele)

Embora as mulheres tenham colocado que no início o acesso aos serviços de saúde era muito difícil, especialmente pela distância, a inserção do Programa Saúde da Família (PSF) no assentamento sofreu muita resistência por parte dos moradores que, muitas vezes, questionam o fato de ter apenas um médico generalista para atender a demanda, ou até enfatizam que não tem especialistas como antigamente havia no Centro de Saúde.

E há 12 anos atrás, você vê, há 10 anos atrás, já faz isso que tem o PSF, mais ou menos. Foi um trabalho mesmo de formiguinha, mesmo. Porque a população não queria muito aceitar o PSF. Porque eles não aceitava assim a médica atender a criança e o idoso, a gestante. As pessoas queria especialista, a mãe queria pediatra, a mulher ginecologista, queria especialista, não entendia. Então, foi um trabalho de formiguinha mesmo, foi difícil convencer, sabe? Ir conquistando a comunidade. (Vanderléia)

Segundo as ACSs, esta resistência por parte de alguns moradores se dá pela falta de informação sobre a forma de funcionamento do PSF, que segue um modelo muito diferenciado do modelo que se perpetuou e se perpetua até o momento, no qual o tratamento é subdividido em especialidades.

Acho que o próprio trabalho do PSF, ele é diferente, né? Ele vai na casa, e quando você vai procurar o médico você tem que ir lá, pegar uma fila pra agendar o especialista, então essa era uma rotina, assim, normal pra gente, né. E a gente achava que aquilo tava bom. Quando eu vim pra cá, com esse negócio de médico começar a ir na minha casa, nossa, eu achava aquilo muito estranho! Pensava “Por que que esse povo fica vindo na minha casa?”, e só depois de um tempo que eu fui entendendo e hoje eu fico indo na casa dos outros (Leonilda).

Contudo, a principal mudança citada foi a visita domiciliar, hábito que gera a maior satisfação entre a população. Além disso, elas identificaram a equipe do PSF como facilitadora para o atendimento às especialidades através de encaminhamentos, como mostram as falas de Jisele e Vanderléia.

Eu tô aqui há 5 anos e lá onde eu morava, na fazenda, a gente dependia do posto de saúde da cidade, né, de Rincão. Só que era muito complicado... era muito complicado... E depois que eu vim pra cá eu falo: “Graças a Deus! Porque sempre que eu preciso, você vê, a gente tem um plano de saúde, mas, ontem mesmo, eu tô precisando do SUS, né. Venho, converso com as meninas (se referindo às ACSs) [...] as meninas emite guia e eu não tenho do que reclamar. (Jisele)

Que nem, há um ano, um ano e meio, a gente não tinha internet, então pra marcar uma especialidade demorava, agendamento era tudo pela secretaria. Hoje não, hoje o paciente já sai da consulta com o agendamento na mão. A gente já, né, tá conquistando várias coisas, acho que tá melhorando, ainda falta muito, mas tá melhorando. (Vanderleia)

Elas dizem perceber as mudanças como conquistas de suas lutas e mobilizações, reconhecendo que existem melhorias, mas que estão distantes de uma condição de saúde ideal no assentamento.

[...] Tanto já fui pra Matão, quanto pra Araraquara. Agora você imagina com três crianças pra tomar vacina, andar até o posto de saúde. Era bem complicado. (Marli)

Aí, o pessoal do posto vinha de vez em quando vacinar as crianças. Só que quando chegava a vacina, as crianças estavam com três, quatro vacinas atrasadas. Elas tomavam todas de uma vez. Aí, tinha febre, tinha aquela reação horrorosa. [...] Daí com o posto aqui perto da gente ficou mais fácil pras mães pesar, medir, fazer a puericultura das crianças, ficou mais fácil. (Marli)

Além disso, lembram-se ainda das dificuldades do passado e reconhecem que, de uma forma geral, a população do campo ainda têm grandes dificuldades para garantir a sua saúde.

Um quarto aspecto abordado foi a relação entre o trabalho e a saúde da população camponesa. O trabalho no campo, de um modo geral, exige vigor físico e muitas vezes não é realizado de forma a prevenir riscos ergonômicos²⁴, além de oferecer outros riscos à saúde e à integridade física aos que manuseiam, por exemplo, ferramentas cortantes e toxinas.

[os idosos] não agüentam mais trabalhar e tem que ficar ali. Aqui o trabalho é pesado. (Marli)

O trabalho é braçal, exige força. É gente com problema na coluna, com desgaste [...] (Flávia)

No relato a seguir, Jisele se refere às conseqüências do seu trabalho antes de vir para o assentamento, no qual ela cuidava do roçado, da criação, fazia limpeza e cozinhava. Na

²⁴ Riscos ergonômicos são os fatores que podem afetar a integridade física ou mental do trabalhador ou trabalhadora, proporcionando-lhe desconforto ou doença. São considerados riscos ergonômicos: esforço físico, postura inadequada, controle rígido de produtividade, situação de estresse, jornada prolongada de trabalho, monotonia e repetitividade, imposição de rotina intensa, entre outros (GUIMARÃES et al, 2005).

ocasião, ela e o marido possuíam um bom retorno financeiro, com bons salários, mas ambos preferiram vir para o assentamento trabalhar na própria terra. Segundo Jisele, o estresse e o excesso de atividades por ela exercidas no emprego anterior levaram à hipertensão grave. Atualmente, ela se percebe mais disposta e mantém a pressão arterial controlada.

Então, eu precisava, lá era sossegado, mas eu trabalhava muito. Eu precisava de mais sossego. Tanto é que, quando a Marli foi fazer a primeira visita na minha casa, minha pressão tava alta. Não abaixava, não abaixava. Eu falei: “Marli, eu já troquei de remédio e nada.” [...] Mas era por causa do estado de stress que eu vivia que a pressão não baixava. Eu sempre gostei da vida no campo. (Jisele)

Para as mulheres do Assentamento Monte Alegre, o trabalho no campo não atrai muitos os jovens, que migram para as cidades e grandes centros urbanos na busca por melhores oportunidades de emprego. Enquanto isso, seus pais e mães permanecem no campo, envelhecem e continuam exercendo as mesmas atividades com maiores dificuldades em função do avanço da idade. Muitos têm a oportunidade de deixar suas terras para viver com os filhos na cidade, mas a relação com a terra e a vida no campo possuem outros significados, particulares, que certamente os estimulam a ficar e continuar enfrentando as adversidades.

Quando fala de cuidado, uma coisa que eu percebo, é assim, as pessoas que vieram, alguns já tão aqui tem uns 20 e poucos anos, né? E quando vieram, vieram com os filhos. E a falta de oportunidade, de trabalho, de estudo aqui, foram fazendo com que os filhos fossem voltando pra cidade. E quem foi ficando aqui? Os idosos, que hoje já são idosos. E eles tão sozinhos. [...] Então, a gente acaba até sendo o filho, o amigo. Eu mesmo, na minha área, eu tenho um grande número de pessoas, de idosos, que vivem sozinhos, um dependendo do outro. (Flávia)

Como processos educativos em seus trabalhos, foram identificados processos de aprendizagem na formação das agentes comunitárias de saúde e, conseqüentemente, no exercício de sua profissão. Algumas mulheres falaram sobre seus processos de aprendizagem das atividades domésticas, outras se lembraram dos processos que ocorrem no trabalho no campo, no roçado, no cuidado com as criações, na comercialização dos produtos, etc.

Percebemos que no cotidiano do assentamento os padrões culturais ainda influenciam muito na divisão sexual do trabalho, fazendo com que essas mulheres exerçam várias funções.

[...] além do trabalho na padaria, elas também trabalham na terra e em casa, cuidando da casa e dos animais, produzindo doces, geléias, queijos e requeijão. (4º conjunto de notas)

Eu sou padeira, sou doméstica, sou do lar, sou lavradora, sou tudo! O que tocar a gente dança! (Jisele)

A seguir, Vanderléia apresenta suas percepções sobre a falta de atividades para as moradoras, endossando a frequência das afirmações de que a depressão entre as mulheres pode ser decorrente dessa falta de atividades.

Que nem, aqui tem a associação, com a padaria, então faz isso, tem aquela troca. Lá não, lá a gente não tem nada. Elas são assim, as mulheres ficam em casa. As que não trabalham ficam em casa. Assim, não tem uma atividade. O serviço de casa já é desgastante, né. Então, elas chegam até na própria unidade ou até durante a visita e você vê que naquele dia tem algumas que não estão bem. Outras chegam lá no posto e choram, choram, choram, sabe? Você vê que é o emocional que tá abalado. (Vanderléia)

E eu acho assim, não sei, eu acho que as mulheres, elas vêm para o assentamento e se trancam muito. Não sei se é porque a minha comunidade já é mais assim, de senhoras, e não tem assim uma atividade pra elas estarem fazendo, sabe. E isso faz com que elas fiquem aí, o dia todo no sítio. Naquela rotina. Você vai ver, a maioria tá com depressão, tomando remédio. Precisa de algo pra trabalhar com o psicológico dessas pessoas. Eu acho que o que falta, um pouco no assentamento, levado pras mulheres é isso aí, mais atividade. (Vanderléia)

Com estas falas encontramos o quinto aspecto a ser destacado, o lazer. As participantes dizem que a oferta de opções de lazer é muito escassa, e que precisam se mobilizar para promoverem ocasiões e espaços para esse tipo de atividade. Preta diz que se não fosse por essa articulação e esse empenho em proporcionar atividades de lazer, cultura, educação e cidadania para as moradoras do assentamento, ela e muitas moradoras não estariam bem de saúde atualmente.

Aí, depois, quando eu cheguei no assentamento, tinha uma menina que, nossa, ela deu uma força muito grande. Aqui dentro do assentamento a gente começou a trabalhar voluntária pra fazer as festinhas. Porque isso aqui antes era tudo barraco, não tinha as casa, não tinha energia. E a gente começou começando. Parece que isso até clareava minha mente. [...] E foi, foi, fui infiltrando através desse trabalho. A gente conseguiu ter a nossa liderança, que a gente representava o assentamento, o grupo de mulheres e foi indo, a gente ia pras reuniões, né, na época. A gente ia pra os encontros estaduais. Já conhecemos vários, vários assentamentos. Já fui até pra Brasília, sabe [...] (Preta)

Ao se referirem às atividades de lazer voltadas para as crianças assentadas, as mulheres relatam com tristeza algumas dificuldades do passado, chegando a se emocionarem.

Contam sobre os brinquedos que usavam quando criança, vivendo em outros contextos camponeses.

[...]É uma coisa que você tem né, que se pensar, ter dez filhos, tudo em casa, a parteira ali, as crianças sem ter com o que brincar, brincava com espiga de milho pra fingir que era boneca [...](Elizete)

[...] antigamente era assim, meu esposo foi por um sapato no pé ele tinha 14 anos. [...]Ele levava os caderno dele naqueles sacos de açúcar, as roupas eram feitas de saco. (Preta)

Minha mãe sempre plantava algodão, então vinha os farpos de algodão, depois mudou pra vir no saco de papel, mas no saco branco vinha todos, ai nós emendava, fazia lençol, aqueles lençol de saco de algodão, banhava tudo e emendava, bordava, fazia toalha. (Elizete)

Ao falarem dessa infância avaliam, portanto, o sofrimento daqueles que foram responsáveis por sua criação, pais e mães que contavam com poucos recursos para moradia, alimentação, vestuários e/ou lazer. Segundo elas, o sofrimento decorrente das dificuldades enfrentadas era e ainda é um problema de saúde do povo do campo.

1) TUDO ISSO É SAÚDE: análise e discussão

As compreensões atribuídas pelas mulheres do Assentamento Monte Alegre à saúde são construções formadas ao longo de suas vidas e que se baseiam em suas experiências particulares e coletivas. Compreendida a saúde como a garantia de seus direitos à assistência médica, odontológica e multiprofissional integral e de qualidade, seus direitos ao trabalho justo e igualitário, ao lazer, à moradia, ao transporte, à comunicação, essas mulheres também a compreendem como a promoção do bem-estar, possível apenas quando se tem reconhecimento, respeito, dignidade, e quando se pode ter e manifestar afeto, compreensão e dedicação.

Ao dialogar com mulheres assentadas sobre sua realidade vivida e seus saberes sobre saúde, refleti sobre quais saberes são esses e como se construíram, já que não estão postos e tampouco são prévios ou posteriores à cultura. Seus saberes, conforme elucida Fiori (1991), se formam no processo histórico-cultural de construção de mundo.

Ao conviver em sua pesquisa com camponeses, homens e mulheres negros e negras de uma comunidade do Rio Grande do Sul, P. Silva (1987) apresenta uma reflexão sobre os processos educativos que formam a cultura e permeiam os saberes desse povo ao longo de suas vidas:

As descobertas das coisas e das pessoas chegam embutidas umas nas outras, revelando as vicissitudes de viver, a cooperação e a exploração no trabalhar; a riqueza de uns, a pobreza de outros, a penúria de alguns; a discriminação devido à cor negra da pele, ao fato de possuir pouca ou nenhuma terra, de não saber ler; o direito usurpado ou tolhido de tomar as decisões que lhes dizem respeito (SILVA, P., 1987, p. 225).

Com relação à discriminação vivida e mencionada pelas mulheres da pesquisa por serem camponesas, encontrei na leitura de Valla, Guimarães e Lacerda (2007) uma descrição histórica que poderia explicar a origem cultural das atitudes discriminatórias contra a população do campo descritas anteriormente. De acordo com os autores e a autora, fomos educados pelas classes dominantes a discriminarmos a pobreza e a associá-la à sujeira. Como incoerência desse ato, pode-se observar que são justamente os pobres os responsáveis pela limpeza das casas, cidades e preparação de alimentos. O preconceito contra o pobre “é parte inerente de uma herança da cultura brasileira que permanece imprimida na nossa sociedade até os dias de hoje” (op. cit., p. 61). O que não significa que tal herança cultural deva ser aceita, havendo a necessidade de nos questionarmos e reagirmos, a exemplo do que têm feito as mulheres de Monte Alegre.

No trabalho desenvolvido com alunos e alunas da antiga 5ª série do ensino fundamental (SIMÃO, 2005 apud OLIVEIRA, M. W. et al, 2009), Simão lhes perguntou se eles e elas haviam presenciado ou sido vítimas de algum ato de discriminação e todos(as) responderam afirmativamente. Alguns(as) disseram que, ao serem discriminados(as), têm vontade de chorar, outros(as) disseram que sofrem e outros(as) afirmaram revidar. As discriminações identificadas nesse ambiente escolar ocorrem diante das diferenças físicas de alguém, diferenças de origens e de modos de vida através de designações pejorativas que desqualificam corpos, jeitos de ser e de viver. A pesquisa identificou que os agressores também sofrem com essas atitudes, pois percebem o sofrimento causado e se arrependem, sentindo remorso. Para acabar com tanto sofrimento, as crianças sugerem mudanças de atitude tanto delas como dos adultos, pais e professores, pedindo que estes lhes ajudem a superar as atitudes discriminatórias por meio de orientações, diálogos e, se necessários, castigos.

De acordo com Freire (1992, 2000), os diferentes sujeitos envolvidos nos processos educativos da vida devem buscar continuamente a ampliação de seu senso crítico, percebendo a realidade onde estão inseridos e formando-se constantemente para atuarem na transformação ou manutenção dessa realidade conforme surjam as necessidades. Assim, devemos observar as administrações políticas, suas linhas ideológicas e práticas governamentais para percebermos se estas atendem às necessidades do povo, incluindo

aquelas que dizem respeito à saúde. Para ele, educadoras e educadores – nos diferentes espaços onde educam – têm o dever de ensinar pelo exemplo o combate em favor das mudanças, o combate contra o autoritarismo e em favor da democracia.

Não se trata obviamente de impor à população explorada e sofrida que se rebele, que se mobilize, que se organize para defender-se, vale dizer, para mudar o mundo. Trata-se [...] de desafiar os grupos populares para que percebam, em termos críticos, a violência e a profunda injustiça que caracterizam sua situação concreta. Mais ainda, que sua situação concreta não é *destino certo* ou *vontade de Deus*, algo que não pode *ser mudado* (FREIRE, 2000, p. 38, *grifos do autor*).

Percebe-se na atuação cotidiana das mulheres do Assentamento Monte Alegre um despertar crítico, revelado nas iniciativas de intervenções comunitárias e mobilizações populares que se caracterizam como eficientes trabalhos de educação e saúde. Elas deixaram o papel de “pacientes” no campo da saúde e passaram a assumir uma postura de sujeitos ativamente envolvidos nas questões que regem a sua saúde e de sua comunidade, num processo consciente de autonomia e libertação.

Sua concepção de saúde se difunde, assim, em seus saberes acerca da vida e dos fatos que conduzem às situações atualmente vividas, como a falta de investimentos por parte dos órgãos gestores nos equipamentos de saúde, na infraestrutura do assentamento, na implantação de redes de água e esgoto, nos meios de transporte e comunicação, na divulgação das informações referentes ao funcionamento dos serviços de saúde, na distribuição de medicamentos, na capacitação profissional e etc. Estes são alguns dos recursos que definem a saúde no assentamento, compreendidos por elas como conquistas de uma luta constante por soluções adequadas aos problemas identificados.

2) O CUIDADO À SAÚDE COMO PRÁTICA SOCIAL: relatos, percepções e reflexões coletivas

Ao definirem o cuidado, elas iniciam suas falas referindo-se aos cuidados com a saúde do corpo, citando os cuidados com a higiene, a alimentação, as atividades físicas e a busca por assistência nas unidades de saúde.

Identificam também a escuta, as demonstrações de afeto, a atenção e o carinho como práticas desse cuidado. Desta forma, percebem que com essas práticas se estabelecem vínculos entre aquele que cuida e aquele que é cuidado.

A saúde da família, queira ou não você acaba pegando um vínculo com aquela família, tanto com o agente comunitário, equipe de enfermagem, com a médica. (Vanderléia)

Nessa relação de cuidado se desenvolvem processos educativos que só são possíveis porque as partes envolvidas se permitem ensinar e aprender enquanto cuidam e são cuidadas.

O 14º conjunto de notas, no qual relato uma ligação que fiz para Jisele para combinarmos minha próxima visita, exemplifica claramente esse tipo de relação. Nessa conversa ela perguntou se eu estava praticando as receitas e se eu tinha tentado fazer o pão de soja que ela havia ensinado. Eu disse que fazia a receita do pão caseiro, do pão de linhaça e contei que acrescentava gergelim e linhaça dourada nessa receita, além de usar farinha integral. Ela deu risada e disse ter gostado das minhas invenções. Falei que tinha feito o bolo de fubá com goiabada algumas vezes, mas que a goiabada grudava no fundo, então contei que me ensinaram a passar a goiabada na farinha antes de misturar a massa, mas que eu não tinha tentado ainda. Ela disse que daria certo.

Nesse diálogo, nos educamos na tentativa de cuidar uma da outra, pois estamos preocupadas com o bem-estar e a qualidade daquilo que a outra tem feito, buscando em comunhão a constante melhora daquilo que fazemos. Essas ações são de afeto, são demonstrações de carinho e cuidados que promovem a saúde.

Identificamos o companheirismo como uma das formas de cuidado mais evidente nas falas, seguido da possibilidade de diálogo. Chamamos de *companheirismo* a prática de ir ao encontro da outra ou do outro que está em sofrimento, para ajudá-la ou ajudá-lo oferecendo conforto emocional ou psicológico.

Ela mesma é prova de que esses encontros funcionam. Quando começou o programa, eu ia na casa dela e ela só queria morrer, queria morrer, era aquela depressão, sabe. Aqui não tinha nada pra fazer. Eu falava pra ela, Maria, não é assim, aqui as coisas são diferentes, mas logo você vai participar das coisa. No começo era difícil, a gente não tinha nada pra fazer. Aí, através da gente se unir, começamos se unir, ela conseguiu. A primeira pessoa que nós falamos, ela não pode ficar fora da padaria, foi a Maria. Ela tem que ocupar a cabeça dela. A primeira pessoa que nós trouxemos pra cá foi ela. Chegava na casa dela, era só eu quero morrer. Então hoje ela ta aí, tava com uma depressão lascada. (Preta)

Percebemos que o cuidado que elas praticam não se restringe ao grupo de mulheres, sendo um cuidado com a comunidade como um todo, com as pessoas que ali vivem percebidas por elas como companheiras das lutas cotidianas, mesmo sem se conhecerem.

[...] mesmo as mulheres que não são da associação, um exemplo, liga alguém de Araraquara e fala amanhã vai ter um evento que faz artesanato. Aí, a gente já sabe, já se mobiliza. Um exemplo, uma colcha de retalho, uma vez a gente fez uma colcha de retalho para o presidente da FERAESP. Foi uma coisa que comoveu ele pra toda vida, ele disse que quando morrer quer que aquela colcha vai dentro do caixão dele. Nós demoramos uns 4 meses, cada assentamento colocava um pedacinho de retalho. [...] Se tem evento em outro assentamento, nós pega o grupo de mulheres pra expor seus produtos lá. [...] (Preta)

O diálogo, permeado pelo afeto característico do companheirismo, foi identificado como o cuidado nas iniciativas de estimular a expressão dos sentimentos e de praticar a escuta ativa. Esse cuidado se dá tanto entre pessoas próximas, como amigas e familiares, como entre pessoas desconhecidas da comunidade que demonstram precisar de apoio quando se isolam ou buscam atendimento médico para males emocionais ou psicológicos como a depressão.

Por exemplo, eu fui no advogado, gente, depois eu pensei, eu comecei a conversar ali, ele percebeu, sabe, as minhas necessidades. Ele falou, a hora que você quiser você pode vir aqui, tomar um cafezinho, pra nós conversar. Aí, depois eu saí e pensei: Meu Deus! Eu vim pra fazer uma coisa e de repente eu tô conversando o que não tem nada a ver! Sabe, então é essas necessidade, né? Eu falei: “Uai, ele falou isso pra mim? Volta quando você quiser”. (Regina)

Após ler e reler o material produzido, percebemos também que o momento do café e o café propriamente dito têm suas funções no cuidado. O ato de convidar para um café, oferecer um café ou apreciar um café junto com o outro ou a outra, representa muito mais do que gentileza, cortesia, ou necessidade. Muitas vezes tomar café junto significa parar o que está fazendo e dar atenção, ouvir, acolher. O café representa muitas das características aqui apresentadas como definições do cuidado, sendo assim, oferecer ou tomar um café torna-se também uma prática de cuidado.

São vários os trechos no diário de campo que se referem ao café. No 14º conjunto de notas encontra-se uma reflexão na qual já se associa o café ao cuidado e à percepção de alguns valores que essas mulheres expressavam nesses encontros:

Insistiu para que eu fosse visitá-la, para tomarmos café da manhã juntas. Convidou minha mãe e minha irmã também. Acho muito interessante o fato delas sempre lembrarem das pessoas da minha família, valorizando muito nosso convívio e as convidando sempre para estarem próximas delas também. A meu ver, elas demonstram preocupação com o bem-estar daqueles por quem eu zelo, demonstrando também a importância que dão para a família. É como se reconhecessem as pessoas que considero importantes e também quisessem conhecê-las melhor. (14º conjunto de notas)

O momento do café, entre outros momentos, representa, então, uma importante oportunidade para praticarmos a escuta ativa, além de se configurar como um espaço no qual há a oportunidade de ser escutada e respeitada ao compartilhar sentimentos em uma conversa que, a princípio, poderia não ter esse propósito, mas que pode trazer conforto para quem se expressa. Praticar a escuta ativa é, portanto, uma forma de cuidar, de abrir-se ao diálogo ao se permitir cuidar e ser cuidada, numa ação recíproca.

Então esse é o cuidado! [...] É você cuidar! Trabalhar com o conteúdo, ouvir, saber falar, saber ouvir e saber responder. Eu vejo assim. (Preta)

Essas mulheres se preocuparam em cuidar de mim dentro de suas possibilidades, oferecendo estadia, refeições e demonstrando preocupação com minhas despesas para estar convivendo com elas. Quando disse que faria as últimas visitas e a entrevista durante o período que coincidiria com as férias de Jisele na padaria, ela disse com entusiasmo:

Essa data que você falou vai ser muito boa pra mim porque eu vou estar de férias e aí dá pra mim cuidar melhor de você. (15º conjunto de notas)

Assim você poderia vir, conhecer o resto do assentamento e ficar com a gente para conversar. E vai ser ótimo se você quiser ficar no meu barraco, lá não tem luxo, mas eu iria adorar. Não sei se você iria gostar, porque é bem simples, mas eu ia adorar. (15º conjunto de notas)

Elas cuidavam do meu bem-estar e da minha segurança no assentamento, como mostra o trecho do diário de campo referente a uma visita que fiz à Maria, que se estendeu até quase ao anoitecer. Nesse dia ela pediu para que seu filho me acompanhasse até a saída do assentamento, para que eu não me perdesse à noite entre as plantações.

Maria me convidou para um café em sua casa, conheci sua família e depois um de seus filhos me acompanhou até a saída do assentamento, ensinando um novo caminho para chegar na estrada. (10º conjunto de notas)

As mobilizações e outras ações políticas são, portanto, consideradas como práticas de cuidado, uma vez que visam melhorias nos aspectos sociais como indica o conceito de saúde por elas adotado.

Muitos dos movimentos articulados pelo grupo de mulheres visam beneficiar toda a comunidade em que vivem, e percebemos nessas mobilizações um cuidado com o próprio assentamento para que todas e todos tenham vidas dignas e saudáveis.

Como exemplo disso, citamos uma situação vivenciada durante as visitas. O horário de atendimento na unidade de saúde do núcleo Seis é no período da manhã, enquanto no distrito de Bueno de Andrada e no Horto de Bueno o mesmo atendimento ocorre no período da tarde. Na ocasião, a equipe de saúde foi comunicada que esses horários mudariam e que o atendimento no assentamento passaria a ocorrer à tarde. Como o esse assentamento possui uma área maior que as das duas outras localidades, o grupo de mulheres considerou a mudança prejudicial para os moradores, uma vez que estes teriam que andar longas distâncias no sol intenso do meio-dia para serem atendidos.

Como forma de cuidado para com idosos, crianças, homens e mulheres assentadas e assentados, o grupo de mulheres da Associação, em conjunto com a Equipe Multiprofissional do PSF, organizou um abaixo-assinado que, posteriormente, seria encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde contra a mudança no horário de atendimento. Enquanto aguardavam a resposta da Secretaria, elas já organizam, entretanto, outras formas de reivindicação:

Você sabe o que nós fazemos? Nós vamos lotar um ônibus e vamos passar tudo em Bueno. [...] E nós fazemos igual a gente fez uma vez, que nós fomos no Banco do Brasil reivindicar nossos direitos! Nós enchemos lá, cheias de cartaz. [...] O dinheiro das mulheres daqui não saía e nós tivemos a capacidade de juntar todas, de encher um ônibus só de mulher, e nós fomos tudo lá. Então, vocês podem avisar os médico, os atendente, pra esperar que nós vamos fazer de novo isso. [...] Porque a comunidade é a força! (Maria)

Destacamos os processos educativos que se desenvolvem dentro do próprio movimento social, e entre este e a sociedade. A Associação de Mulheres enquanto movimento social é um espaço de trocas valoroso onde a educação acontece intensamente. Essas mulheres educam-se para a vida enquanto cuidam da saúde, estudando, articulando mobilizações, reivindicando, organizando festas e eventos, conquistando novos espaços e possibilidades.

Aqui dentro do assentamento a gente começou a trabalhar como voluntárias. A fazer as festinhas. Porque isso aqui antes era tudo barraco, não tinha as casas, não tinha energia. (Preta)

A gente conseguiu ter a nossa liderança, que a gente representava o assentamento, o grupo de mulheres e foi indo. A gente ia para as reuniões, na época, a gente ia para os encontros estaduais. Já conhecemos vários, vários assentamentos. Fui pra Brasília, sabe. E hoje se for ter que voltar pra cidade eu acho que não teria coragem, assim de deixar tudo que eu conquistei, o que adquiri aqui dentro e assim, tudo o que eu aprendi aqui dentro do assentamento, acho que não posso largar. (Preta)

2.1) O cuidado nas práticas populares de saúde

Foi possível identificar um número maior de práticas populares nos encontros informais, no trabalho na padaria, nos almoços nas casas das mulheres e nas relações estabelecidas no cotidiano. Práticas como a utilização de plantas medicinais, a crença religiosa enquanto apoio social, as dietas como formas de tratamentos e a prática das parteiras.

[...]Porque minha mãe teve dez filhos com parteira. Teve dez filhos, tudo em casa, e a parteira ali. (Elizete)

Importante elucidar que as práticas populares de cuidado à saúde, assim como todas as demais práticas de cuidado, não ocorrem de maneira isolada das outras práticas, mas somam-se a elas numa busca por melhores soluções aos problemas enfrentados. Um exemplo disso são as parteiras, que utilizam outros recursos como rezas, chás e banhos nas suas práticas.

A minha avó, ela era parteira velha, e aí eu cresci vendo ela fazer, muita coisa eu não aprendi, eu faço uma coisa ou outra [...]Mas ela fazia muito essa xaropada, sabe, usava folha de pitanga, essas folhas, e dava certo, sabe. Dava certo! (Jisele)

Essa e outras falas mostram o aprendizado na família, ocorrido através do acompanhamento das práticas das mães ou avós. Além disso, as relações intergeracionais também são frequentemente citadas como possibilidades de aprendizagem.

[...] às vezes a gente reclama de tudo. Às vezes eu chegava em casa e reclamava, só tem isso de mistura, arroz e feijão, um ovo frito. Aí, ele falava: “É, e antigamente não tinha nem isso pra comer...” Meu pai sempre falava “nunca reclama, se você pegar uma banana pra comer, se você jogar a casca, vai vir alguém atrás pra pegar aquela casca”. (Preta)

Eu falo que desde pequenininha eu gosto mais de conversá com velho do que com gente nova. (Jisele)

[...] eu adoro sentar perto dessas pessoa mais idosas pra ouvir as historias, me comove. (Preta)

O relato a seguir, extraído do diário de campo, descreve uma experiência de cuidado que aconteceu durante um dia de trabalho na padaria:

[...] Eu havia acordado com dor de estômago. Eu tenho gastrite, então já sabia que deveria tomar o remédio [...], a Ranitidina. [...] tomei dois comprimidos de 150mg de Ranitidina pela manhã. Na viagem, a dor não passava, tomei mais um comprimido de 150mg. Cheguei à padaria e fui bem recebida, ofereceram café e pão, aceitei só o pão e contei que o estômago doía um pouco. Elas me ofereceram Buscopam, eu aceitei. [...] mas a dor não ia embora quando uma delas sugeriu que eu tomasse leite com couve. [...] Então, a Zilda foi até a casa de uma vizinha e pegou algumas folhas de couve para mim. [...] cerca de 20 minutos depois, eu não sentia mais nada. Não tive dor o resto do dia. (4º conjunto de notas)

Embora existam muitas práticas de cuidado à saúde, percebemos que o uso de ervas medicinais é um recurso tradicional nas famílias, a maioria delas cultivadas nos quintais das casas.



Figura 12: Jisele utiliza uma planta de seu quintal para curar um ferimento.

O quintal foi um espaço que se mostrou muito rico na promoção das práticas populares de saúde, pois ali se encontram recursos selecionados e cultivados para o cuidado à saúde. Recursos de fácil acesso e cujo poder de ação é do conhecimento dessas camponesas que, no próprio quintal, ensinam sobre os cuidados com as plantas e ervas que apresentam potencial terapêutico, manuseando-as algumas vezes nesse espaço ou na cozinha.

A cozinha é outro lugar que se apresentou como um importante espaço de processos educativos das práticas de cuidado com a saúde, pois nela são preparados os remédios naturais, com suas propriedades terapêuticas preventivas e curativas, e nela também se configura o lugar dos encontros e do preparado das refeições onde, é claro, prepara-se também o cafezinho.

Além das ervas medicinais usadas em curativos, chás, banhos, xaropes e outros tipos de remédios, adotam-se alguns cuidados especiais com a alimentação, incorporando em suas dietas alguns alimentos com propriedades específicas, capazes de auxiliar no tratamento e prevenção de algumas doenças.

Mas para o colesterol, a semente de linhaça. Eu não consegui tomar a Sinvastatina, me fez muito mal. E eu consegui abaixar (o colesterol) com a semente de linhaça. Em mim dava muita secura na boca, a Sinvastatina. E a semente de linhaça abaixou bastante. (Marli)

Eu gosto de usar mais a linhaça germinada. Pra bater em suco. [...] Fica tudo germinado. Você põe ela na água fria e em um dia ou dois ela brota inteirinha, ela sai o broto. Aí, eu ponho ela na geladeira e na hora de fazer o suco eu bato. É a comida viva que eles falam, né. Eu gosto bastante. Eu faço isso com trigo, gergelim, tudo semente crua. Eu ponho tudo pra germinar. Ele não chega a crescer o broto, ele nasce só aquele olhinho branquinho, sabe? Aí eu ponho na geladeira. (Jisele)

Com relação à dimensão espiritual, foram feitas menções sobre a igreja evangélica, que auxilia na educação dos filhos, afastando-os de conflitos com a lei.

[...] doze filhos eu criei, tudo na religião que era pra nós criar, nós era evangélico. Hoje eu não tenho nenhum filho que passou pela delegacia, não tenho nenhum filho que passou pela cadeia, nunca fui chamada em coisa, nunca fui chamada com problema deles [...] (Maria)

Tem assim, as religiões e as coisas culturais deles, né? Porque se você quebrar alguma crença, as religiões deles, perde [...]E a gente tem que respeitar. (Preta)

Foi possível perceber que nem todas as mulheres adotam práticas populares de cuidado à saúde, às vezes nem mesmo as aceitam. Algumas se mostram contrárias, resistentes à utilização de alguns recursos, enquanto outras são entusiastas da utilização dessas práticas.

A gente não pode deixar as ervas medicinais, não é? A gente não pode deixar! Não pode! Não pode nunca desprezar, né! (Elizete)

Por outro lado, encontramos relatos de outras práticas, como a utilização de produtos químicos sem finalidades curativas em ferimentos ou com intuito de amenizar dores.

Teve uma coisa que eu fiquei horrorizada de ver, sabe, eu chorei junto com a criança. A menina dela tava com ferida na língua, pegou e saiu ferida, é estomatite, né? Mandaram ela colocar aquele negócio pra lavar banheiro, como chama? [...] Creolina! E ela foi e passou na boca da menina assim, e ficou tudo machucado. Gente, ela quase morreu! Ela passou na boca da criança de um ano! (Marlene)

[...] Ele chega lá e fala: “Olha, eu estou com dor de dente”. Aí, você fala o que fazer, fala da saúde bucal, e ele fala: “Ah, eu coloquei água de bateria”. Aí você fala: “Não pode fulano. Água de bateria? Água de bateria não pode fulano!” [...] Água de solução de bateria? Então, tem umas coisas que a gente não pode deixar. (Preta)

É diferente, né, pegar uma coisa natural, uma folha de amora, um chá, do que pegar essas coisas que já são artificiais, que já trazem risco pra gente mesmo. (Marlene)

Tais práticas foram consideradas por elas perigosas à saúde, mas foram citadas como tentativas de cuidado realizadas por pessoas que, segundo elas, não tiveram orientações corretas ou suficientes para cuidar de seus filhos e que, na tentativa de cuidar, acabaram prejudicando principalmente as crianças.

2.2) Práticas populares de saúde e a busca por legitimidade

A busca por assistência nas unidades de saúde ou com os profissionais de saúde mostrou-se, principalmente, como um cuidado com a saúde do corpo, no entanto, algumas falas mostraram que nessa busca pela saúde do corpo era possível receber um cuidado simultâneo na manutenção da saúde emocional e psicológica.

Eu tenho famílias que é assim, a gente chega na casa deles, eles não querem que a gente sai. Por quê? Porque você está ali, dando atenção, dando risada com eles. Então esse é o cuidado! Não é só ir lá e falar: “Olá, eu vim trazer sua guia. Tá aqui. Amanhã você tem que passar lá.” Não é isso. (Preta)

Além disso, ao considerarem os cuidados existentes no trabalho do agente comunitário, mencionaram os cuidados com o corpo, o emocional, o psicológico, relacionando a preocupação com a falta de recursos das famílias e as ações de apoio social como práticas de cuidado características das ACSs.

Cuidar é cuidar da saúde, da higiene, a gente costuma dizer a gente não é só ACS, a gente é assistente social, então a gente trabalha tudo, a gente se preocupa se a família tem o que colocar no prato hoje, se ela não vai ter; se chegou roupa pra doação, vamos separar praquela criança. Então eu acho que o cuidado é isso, a gente não cuida só da saúde, em si, levar a guia de consulta, levá medicação e só. Não. A gente cuida daquela família ao todo. (Vanderléia)

Para Vanderleia, o cuidado se aprende na relação com o outro. Ela diz ter aprendido muita coisa sobre saúde nas capacitações para ser agente comunitária, mas reconhece que muito do que aprendeu foi consolidado no cotidiano e no convívio tanto com a famílias para quem presta assistência, como com sua própria família.

[...] essa dedicação com o outro, eu acho que é uma troca, porque é a família da gente, eles se preocupam com a gente, entendeu. Eu acho que é uma troca, o cuidado é uma troca. A gente aprende na escola, televisão. Eu sou ACS, então é treinamento, capacitação. Então, a gente foi tendo muita informação. Coisa que há 12 anos eu não sabia, hoje eu sei. Pai e mãe. (Vanderleia)

Além disso, percebemos que o próprio ato de educar é caracterizado como um cuidado, fazendo da prática social uma prática educativa. Elas se referem à atividade profissional das Agentes Comunitárias como uma atividade de cuidado que é também educativa. Dizem que nesse processo de cuidar, ensinam e aprendem na dialogicidade.

Eu aprendi muito, eu tive que aprender, porque eu não sabia. Às vezes me chamam de muito curiosa, porque eu tenho muita vontade de aprender. Mas eu vejo assim, eu tenho que aprender pra transmitir, porque uma agente comunitária não tem um curso técnico, não tem né, a gente sabe que a gente vai aprender com a prática. (Leonilda)

Mas hoje o que a gente tem de conhecimento pra tá passando a respeito de uma gestante, do cuidado com a boca, que é uma saúde geral. Aí, a gente tem e a gente aprende muito com quem a gente vai ensinar também. As práticas deles, o que eles conseguiram mudar, né. Se a gente conseguiu fazer com que eles tenham uma mudança de hábito. (Flávia)

Mas nem sempre essa prática é dialógica. Há também relatos de que algumas vezes tentam convencer as famílias a seguirem as orientações médicas, mesmo se a família não aceita ou concorda com o tratamento. Na intenção de cuidar, então, a prática educativa pode ser antidialógica ao buscar a adesão ao tratamento de forma vertical e impositiva.

Eu sempre procuro orientar dos riscos que ela tá correndo de ter assim, um derrame. Pelo menos essa é a minha parte, né! (Preta)

Tem que pôr medo, né? [...] A gente tenta convencer, né, a gente tenta convencer, mas se a pessoa acha que não quer, né. Não aceita. Toda visita a gente orienta, olha, e aquela medicação! (Wanderleia)

A seguir, no relato de Marli, ela se refere a um tratamento medicamentoso que fez para controlar o colesterol alto, dizendo que a medicação lhe fazia muito mal. Ao ir conversar com o médico sobre os efeitos colaterais da medicação, fizeram outro exame e,

apesar do colesterol estar alterado, o médico considerou que seria melhor suspender a medicação que estava a prejudicava, porque o resultado do exame mostrava que seus índices de colesterol estavam próximos dos valores de referência. Marli, então, diz ter ficado preocupada com o colesterol e, na conversa com uma amiga, esta lhe disse que consumir sementes de linhaça regularmente ajudava a emagrecer. Passou, então, a consumir tais sementes e, após ler em uma revista que o consumo da semente de linhaça regulariza os níveis de colesterol no sangue, fez novamente os exames e constatou que o seu índice de colesterol estava baixo.

Mas pra o colesterol, a semente de linhaça. Eu não consegui tomar a Sinvastatina, me fez muito mal. E eu consegui baixar com a semente de linhaça. E a minha dava muita secreta na boca, a Sinvastatina. E a semente de linhaça abaixou bastante. . (Marli)

Mas então, eu acho assim, eu só parei de tomar porque eu comprovei que realmente a semente de linhaça resolveu. [...] eu fiz o exame, deu alterado, mas era pouquinha coisa, então ele achou que não precisava entrar com medicamento. Aí eu comecei a usar, falei com ele e ele mandou eu parar com a Sinvastatina, não me passou nada. Daí eu fiz a semente de linhaça que me ensinaram. Daí eu repeti o exame e tava baixo. (Marli)

É, eu li sobre ela! Eu aprendi que ela queima a gordura, essas coisas, ela age como diurético, faz o intestino funcionar melhor. (Marli)

Marli buscou comprovar por exames que a linhaça estava resolvendo seu problema de saúde e esse esforço configura-se como mais um exemplo da busca pela legitimidade dos tratamentos. Tal busca se revela como um processo educativo, pois faz com que elas recorram a diversas fontes de saberes até se sentirem seguras com as escolhas que fazem para cuidar de sua própria saúde e da saúde dos demais. Elas trocam informações sobre as práticas de saúde que conhecem, procuram livros e revistas, profissionais da saúde e fazem exames.

Algumas dizem aprender muito lendo livros ou revistas, citando o livro “Medicina Alternativa de A a Z”²⁵, assim como revistas que ensinam dietas, receitas e dicas de beleza de modo geral.

É, eu li sobre ela! Eu aprendi que ela queima a gordura, essas coisas, ela age como diurético, faz o intestino funcionar melhor. (Marli)

Nãolembro não, acho que vi em revista mesmo, essas de coisas naturais. (Marli)

²⁵ Spethmann, Carlos Nascimento. **Medicina Alternativa de A a Z**. Editora Edições Natureza. 392 p. ISBN: 85-320-1967-6.

Além disso, programas televisivos são muito citados, junto com a internet. Apesar de nenhuma das mulheres participantes terem acesso à internet, elas sabem que na escola do núcleo Seis as crianças têm essa oportunidade e reconhecem o recurso como importante nos processos de ensino-aprendizagem.

Eu vi numa reportagem do Globo Repórter. Sempre que fala sobre saúde eu vejo. Eu gosto muito. Acho que aborda uns temas bem legais. Nossa, eu já aprendi muito [...] (Jisele)

Tem a escola, né, que já tem a internet. Facilita aí pra elas também, né [...] As crianças já têm esse acesso. (Leonilda)

Após consultarem diversas fontes de saber, comparam os sinais e sintomas que tinham antes e depois de cada tratamento para fazerem suas escolhas. Assim, as práticas de saúde que elegem – populares ou não – são as mais eficazes e muitas vezes mais eficientes, sendo consideradas as mais adequadas para as particularidades de cada mulher e de cada caso.

Alguns relatos mostram ainda uma possível hierarquização do saber, fazendo com que o conhecimento popular seja legitimado com a aprovação e o reconhecimento dos profissionais da saúde.

Dá aquelas antigas, tipo minha sogra e a avó do meu marido falavam as coisas e eu não seguia nada, eu falava, gente, por favor, saiam daqui! Deixa eu ver o que eu vou fazer. Porque queria [...] que eu colocasse maisena no bumbum, eu também não coloquei [...] Eu não queria ficar ouvindo muito, eu sempre queria a opinião mesmo de um médico. (Leonilda)

O Doutor lá de Araraquara, ele é um pediatra muito bom. Se a minha netinha só tá assada ele fala: “Maisena!” É maisena direto. Põe na água, minha filha, põe no banho. (Jisele)

Então, depois eu até usei. Mas o carvão na boca. Ah! Moeda, fumo? É muito sujo, contaminada. (Leonilda)

Leonilda não aceitava as sugestões de cuidados feitas por sua sogra e pela avó de seu marido por não saber se essas práticas eram benéficas ou prejudiciais para seu filho. Sentia-se mais segura quando um médico ou médica recomendava o mesmo cuidado. O mesmo acontece em outras situações:

E até assim, o restante da equipe, as auxiliares de enfermagem. Na pós-consulta, no atendimento de hipertenso e diabético elas mesmas orientam os chás, chá disso, daquilo. Pra tá ajudando na medicação. (Vanderleia)

Tinha uma enfermeira que vinha aqui logo no começo [...] que ela me ensinou o chá, no caso, pra mim tá usando pra ajudar. Porque eu sou hipertensa, né. Ela falou, faz o chá da casca do abacaxi, faz o chá de algumas coisas, assim, pra tá ajudando. (Jisele)

Na fala de Vanderleia, ela se refere às auxiliares de enfermagem que possuem Ensino Técnico, enquanto Jisele refere-se a uma enfermeira com ensino superior. Nas falas a seguir, ambas relatam sobre as práticas populares de saúde que eram prescritas e estimuladas por um médico e pela médica do assentamento.

Esses e outros relatos reforçam a importância dos profissionais de saúde conhecerem e reconhecerem as práticas populares, oferecendo recursos de cuidados acessíveis e adequados a cada contexto e população.

As mulheres assentadas se referem a esse cuidado médico com admiração e valorizam a postura do profissional, manifestando satisfação em terem um médico reconhecendo a legitimidade dos tratamentos tradicionais aos quais suas mães, seus pais e avós recorriam e ainda fazem uso.

Quando a gente tinha um médico aqui, até que já faleceu. Que o sonho dele era trabalhar com as plantas medicinais. De sair do posto e passar na horta e pegar o remédio. Em Itapeva funciona esse projeto e o sonho dele era colocar aqui no assentamento. Tanto aqui, e depois ele foi pro Bela Vista. (Preta)

Tem as mulheradas que tão no período da menopausa, elas tomam amora, chá de amora. Eu achei legal isso aí porque foi a própria Doutora que falou. (Marlene)

Marlene não atua profissionalmente na área da saúde e ficou satisfeita ao saber que a médica da saúde da família receita chás como tratamentos. Os mesmos chás usados antigamente dão resultados, além de não apresentarem os efeitos colaterais referidos pelas mulheres que usam, por exemplo, medicações para reposição hormonal durante esse período.

É, me passaram tudo isso pra mim. Eu engordei, inchei, chegava aqui com a boca aberta. O tal do hormônio. Agora tomo o chá da amora. (Elizete)

Leonilda, que é Agente Comunitária de Saúde, disse que não utilizava os recursos naturais que tinha em seu quintal no cuidado à saúde, passando a usá-los após ter recebido orientação médica, colocando-a em prática para verificar sua eficácia.

Eu cheguei a usar algumas coisas assim, eu tinha criança pequena na época e ele (o médico) dizia: “Não, ao invés de você passar aqui na farmácia e pegar um expectorante, você vai na casa do Donizete que o pai dele tem Caraguatá, e faz o chá. É aquela frutinha [...]” Eu não gostava muito não, eu nunca fui de botá muita fé nessas coisas. Eu não era dessas práticas de chá, não. Mas eu fiz a experiência que ele ensinou e funcionou mesmo. (Leonilda)

Já Preta, que também é ACS e orienta as famílias que visita a não deixarem de tomar os medicamentos receitados pela médica, diz não usar nenhuma medicação farmacêutica, fazendo sempre uso de remédios naturais como chás e preparos feitos com as plantas que possui no quintal.

E assim, tem umas coisas que a gente aprende muito. Eu, faz dez anos que eu trabalho na saúde. Se você falar: “Toma essa dipirona. Toma essa dipirona.”, eu num tomo! Não tomo medicação nenhuma. Eu chego em casa, às vezes, se eu tô com dor de cabeça, eu vou na horta, falo pro marido traz tal folha aí, ele traz, faço um chazinho e passa. (Preta)

No 16º conjunto de notas eu relato sobre uma conversa que tive com um morador na sala de espera da USF, na qual conversamos sobre o trabalho que desenvolvíamos e ele disse achar importante esse interesse de pesquisadores universitários pelas práticas de saúde das mulheres camponesas. Em sua fala ele afirma:

[...] acho bom porque na medicina eles aprendem na teoria, mas essas senhoras aprendem na prática. E é o que vocês tão falando, eu não sei como funciona, mas que funciona, funciona! (16º conjunto de notas)

Frente às dificuldades, essas mulheres exploram os recursos de que dispõem e utilizam os saberes e práticas adquiridos nas situações de saúde-doença, aprendendo através dos contatos e experiências vividas, repassadas na forma de conhecimento dentro e fora da comunidade.

2) O CUIDADO À SAÚDE COMO PRÁTICA SOCIAL: análise e discussão

As práticas de cuidado à saúde identificadas no Assentamento Monte Alegre perpassam por diversas atividades, como a assistência multiprofissional oferecida pelos serviços de saúde, as visitas domiciliares, a produção e o uso de remédios caseiros, o diálogo, o companheirismo, a escuta ativa, as mobilizações e ações políticas promovidas por elas mesmas, além da própria educação em saúde praticada por todas em seus cotidianos, integrada às demais ações.

Para Daron (2009), evidencia-se a dimensão educativa da luta por saúde no Movimento das Mulheres Camponesas e o quanto a luta e o trabalho realizado pelas mulheres vêm contribuindo para o desvelamento dos problemas e, ao mesmo tempo, buscando soluções coletivas, apontando saídas e conquistando melhorias nas condições de vida e de direitos, dando passos em relação à libertação das mulheres e à mudança de relações sociais de gênero. Nesse trabalho, a autora observa que, quando existe organização desses grupos, a concepção de saúde ganha uma clara conotação política, não sendo limitada somente às intervenções terapêuticas, mas centrada em torno da discussão de políticas de saúde, de acesso aos serviços e da incorporação do saber popular às práticas oficiais.

Ao investigar os processos educativos nas práticas sociais de participação e controle social em conselhos locais de saúde ligados à Secretaria Municipal de Saúde

por meio da participação, as pessoas descobriram novas realidades, acessaram informações, desenvolveram percepções e habilidades. Perderam o receio de se expor e aprenderam a se expressar, opinar, sugerir, argumentar, colaborar e criar estratégias para viabilizar propostas. Tais transformações revelaram as possibilidades de aprender, na atuação nessas comissões, sobre participação, interação e política pública: aprender a prática, aprender na prática e aprender a partir da prática (GIUSTI, 2007, p. 6).

Nota-se, assim, o caráter transformador das práticas sociais investigadas em comunidades, que se revelaram como ações coletivas que permitem a troca num processo educativo. Em uma pesquisa realizada num assentamento localizado na área metropolitana de Belém – PA, os moradores e moradoras entendem como práticas sociais de saúde:

as práticas de saúde são construídas obedecendo a uma lógica própria, ouvindo e respeitando as diversas opiniões, estabelecendo debates com a coordenação do movimento e com os demais setores, fazendo reflexões e planejando as ações de saúde em conjunto com os assentados, desenvolvendo, portanto, a capacidade de sujeitos plenos e participantes ativos desse processo pedagógico que consiste no pleno exercício de seus direitos e deveres. (CAVALCANTE; NOGUEIRA, 2008, p. 497)

Desta forma, as práticas sociais de saúde passam a instrumentos de construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e na reorientação das políticas públicas, já que seus praticantes buscam um maior envolvimento no planejamento das ações, exercendo seus deveres na busca por seus direitos.

Nesse sentido, a Educação Popular e Saúde contribui para essas conquistas de liberdade e de direitos uma vez que “não visa a criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas” (BRANDÃO, 1981, p. 42), mas visa participar da organização e do trabalho político desses sujeitos. Para Vasconcelos (2007), a Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos, como professores, gestores e profissionais de saúde, e de agentes sociais da comunidade em torno desse trabalho político. A Educação Popular e Saúde, por sua vez, prevê a participação popular nas práticas sociais de saúde, além de promover o crescimento da análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e resistência, tendo como ponto de partida do processo educativo o saber anterior das educandas e educandos.

Neste caso, educandas e educandos são todas e todos os sujeitos envolvidos nas práticas sociais de cuidado à saúde de suas comunidades. Sim, porque, como afirma Paulo Freire (1987, p. 39): “Ninguém educa ninguém, ninguém se educa sozinho, os homens (e as mulheres) se educam entre si, mediatizados pelo mundo” e, desta forma, as práticas de cuidado à saúde se constroem de forma coerente com o “mundo” onde são praticadas e aprendidas e ensinadas, ou seja, cada prática, por mais semelhante que possa parecer, tem suas características peculiares relacionadas com o contexto onde ocorrem. Sendo assim, ao analisarmos cada prática de cuidado à saúde identificada em Monte Alegre, podemos perceber suas particularidades que, se bem observadas, podem contar um pouco mais da história local e das pessoas que as desenvolvem ou desenvolveram.

Se olharmos para as práticas de cuidado à saúde desenvolvidas pela equipe do PSF – a assistência, as visitas domiciliares e os encaminhamentos – veremos que a forma como esses profissionais dialogam com a população é peculiar e muitas vezes bem adequada à cultura local. Mesmo se tratando de um campo de trabalho constituído por profissionais com formação acadêmica ou treinamento técnico semelhantes aos profissionais atuantes em outros contextos, as ações ali realizadas são planejadas de acordo com as necessidades, demandas e recursos locais, e a forma como os profissionais lidam com os acontecimentos é o resultado de um processo educativo contínuo que se dá na relação entre profissional-população-contexto. Desta forma, podemos perceber nos relatos a frequência na prescrição de remédios caseiros,

chás e banhos por profissionais médicos cuja formação erudita não prevê a utilização desses recursos. Da mesma forma, observamos camponesas que se questionam sobre a utilização dos cuidados tradicionais sugeridos por suas avós e sogras, optando por cuidados e terapias de caráter exclusivamente biomédico.

Os conhecimentos e práticas dessas mulheres assentadas influenciam e são influenciados tanto pelo saber médico, com o qual a população tem contato direto ou indireto por meio da assistência que recebem e dos meios de comunicação, como pelo saber popular compartilhado também nesses encontros. Esses saberes são assimilados e incorporados aos conhecimentos prévios de cada um de forma recriada, segundo suas necessidades, interesses, possibilidades e limites individuais, relacionados com a condição de vida ao qual são submetidas.

Além disso, não devemos focar os cuidados de saúde na procura por médicos, pois, como argumentam Leite e Vasconcellos (2006, p. 119), dessa forma estamos ignorando “que a trajetória percorrida pelo enfermo, desde o momento em que a situação começa a se mostrar problemática até a busca de ajuda institucional (médica ou não), não é absolutamente linear”, e que as diversas estratégias desenvolvidas nesse percurso são derivadas de experimentação ou de hábitos culturalmente adquiridos, delineadas pela procura por cuidado nas redes de apoio social, desde a família até os grupos comunitários, espaços religiosos e associações que, muitas vezes, antecedem a busca por profissionais da saúde.

Além disso, não podemos ignorar as práticas populares de saúde, tais como o cultivo e a utilização de plantas medicinais e recursos naturais como terapêutica. Mesmo não sendo a principal escolha de todos e todas, tais práticas ainda são amplamente utilizadas pelas camponesas e camponeses, sendo as mulheres as principais promotoras desse cuidado à saúde.

Outras práticas de cuidado à saúde identificadas foram o diálogo, o companheirismo e a escuta ativa, ambos intrinsecamente relacionados e adotados enquanto princípios básicos de uma educação popular, libertadora e transformadora.

Um pouco já foi dito nos capítulos anteriores sobre o diálogo, conceito amplamente discutido por Paulo Freire justamente por seu papel fundamental na educação que ele propõe. Para Freire (1987), o diálogo pode ser compreendido como uma postura presente em pessoas intencionadas a pronunciar o mundo e a transformar a realidade por meio da ação e da reflexão sobre a mesma, relações que permitem aos seres humanos criarem e recriarem esse mundo permanentemente.

Mais uma vez, se o “mundo” referido por Freire for interpretado pelo contexto no qual estão inseridos os sujeitos, e se compreendermos que o assentamento representa parte importante desse contexto, podemos apreender a prática do diálogo, seguido do companheirismo e da escuta ativa, como necessária a essa ordem enquanto prática de transformação desse assentamento pelas quais as mulheres camponesas se permitem criar e recriar sua realidade com ações de cuidados pontuais, imediatas com o corpo e a mente; de cuidados preventivos também com o corpo e a mente, e de cuidados coletivos, com ações e reflexões políticas e sociais.

3) RELAÇÕES DE GÊNERO E TRABALHO – O CUIDADO À SAÚDE: relatos, percepções e reflexões coletivas

Com relação aos cuidados pessoais das mulheres, a percepção que trazem é de que as mulheres se cuidam com mais frequência do que os homens. No entanto, esse cuidado é realizado por último, como elas citaram, pois a mulher só pensa em cuidar de si depois que já cuidou do resto da família.

Acho que a mulher deixa um pouco a desejar, querendo mais o bem dos filhos e do marido, aquelas que moram com pai e com mãe vão atrás de cuidar dos pais, dos avós. E elas, ao invés de cuidar de si, acabam ficando de lado, na hora que pega mesmo a doença ali, acontece algum probleminha, aí ela vai correr, mas no último caso. (Flávia)

Para elas, a mulher se preocupa primeiro com a saúde de seus familiares, e busca a melhor manutenção possível para a saúde dos seus, para depois cuidar da sua.

Você vê, eu saí de férias, eu precisava fazer a cirurgia do meu olho, eu precisava fazer umas coisa pra mim, eu não fiz nada. Eu corri o mês inteiro atrás do problema de saúde do meu marido. E acabei não fazendo nada pra mim. E você ainda é ruim ainda! Você ainda é ruim! Porque fala assim, se fosse pros outros você faria! Você tá fazendo porque tá fazendo pra mim. Então você ainda tem que ouvir isso! (Jisele)

Percebemos que o cuidado em saúde é visto pelas mulheres como atribuição do feminino quando se trata do cuidado na perspectiva familiar, referindo muitas vezes que quem cuida da família toda são elas, em detrimento ao seu próprio cuidado.

Porque você tá falando, eu me cuido, lógico, papanicolau você faz todo ano, mas às vezes você está com alguma coisa e pensa que dá pra agüentar. Pensa, vou deixar pra depois, e vai levando. Mas se é o seu marido ou seu filho você já corre. (Jisele)

Sim, a gente se cuida, mas assim, não é como cuidá, como é que fala, é, sabe, em primeiro lugar. Se tem meu filho, tem meu marido, é eles primeiro eu fico por último, entendeu? (Flávia)

Quando as mulheres mostravam interesse nos cuidados pessoais, comparando até suas atitudes com as dos homens, mostravam preocupação em estarem bem de saúde para continuarem exercendo suas funções, inclusive no cuidado.

Apesar que as mulheres se cuidam mais do que os homens, né? Algumas mulheres. (Elizete)

[...] primeiro a gente tem que se amar, né? (Elizete)

Eu acho que você tem que ter cuidado com você pra poder cuidar dos outros. Tem que tá preparada pra tá cuidando. O que você vai estar passando pros outros se você não tem o cuidado com você? Cuidado ao todo que eu falo, mente, coração e tudo. (Preta)

Percebem, então, que a mulher sente que nunca pode adoecer porque todos na casa precisam de seus cuidados. Por isso, demora a admitir que esteja com alguns sintomas ou até mesmo não diz, porque sabe que não vão acreditar, como aponta a fala de Leonilda:

E se é ele, ele tem dor se é você, você é mole. (Leonilda)

A gente não pode deitar um pouquinho que já tá mole. (Flávia)

Quando se trata do cuidado médico, elas aceitam que este possa ser de responsabilidade de um homem e, em alguns casos, até preferem a presença masculina em especialidades como a ginecológica:

Umas têm vergonha por que é com uma mulher. Umas preferem com mulher. Eu prefiro com homem. (Várias)

A minha filha, ela fala que não passa com mulher porque a mulher é mais estúpida, ela acha. E o homem é mais delicado. É mais jeitoso. (Jisele)

Que nem, os outros falam, porque você tem que ir no ginecologista que é homem? Eu falo, num sei, mas com mulher eu não vou. (Flavia)

A partir de todas estas referências, percebe-se no assentamento um processo de politização dos espaços cotidianos onde as mulheres se fazem presentes, no entanto, mesmo com a conquista de espaços em lutas coletivas, nas tomadas de decisões e nas esferas do poder elas ainda são prejudicadas.

Algumas das mulheres participantes queixaram-se da cobrança que sentem para estarem sempre bem e com disposição. Durante as entrevistas, fazem referências aos comentários de seus maridos, discursos que foram os de seus pais e que são reproduzidos inclusive por seus filhos.

Pode-se perceber nos relatos relações de poder sobre o corpo feminino. Na entrevista com as mulheres do Assentamento Monte Alegre, elas referiram perceber a gestação como um dever e não um direito, como mostra a fala de Maria:

Esse meu marido só queria me ver de barriga, quando eu operei ele ficou 3 meses sem falar comigo, fia. (Maria)

Outros relatos mostram as inúmeras dificuldades vividas no cuidado de muitos filhos, muitas vezes ainda estando gestantes:

Às vezes eu com criança pequena, às vezes com uma no bucho e outra pequena tinha que pegar a bacia de roupa, levar lá. E pra mim ir com a bacia na cabeça? Eu ajoelhava, catava a bacia, juntava o menino aqui, e lá eu ia. (Maria)

Além disso, percebe-se que lhes é negada a possibilidade de assistência, inclusive aquela voltada à possibilidade de um parto seguro e confortável, como mostra o relato a seguir:

Eu tenho uma família que é bem complicada assim (se referindo a uma família que acompanha). O pai que comanda a esposa, os filhos, são 10 ou 12 filhos, e assim, ele nunca aceitou nada de orientação. Pra mulher você tem que dar orientação no dia que ele não tá lá e tudo o que você fala ele não segue nada. Assim, quando a criança nasceu, esse último, nasceu dentro da nossa perua, a enfermeira que fez o parto. (Flávia)

Barreiras como religiosidade e imposição dos maridos tem impedido que algumas mulheres adotem quaisquer métodos preservativos:

[...] Você fala pra ele: “Sua mulher tem que tomar anticoncepcional”. Ele fala: “Não, sou evangélico, não aceito”. [...] Ai, se vê, é tudo uma conquista mesmo. É complicado [...] (Preta)

3) RELAÇÕES DE GÊNERO E TRABALHO – O CUIDADO À SAÚDE: análise e discussão

Para compreender melhor as dimensões do cuidado à saúde e suas implicações na saúde da mulher camponesa, foi necessário compreender melhor as relações de gênero que ocorrem no campo, assim como a relação do trabalho com a saúde da mulher camponesa, considerando também suas características sexistas. Isso por que identificamos no discurso dessas mulheres frequentes citações sobre seu trabalho e sobre as relações de gênero dentro e fora do ambiente familiar, demonstrando a relevância desses dois fatores na saúde da mulher no campo que merecem, portanto, uma maior atenção nessas reflexões.

Além disso, os processos educativos que envolvem as relações de gênero e o trabalho no campo expressam características da cultura e da formação do povo camponês, mostrando processos de opressão e libertação que se relacionam estreitamente com a luta por melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde dessa população.

Segundo Faria (2005), diferentemente do termo sexo, que se refere aos fatores biológicos que diferenciam machos e fêmeas na natureza, o conceito de gênero se refere à construção social da masculinidade e da feminilidade. Desta forma, a definição de masculino e feminino associa-se ao que cada sociedade, em cada momento histórico, espera como próprio de homens e mulheres. Necessitando, então, que as relações de gênero também se deem contextualizadas conforme cultura, classe, raça, religião e momento histórico.

Em se tratando de educação e saúde,

os grupos hegemônicos têm como interesse convencer os trabalhadores a seguirem certas regras com intuito de preservar sua força de trabalho em condições minimamente saudáveis, e garantir que o trabalho executado produza o lucro necessário no processo de acumulação de capital (VALLA, GUIMARÃES e LACERDA, 2007, p. 59).

A saúde de trabalhadores e trabalhadoras é, portanto, entendida pelas classes dominantes como a integridade física desses sujeitos aliada à disposição para o trabalho, sendo a manutenção dessa saúde um interesse dessas classes promotoras de ações verticais de educação e saúde que desconsideram as necessidades expressadas pelos trabalhadores e trabalhadoras.

Esse processo antidialógico de educar na saúde faz parte de uma estratégia para dominar as classes populares que devem seguir rigorosos padrões de comportamento como lavar bem as mãos, lavar e cozinhar bem os alimentos, não conviver com animais dentro dos

domicílios, seguir dietas saudáveis e fazer atividades físicas. Esses padrões de comportamento podem ser benéficos à saúde contanto que não sejam mais uma imposição. São prescritos e muitas vezes incentivados pelos grupos hegemônicos sem considerar a cultura e as tradições da população, e visam à garantia de trabalhadores e trabalhadoras limpos, bem apresentáveis conforme os padrões de estética impostos que favorecem a produção e a obtenção de lucro. Em contrapartida, os mesmos grupos que propõem hábitos saudáveis pressionam o aumento da produção, exigindo jornadas longas de trabalho que provocam o estresse, elemento que acarreta doenças físicas e emocionais.

Tais riscos à saúde ocupacional são frequentes tanto no meio urbano como no campo e, como apresentado no capítulo anterior, homens e mulheres camponesas sofrem com os agravos à saúde ocasionados pelos trabalhos no campo, tão necessários para a sua subsistência.

Segundo Scopinho (2010), trabalhadores de um assentamento localizado na região de Ribeirão Preto (SP) apontaram o trabalho como importante dimensão da vida relacionada à saúde-doença. No assentamento, a existência de trabalho criava a condição essencial para a saúde, sendo considerado prazeroso por lidar com a terra e pela liberdade para decidir sobre quando e como trabalhar, evitando os riscos dos trabalhos tipicamente urbanos. No entanto, o mesmo trabalho no assentamento também foi considerado uma fonte de adoecimento devido às cargas físicas, como ter que trabalhar sob a chuva, e cargas químicas, relacionadas à poeira e aos agrotóxicos que as usinas do entorno utilizavam nas plantações de cana e que, por serem aplicados com aviões, atingiam e contaminavam os trabalhadores e moradores do assentamento.

Os resultados apresentados por Scopinho (2010) dialogam com os obtidos nessa pesquisa. As mulheres participantes referiram sentirem prazer e satisfação ao desenvolverem suas atividades laborais, trabalhando na lavoura e em contato com a criação. Contudo, reconhecem que alguns problemas de saúde prevalentes no assentamento são decorrentes dessas atividades, como problemas circulatórios e de articulações.

Tais problemas, como as varizes, por exemplo, foram atribuídos às longas jornadas de trabalho dentro e fora de casa, sempre de pé, posição que dificulta o retorno venoso causando danos à saúde. Para as mulheres do Assentamento Monte Alegre, a dupla jornada do trabalho feminino é desgastante e prejudicial à sua saúde, e essas funções têm implicações como desgaste físico e emocional, problemas ortopédicos, entre outros agravos à saúde. No entanto, as próprias participantes da pesquisa disseram que o cuidado com a criação, alguns trabalhos na lavoura, o trabalho doméstico, a responsabilidade pela saúde e a

educação dos filhos devem ser trabalhos de responsabilidade feminina, naturalizando a divisão sexual de tarefas.

De acordo com Nobre (2005), a divisão sexual do trabalho no campo ainda parte do princípio de que os homens são responsáveis pelo trabalho produtivo, definido pela autora como a agricultura, a pecuária e tudo o que se associa ao mercado. Já as mulheres são responsáveis pelo trabalho denominado reprodutivo, ou seja, o trabalho doméstico, o cuidado da horta e dos pequenos animais, o que é feito para uso e consumo próprio, além do cuidado com os filhos e filhas.

Segundo Faria (2005), a opressão vivida pelas mulheres é um fato histórico construído socialmente com base material na divisão sexual do trabalho, justificada por uma cultura patriarcal que desqualifica as mulheres.

Poletini et al (2005), entrevistam em sua pesquisa uma trabalhadora do Assentamento Bela Vista do Chibarro – SP, que afirma:

a mulher assentada ela por conta de..., até mesmo..., do preconceito, ela acaba se prendendo muito no lote né, porque além da terra ela tem os filhos, ela tem a comida, os afazeres da casa, e ela também vai para terra, que é uma diferença do homem. Porque o homem vai para terra, mas ele não tem o jantar para preparar, não tem o almoço, as crianças, né?... não tem que se preocupar com a educação dos filhos... com certeza ela carrega uma carga horária bem maior que o homem, mas é menos valorizada. (Entrevista com R., mar/2005 apud POLETINI et al, 2005, p.12).

Para Nobre (2005), a naturalização da divisão sexual do trabalho no campo impede que esta se torne um problema a ser enfrentado pela sociedade. Para os trabalhadores do campo, essa divisão do trabalho pelo sexo e a idade se naturaliza porque, além das questões sociais e culturais envolvidas, combina a disponibilidade de trabalho da família com as exigências das diferentes etapas do ciclo de produção agrícola, sendo a relação entre roçado e casa definidora das áreas de trabalho e de não-trabalho:

No roçado se produz farinha, feijão e milho, considerados, pelos agricultores, fundamentais à sobrevivência, de modo que as atividades aí realizadas são reconhecidas como trabalho. O pai encarna essas atividades, logo, o trabalho é dele. Mesmo que os filhos e a esposa desempenhem tarefas no roçado, essas são consideradas “ajuda”. Por oposição ao roçado, a casa é o lugar da mulher, mãe de família, e as atividades aí desenvolvidas são consideradas um não-trabalho. O produto das atividades femininas no cuidado de pequenas criações ou no artesanato é comercializado para a compra de outros bens para a casa, como, por exemplo, utensílios de cozinha, roupa de cama, etc (id. ibid, p. 41).

Os estudos realizados por Sales (2007) apontam também para este cenário de que, em todo Brasil, mulheres trabalhadoras do campo produzem alimentos e garantem a subsistência da família, desenvolvem trabalhos no roçado, principalmente no período do plantio e colheita, além de se ocuparem com o plantio de ervas medicinais e com o artesanato. No entanto, esses estudos constataram que o trabalho realizado por essas mulheres é muitas vezes qualificado como “ajuda”, tanto no interior da família como nos sindicatos e órgãos públicos, o que inviabilizou durante muito tempo o reconhecimento das mulheres como trabalhadoras e, conseqüentemente, a garantia de seus direitos sociais.

A divisão sexual do trabalho estaria, então, profundamente relacionada com as representações sociais vinculadas a mulheres e homens. A valorização diferente do trabalho de mulheres e homens se explica pela existência de uma relação de hierarquia entre os gêneros. Desta forma, mulheres e homens produzem e reproduzem as desigualdades enquanto tentam superá-las, sendo que os processos educativos que permeiam o desenvolvimento das habilidades que diferem homens e mulheres para o trabalho iniciam na infância, com as primeiras leituras de mundo, e se dão, principalmente ou inicialmente, no ambiente familiar.

Com relação a esta formação, Nobre (2005) diz que o desenvolvimento de meninos e meninas na área rural não apresenta grandes diferenças até por volta dos cinco anos, período em que ambos brincam juntos sem muitas distinções. Depois, as meninas começam a seguir as mães, aprendendo com elas o trabalho doméstico e contribuindo para a realização deste, enquanto os meninos seguem o pai e aprendem com ele as habilidades para os trabalhos que desempenha.

Assim, homens e mulheres se preparam para a divisão de tarefas e, quando executam tarefas que exigem habilidades que não desenvolveram, sentem dificuldades, agravadas pela pressão social exercida sobre ambos e que muitas vezes impede que tentem desenvolver outras funções.

Toda atividade laboral é aprendida em casa, acompanhando o trabalho do pai ou da mãe, e/ou na escola, em um curso profissionalizante, ou até mesmo na rua. Aprendemos observando, praticando, escutando, errando. Algumas vezes também ensinamos mostrando, auxiliando, orientando, conversando ou apenas executando as tarefas sob a observação do outro.

De acordo com Butto e Hora (2008, 16), os últimos 30 ou 40 anos foram marcados pelas lutas feministas, trazendo a questão de gênero para a pauta dos movimentos sociais. Concomitantemente, as relações familiares foram reorganizadas e novos temas

passaram a compor a agenda da luta por direitos. Nas décadas de 80 e 90, as mulheres conquistaram uma série de direitos que envolveram outras lutas que não estritamente a luta pela terra, “muitos desses direitos relacionam-se diretamente às conquistas dos movimentos feministas que eclodiram nos anos 60 e que problematizaram profundamente o lugar da mulher na sociedade”.

Medeiros (2008) destaca a conquista do direito à terra, afirmado na Constituição Federal de 1988, quando o título de domínio ou concessão de uso passou a ser conferido ao homem ou à mulher, ou a ambos, independentemente de seu estado civil.

A partir de sua organização para fazer valer direitos como educação e cidadania, as mulheres conquistaram o direito de serem titulares de um lote da reforma agrária e também conquistaram o direito a financiamentos voltados especialmente a elas, como o PRONAF Mulher. Mas, apesar dos avanços, as desigualdades nas relações de gênero ainda permanecem.

O fato é que a desigualdade entre os gêneros ainda é forte em nossa sociedade, mesmo nos financiamentos do PRONAF o valor do financiamento para os homens é maior do que para as mulheres, assim muitas famílias preferem pegar o destinado ao “chefe” da casa, que na prática pouco tem de chefe. Muitos vão trabalhar na cidade para aumentar a renda da família, deixando a “chefia” do lote, dos filhos, da casa para suas esposas” (POLETINI et al, 2005, p. 13).

A luta das mulheres por mudanças está expressa não só em sua organização coletiva nos movimentos sociais, mas também em seus esforços individuais para ter acesso ao mercado de trabalho assalariado e à escolarização. Existem mulheres que estão na casa e que não se destacam como agentes públicos (id.ibid.), mas que a todo o momento estão fazendo uma revolução silenciosa, seja na luta pela educação de boa qualidade para seus filhos, seja pela conscientização dos filhos na Reforma Agrária, e em toda luta cotidiana por condições dignas de vida.

A mulher é distribuidora do principal bem que a população assentada dispõe: o alimento. Sua capacidade administradora e de ação é inquestionável. A mulher, desde que esteja numa posição de dificuldade, assume todas as tarefas de um chefe de família. No entanto, não encontram espaço para terem, no assentamento, reconhecidos seus direitos (FERRANTE, 1999, p.136).

Assim,

(...) estar na terra significa lutar contra as políticas dominadoras do Estado e das próprias condições estabelecidas [...] a opção de viver no campo num projeto de assentamento é só o primeiro desafio de muitos que se enfrentam ao longo das trajetórias. Para as mulheres, a história de submissão ao homem é apenas mais um obstáculo a ser encarado. O paternalismo econômico e político combinado com o liberalismo que assume diferentes roupagens, mas não sai de cena criam, de fato, discriminações (POLETINI et al, 2005, p. 13).

Segundo Faria (2005, p.24), “a cultura ocidental na qual estamos inseridas está estruturada a partir de representações duais, através de símbolos como Eva e Maria”, por isso as mulheres têm sido consideradas profanas ou virtuosas e são qualificadas como puras ou impuras se cumprem ou não seu “papel feminino” que define que elas devem ser intuitivas, sensíveis, cuidadoras, delicadas, amáveis, carinhosas e boas donas de casa.

Por muitas gerações as mulheres foram consideradas inferiores aos homens, e por isso deviam obedecê-los. A autoridade masculina sobre as mulheres não era questionada e considerar a desigualdade entre homens e mulheres como uma diferença natural mostrou-se como um dos principais mecanismos para manter as mulheres em uma posição subordinada.

As manifestações de violência, em geral, se justificam com o argumento de que as mulheres não estão cumprindo bem seu papel, ou seja, de que elas não fizeram bem o trabalho doméstico, que não se comportaram bem. Igualmente, afirma Faria (2005, p.24), justifica-se o assédio às mulheres que freqüentam espaços públicos, pois se presume que estas estão “disponíveis sexualmente”.

Para Nobre (2005, p.10), as regras da sociedade patriarcal determinam, assim, que uma mulher só é uma mulher completa se é mãe; e na sociedade, a reprodução e o cuidado com o outro são fundamentais para a humanidade e não podem por isso ser negados. Neste contexto, “o feminismo pôs em debate a função social da maternidade”, considerando serem conquistas das lutas femininas a responsabilidade do poder público em garantir serviços de saúde de pré-natal e parto, creche e educação, entre outras políticas. Além disso, uma das lutas centrais dos movimentos feministas desde os anos 1970 tem sido o direito das mulheres decidirem se querem ou não ter filhos e o momento de tê-los: “Aparentemente, a mudança de costumes, a maior presença das mulheres na vida pública e avanços tecnológicos como a pílula anticoncepcional e o preservativo teriam feito desta bandeira uma realidade”.

Por esse e outros motivos, os diversos grupos de mulheres, incluindo o grupo das mulheres do Assentamento Monte Alegre, continuam se organizando na luta pelo direito de expressar sua vontade e autonomia dentro e fora da família, no campo ou na cidade, na comunidade, no trabalho, na sociedade e, enfim, na vida.

CAPÍTULO VII – “Para refletir...”

*Eu vi o menino correndo, eu vi o tempo
Brincando ao redor do caminho daquele menino
Eu pus os meus pés no riacho
E acho que nunca os tirei
O sol ainda brilha na estrada e eu nunca passei.*

*Eu vi a mulher preparando outra pessoa
O tempo parou pr'eu olhar para aquela barriga
A vida é amiga da arte
É a parte que o sol me ensinou
O sol que atravessa essa estrada que nunca passou*

*Aquele que conhece o jogo
Do fogo das coisas que são
É o sol
É a estrada
É o tempo
É o pé
E é o chão*

(Caetano Veloso)

As compreensões atribuídas à saúde são construções formadas ao longo da vida e se baseiam nas experiências particulares e coletivas das camponesas. A análise dos dados apontou que a concepção de saúde expressa por essas mulheres articula saúde e sociedade e considera tanto os aspectos biológicos, psíquicos e emocionais da saúde, como também os sócio-econômicos.

Foi possível apreender cinco aspectos relacionados à saúde da mulher camponesa. O primeiro deles se refere à **discriminação**, que se revela na relação com o outro ou a outra de outras culturas e outros contextos. Com relação à discriminação, elas percebem os prejuízos causados a saúde, como baixa auto-estima e até depressão. Como cuidado para não sofrer com as implicações para a saúde, decorrentes das atitudes discriminatórias, elas atuam divulgando os trabalhos e as conquistas dos assentados e das assentadas, em outros ambientes, promovendo o reconhecimento e a valorização do povo do campo.

Outro aspecto relevante da saúde no campo se refere às **condições estruturais do assentamento**. A conquista de novas estruturas e manutenção das estruturas disponíveis favorece tanto na prevenção como na assistência a saúde. Elas se referem às precariedades como estrutura da unidade de saúde, condições de transporte, comunicação, saneamento básico, esgoto. Um terceiro aspecto faz referência especificamente ao **acesso aos serviços de saúde**. Atualmente, o Assentamento Monte Alegre é assistido por uma equipe de saúde da

família, o que é avaliado como melhora no acesso, pois difere de outros contextos camponeses que, por exemplo, não possuem nenhuma equipe de saúde.

Um quarto aspecto é a **relação do trabalho com a saúde**. O trabalho no campo exige vigor físico e muitas vezes não é realizado de forma a garantir a integridade física ou mental do trabalhador ou trabalhadora. São consequências frequentes do trabalho no campo lesões decorrentes de esforço físico e postura inadequada; situações de estresse devido ao controle rígido de produtividade e às jornadas prolongadas de trabalho; além de riscos no manuseio de ferramentas cortantes e agrotóxicos. O quinto e último aspecto é o **lazer**, cujas opções são precárias no assentamento. Nessa pesquisa, identificamos que a falta de atividades de lazer para as mulheres tem acarretado em isolamento e depressão.

Foram identificadas múltiplas práticas de cuidado, como a assistência multiprofissional oferecida pelos serviços de saúde, a produção e a utilização de remédios caseiros e outras receitas, o diálogo, o companheirismo, a escuta ativa e as mobilizações sociais. Percebemos um conjunto de práticas utilizadas no cuidado à saúde oriundas do saber popular e identificamos como as práticas mais recorrentes no assentamento, a utilização de plantas medicinais, crença religiosa como apoio social, dietas como formas de tratamentos e a prática das parteiras.

A busca pela legitimidade das práticas populares se revela como um processo educativo, pois faz com que elas recorram à diversas fontes de saberes para sentirem-se seguras com as escolhas que fazem para cuidar de sua própria saúde, além da saúde dos demais. Elas trocam informações sobre as práticas de saúde que conhecem, procuram livros e revistas, profissionais da saúde e fazem exames. Concluimos que, no itinerário terapêutico, a utilização de uma prática não exclui a outra.

Também identificamos que tanto o trabalho no campo, como as relações de gênero trazem implicações para a saúde da mulher. Nos processos educativos para o trabalho temos a naturalização da divisão sexual das tarefas. Elas relatam que muito do que aprenderam de suas atividades laborais foi acompanhando suas mães e outras mulheres da família, enquanto os meninos acompanhavam os homens. Assim, eles e elas desenvolveram suas habilidades para tarefas específicas. Uma consequência dessa divisão, que afeta essas mulheres, é a percepção de que o trabalho atribuído aos homens, como o trabalho fora de casa, remunerado, é mais valorizado, sendo reconhecido como trabalho. Por outro lado, o trabalho atribuído à elas, muitas vezes no lar, é desvalorizado.

Além disso, identificamos que o cuidado é percebido como atribuição do feminino no ambiente familiar, enquanto no ambiente profissional, pode ser também uma

atribuição do masculino, aí representado pelos profissionais de saúde. As relações de poder sobre o corpo feminino se revelaram nos relatos de mulheres que não podem fazer suas escolhas anticoncepcionais por determinação de seus parceiros. Como cuidado relacionado a este aspecto, algumas delas buscam a mudança dos padrões culturais, nos processos educativos nas relações de gênero.

Com essa investigação, concluímos que os processos educativos que formam a compreensão de saúde, e pelos quais se desenvolvem os saberes e as práticas sociais no Assentamento Monte Alegre, são muitas vezes dialógicos, ocorrendo enquanto essas mulheres aprendem e ensinam em meio a suas relações. Com relação à saúde no assentamento, percebemos na atuação cotidiana das mulheres, um despertar crítico revelado nas iniciativas de intervenções comunitárias e mobilizações populares, que se caracterizam como eficientes trabalhos de educação e saúde, num processo consciente de autonomia e libertação.

Ao serem questionadas sobre como concluem essa pesquisa e quais contribuições ela pode trazer, as participantes dizem que esse trabalho pode ajudar a melhorar as condições de acesso dos assentados, pois reafirma que a população do campo tem direitos, tem cidadania. Acreditam ser esta, uma oportunidade de ganhar reconhecimento, e avaliam que são poucos os grupos que tem a oportunidade de expor seu trabalho, seu cotidiano, sua forma de ler o mundo. Percebem nessa oportunidade uma estratégia que auxilie no combate à discriminação que a população do campo sofre, pois o trabalho apresenta o engajamento dessa população para cuidar de sua comunidade. Ao participar dessa pesquisa, pretenderam mostrar que todas as suas conquistas se deram na luta e que, por isso, continuarão lutando para que a população do campo seja reconhecida pelo valor de sua cultura.

Também acreditam que outros grupos, ao lerem essa pesquisa, poderão aprender com suas experiências relatadas e isso irá auxiliar na luta em diferentes contextos camponeses. Quando questionadas sobre suas expectativas quanto às pesquisas futuras, elas dizem que pretendem continuar pesquisando, que buscam novas experiências e que desejam conhecer outros assentamentos, outras comunidades, comunidades quilombolas, ribeirinhas, caiçaras, para saberem como essas populações tem buscado garantir seu bem-estar individual e coletivo. Percebem no exercício de fazer pesquisa a oportunidade de dialogar com essas diferentes culturas e incluir esses diálogos em seus processos educativos.

Dizem que o próprio desenvolvimento da presente pesquisa foi um processo educativo, quando elas aprenderam na relação com mulheres de diferentes vivências no campo, padeiras, trabalhadoras do lar, trabalhadoras rurais, agentes comunitárias de saúde, e

nesse processo de troca de saberes, aprenderam e ensinaram junto com a pesquisadora da universidade, da cidade.

Com esses resultados, contribuimos para o processo de conhecimento sobre a saúde no campo a partir da perspectiva exclusiva das mulheres que ali vivem. Também podemos contribuir para a construção de políticas de saúde voltadas para as mulheres camponesas, pois seus relatos apontam diversas possibilidades e estratégias adequadas para a melhoria das condições de saúde dessa população. Mais do que isso, essas mulheres se apresentam constantemente dispostas a colaborar, dedicando-se e trabalhando intensamente e em conjunto com os gestores e órgãos governamentais. Faz-se necessário ampliar os espaços de participação para que estas mulheres possam colaborar com suas sugestões, até mesmo atuando como promotoras da saúde e da educação popular que são.

Nesse sentido, esta pesquisa contribui para a Educação Popular na medida em que apresenta um exemplo de força e dedicação dos grupos populares em participarem ativamente do gerenciamento e da reorganização das políticas públicas, manifestando sua autonomia e seu amplo conhecimento sobre o que vem a ser o melhor para garantir seu próprio bem-estar. Esse trabalho comprova que as ações de Educação Popular e Saúde merecem destaque nas estratégias de saúde pública, pois ao utilizarem o método participativo permitem que as classes populares se envolvam maiormente, questionando, refletindo e concretizando seus intentos.

Esta pesquisa se configura na área de Educação por reconhecer, nos processos educativos desencadeados por essas práticas sociais, a possibilidade de se valorizar o saber pela experiência. Assim, o processo de elaboração do referencial teórico foi o marco inicial para que pudéssemos compreender o que investigaríamos, e foi durante esse processo que esta pesquisadora aprofundou seus estudos nas áreas de Educação e Saúde, com um novo olhar para ambas.

Particularmente, esse referencial tanto ampliou meus horizontes na pesquisa, como também foi meu guia quando me deparava com um mar de informações apreendidas nas vivências e com as quais não sabia lidar, nem por onde começar a analisar. O referencial adotado serviu de suporte, portanto, desde a formulação da questão e objetivos até a análise final dos dados.

Da mesma forma, a escolha por seguir a metodologia da pesquisa participante foi fundamental, pois o método estudado nos orientou quanto à importância da sinceridade, honestidade, clareza, vínculo e compromisso ao apresentar à população a proposta de projeto, os riscos e objetivos da inserção da pesquisadora naquele contexto. Para fazer essa pesquisa,

foi necessário um planejamento passo a passo de todos os caminhos a partir dos referenciais adotados e considerando, inclusive, que as etapas previstas sofreriam mudanças para se adequarem aos projetos de vida do grupo com o qual trabalhamos. Conhecer a metodologia fez, portanto, com que esse planejamento fosse bem embasado, facilitando os caminhos trilhados a partir dele. Em meio às dificuldades, as leituras sobre amorosidade, conscientização, luta e libertação me motivaram e por vezes me emocionaram, pois com essa experiência de pesquisa foi possível perceber o quanto esses relatos apresentavam-se coerentes com a realidade e como o caráter transformador da educação é real.

Na linha *Práticas Sociais e Processos Educativos* encontrei pessoas e trabalhos que afirmam diariamente que a educação dialógica, junto com a participação popular, transforma a realidade quando há a necessidade de libertação das diversas formas de opressão. Assim foi e continuará sendo com as mulheres de Monte Alegre, e esperamos que os relatos redigidos nesse trabalho e acompanhados de algumas reflexões contribuam para essa linha de pesquisa, inspirando pesquisas futuras.

Percebemos que tanto os saberes de um grupo sobre um determinado tema, como suas práticas sociais e seus processos educativos, são contínuos, incompletos e inesgotáveis. Assim, não é possível aprender todas as experiências, sentidos e compreensões atribuídos pelas mulheres do Assentamento Monte Alegre à saúde e tampouco nos é possível identificar todas as práticas adotadas, renovadas a cada dia a partir de novos processos educativos que se iniciam continuamente.

Logo, para construir um novo olhar sobre a saúde da mulher do campo, fundamentado em seus saberes de experiência, é preciso dar continuidade a pesquisas que investiguem a cultura e as práticas sociais dessas mulheres camponesas. Além disso, o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao estudo das influências do trabalho e das relações de gênero no processo saúde-doença de homens e mulheres no campo favoreceria na reconfiguração desse cenário, apontando novas possibilidades de se desenvolver as atividades laborais e de se educarem homens e mulheres para as relações de gênero, prevalecendo o respeito e o compromisso com o bem-estar de ambos. Esperamos ter contribuído para a compreensão desse universo camponês que precisa de mais atenção para suas questões de saúde, concebidas sempre de maneira ampla.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIB, P. R. J. **Capoeira Angola: Cultura popular e o jogo dos saberes na roda**. 2004. Tese (Doutorado em 2004) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- AMARAL, D. M. do. **Pedagogia da terra: olhar dos/as alunos/as em relação à primeira turma do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em 2010 – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Rev. Interface comunicação, saúde, educação**, v. 8, n. 14, p. 73-91, set. 2003/fev. 2004.
- _____. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.17, n.1, p. 43-62, 2007.
- BACARIN, L. M. B. P. **O movimento de arte-educação e o ensino de arte no Brasil: história e política**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In.: FONSECA, A. F. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BEZERRA, A. As atividades em educação popular. In: Brandão, C.R. (Org.). **A Questão Política da Educação Popular**. 4. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984.
- BODGAN, R., BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em Educação**. Uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto Editora, 2004.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BORBA, S.; PORTUGAL, A. D.; SILVA, S. R. B. Pesquisa em educação: a construção teórica do objeto. **Rev. Ciências & Cognição**, v.13, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org>>, Acesso em: 22 jun. 2010.
- BORGES J.R.P.; FABRO, A.L.D.; FERREIRA, P. **Condições de vida e qualidade do saneamento ambiental em assentamentos da reforma agrária paulista: Representações e práticas cotidianas**. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULARES – ABEP, 15., Caxambú-MG, 2006.. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_126.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

- BORGES, M. S.; PINHO, D. L. M.; SANTOS, S. M. As representações sociais das parteiras tradicionais e o seu modo de cuidar. *Caderno CEDES*, v. 29, n.79, p. 373-385, 2009. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 24 jun. 2010.
- BOSI, A. Dialética da colonização. In.: **Cultura brasileira e culturas brasileiras**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p.308-345.
- BRANDÃO, C. R. **Pesquisa Participante**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. 211p.
- _____. **Casa de Escola**: cultura camponesa e educação rural. Campinas: Papyrus, 1983.
- _____. **Repensando a pesquisa participante**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- _____. **A Educação Popular na Escola Cidadã**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- _____. **Aqui é onde eu moro, aqui nós vivemos**: Escritos para conhecer, pensar e praticar o Município Educador Sustentável. 2. ed. Brasília: MMA, Programa Nacional de Educação Ambiental, 2005a.
- _____. Qualidade de vida, vida de qualidade e qualidade da vida. In: _____. **A canção das sete cores**: educando para a paz. São Paulo: Contexto, 2005b.
- BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa Participante**: O Saber da Partilha. 2. ed. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006.
- BRANDÃO, Z. **Pesquisa em Educação**: conversa com pós-graduandos. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_O%20poder%20municipal%20no%20rumo%20do%20SUS.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 18 mai. 2011.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Relatório ONU**, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/03122002relatorio_onu.shtm>. Acesso em: 22 ago. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**, 2004. Disponível em: <<http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/Relatorio12CNS.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2011.
- BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Atenção à Saúde da Mulher**, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.
- BUTTO, A.; HORA, K. E. R. Mulheres e Reforma Agrária no Brasil. In.: LOPES, A, L.; ZARZAR, A. B. (Orgs.). **Mulheres na reforma agrária a experiência recente no Brasil**. Brasília: MDA, 2008.
- CAMPOI, A. M. Sistemas de produção e estratégias de vida para a permanência na terra: um estudo no projeto de assentamento Monte Alegre – Araraquara-SP. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, UNIARA, Araraquara. 2005.
- CARMO, C. da S.; COLLOCA, E. A.; GONÇALVES JUNIOR, L. Lazer e Educação Ambiental: um diálogo possível no cicloturismo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, ESPORTE E LAZER, 1., 2010, São Carlos. **Anais do I Congresso**. São Carlos: EdUFSCar, 2010.
- CARNEIRO, F. F. et al . Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra e de bóias-frias, 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008005000037&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2008.
- CARRICONDE, C. **Introdução ao uso de fitoterápicos nas patologias de APS**. Olinda: Centro Nordestino de Medicina Popular, 2002.
- CAVALCANTE, I. M. da S. e NOGUEIRA, L. M. V. Práticas sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na Ilha de Mosqueiro - Belém, Pará. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, vol.12, n.3, pp. 492-499, 2008. Disponível em: < www.scielo.br>. Acesso em: 14 jun. 2010.
- CHAVES, L.M. **Programa Saúde da Família: satisfação dos membros das famílias inscritas em Goiânia-GO**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- COELHO E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites na prática profissional. **Rev. Enferm. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 154-160, jan-mar 2009.

- DANTAS, Alexandre. O homem rural no assentamento de reforma agrária. In: WHITAKER, Dulce C. A.; FIAMENGUE, Elis Cristina. **Retratos de assentamentos**. Araraquara: NUPEDOR/Programa de Pós-Graduação em Sociologia da FCL, ano 6, n. 6, 1998.
- DARON, V. **Educação, Cultura Popular e Saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais**, 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2003.
- _____. A dimensão educativa da luta por saúde no Movimento de Mulheres Camponesas e os desafios político-pedagógicos para a educação popular em saúde. **Cadernos CEDES**, v.29, n.79, p.387-399, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 24 jun. 2010.
- DUSSEL, E. Filosofía de la liberación desde la praxis de los oprimidos. **Revista Liberación-Libertação**, Campo Grande, v.2, p.33-49, 1991.
- _____. **Para uma ética da Libertação Latino Americana III: Erótica e Pedagógica**. São Paulo: Loyola, s/d.
- EZPELETA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez, 1989.
- FARIA, N. Gênero e políticas públicas. In.: NOBRE, M.; FARIA, N.; SILVEIRA, M. L. **Feminismo e Luta das Mulheres: análise e debates**. São Paulo: SOF, 2005.
- FEITOSA, D. A. A Educação Popular enquanto um saber da experiência. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 32., 2009, Caxambu. **Anais da 32ª Reunião Anual da ANPED**. São Paulo: editora ANPED, 2009. Disponível em: <www.anped.org.br>. Acesso em: 16 ago. 2011.
- FERAESP. **Anais do Primeiro Congresso dos Empregados Rurais do Estado de São Paulo**. Jaboticabal, abr. 1990.
- FERRANTE, V. L. B. Assentamentos Rurais: estratégias de recusa ao modelo estatal. **Raízes – Revista de Ciências Sociais e Econômicas**, Campina Grande, v.16, n. 15, p. 62-76, 1998.
- FERRANTE, V. L. B; BARONE, L. A. **Homens e mulheres nos assentamentos: violência, recusa e resistência na construção de um novo modo de vida**. São Paulo: Perspectivas, 1998. p. 121-147.
- FIORI, E. M. Conscientização e educação. **Revista Educação e Realidade**, v.11, n.1, p.3-10. Porto Alegre: UFRGS, 1986.
- FONSECA da SILVA, M. C. R. **A formação de professores de arte: diversidade e complexidade pedagógica**. Florianópolis: Insular, 2005.
- FRANCO, M. A. S. Pesquisa ação e prática docente: articulações possíveis. IN: PIMENTA, S. G.; FRANCO, M. A. S. (Orgs.) **Pesquisa em educação**, v.1., São Paulo: Edições Loyola, 2008.

-
- FREIRE, Paulo. **Ação Cultural para a Liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981a. (O Mundo Hoje, v. 10).
- _____. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In.: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Pesquisa Participante**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981b. 211p.
- _____. **Educação como Prática para a Liberdade**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- _____. **Pedagogia do Oprimido**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. (Col. O Mundo, Hoje, v.21).
- _____. **A Importância do Ato de Ler**: em três artigos que se completam. São Paulo: Autores Associados, Cortez, 1989.
- _____. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- _____. O político-pedagógico. In.: GADOTTI, M., FREIRE, P., GUIMARÃES, S. **Pedagogia: Diálogo e Conflito**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. **Pedagogia da Indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- _____. **À Sombra desta Mangueira**. 6. ed. São Paulo: Olho D'Água, 2001.
- _____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Ed. Scipione, 1989.
- GASPARI, L. C. de. **Estratégias familiares e sustentabilidade econômica em assentamento rural**. 2010. Dissertação (Mestrado em Agroecologia e Desenvolvimento Rural) Centro de Ciências Agrárias - Universidade Federal de São Carlos, Araras, 2010.
- GHEDIN, E.; FRANCO, M. A. S. **Questões de método na construção da pesquisa em educação**. São Paulo: Cortez, 2008.
- GIUSTI, Ana. **Educação em processos de participação e controle social**: educar-se no cotidiano. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, 2007.
- GOHN, M. G. (ORG.) **História dos movimentos e lutas sociais**. São Paulo: Loyola, 1995.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.27, n.1, p. 7-18, 2007. Disponível em: < www.scielo.br>. Acesso em: 21 fev. 2011.

- GUIMARAES, Raphael Mendonça et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controlé. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.3, p. 282-294, 2005.
- ITESP. Instituto de Terras do Estado de São Paulo. Informações sobre assentamentos, 2009. Disponível em: <www.itesp.sp.gov.br>. Acesso em: 05 ago. 2011.
- LAPLANTINE, E. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LARROSA-BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C.: Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Revista História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 13, n. 1, p. 113-28, 2006.
- LOYOLA, MA. **Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel; 1984.
- LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec; 2003.
- MARCHETTI, L; FUKUI, L. Reflexões da prática de terapia comunitária em diferentes contextos. In: GRANDESSO, M.; BARRETO, A (Orgs.). **Terapia comunitária: tecendo redes para a transformação social: saúde, educação e políticas públicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo: ABRATECOM – Associação Brasileira de Terapia Comunitária, 2007.
- MARTINS, C. M. (Org.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde.)
- MEDEIROS, L. S. Assentamentos rurais e gênero: temas de reflexão e pesquisa. In.: LOPES, A. L.; ZARZAR, A. B. (Orgs.) **Mulheres na reforma agrária a experiência recente no Brasil**. Brasília : MDA, 2008.
- MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n. 4, p. 356-362, out/dez. 1988.
- _____. (Org.) **Pesquisa social – teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- _____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.7-18, 2000.
- MMC. Movimento de Mulheres Camponesas. Disponível em: <www.mmcbrazil.com.br>. Acesso em: 17 mai. 2011.
- MONTRONE, A. V. G.; REYES, C. R. **Educación, formación, diversidad y ciudadanía en América Latina**. México, 2005.

- MORAES, J. V. *et al.* **Práticas alternativas de saúde num bairro de São Carlos, interior de SP.** JORNADA DE JÓVENES INVESTIGADORES DE LA AUGM, 15., out. 2007. CD-ROM.
- MORISSAWA, Mitsue. **A história da luta pela terra e o MST.** São Paulo: Expressão Popular, 2001.
- NASCIMENTO, A. **Teatro experimental do negro: trajetória e reflexões.** *Rev. Estud. Avançados*, vol.18, n.50, p. 209-224, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ea/v18n50v1850.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2011.
- NEVES, C. F. *et al.*. Percepções da população sobre o programa saúde da família em Palmas - TO. **Revista da UFG**, Goiânia, v. 6, n. especial, dez. 2004. Disponível em: <www.proec.ufg.br>. Acesso em: 27 mar. 2011.
- NOBRE, M. O direito das mulheres a seu corpo. In.: NOBRE, M.; FARIA, N.; SILVEIRA, M. L. **Feminismo e Luta das Mulheres: análise e debates.** São Paulo: SOF, 2005.
- _____. Relações de gênero e agricultura familiar. In.: NOBRE, M.; FARIA, N.; SILVEIRA, M. L. **Feminismo e Luta das Mulheres: análise e debates.** SOF: São Paulo, 2005.
- NOGUEIRA, S. **Processos educativos da capoeira angola e construção do pertencimento étnico-racial.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.
- OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Revista Estudos Avançados**, v.18, n.50, p. 57-60, 2004. <www.scielo.br/pdf/ea/v18n50v1850.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2011.
- OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.
- OLIVEIRA, M. W. Apresentação - Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 29, p. 297-306, 2009. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 24 jun. 2010.
- OLIVEIRA, M. W.; MORAES, J. V. Práticas Populares de Saúde e a Saúde da Mulher. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 4, p. 412-420, out./dez. 2010
- OLIVEIRA, M. W.; STOTZ, E. N. Perspectivas de diálogo entre organizações governamentais e não governamentais e instituição acadêmica: o convívio metodológico. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 27., 2004, Caxambu. **Anais da 27ª reunião da ANPED - GT Educação Popular.** São Paulo: editora ANPED, 2004. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t0610.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2010.
- OLIVEIRA, M. W. *et al.* Processos Educativos em Práticas Sociais: Reflexões teóricas e metodológicas sobre pesquisa educacional em espaços sociais. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 32., 2009a, Caxambu. **Anais da 32ª Reunião Anual da ANPED.** São

- Paulo: editora ANPED, 2999. Disponível em: <www.anped.org.br >. Acesso em: 06 set. 2010.
- OLIVEIRA, R. D.; OLIVEIRA, M.D. Pesquisa social e ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In.: BRANDÃO, C. R. **Pesquisa Participante**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- OPAS. Organización Panamericana de La Salud. **La situación de salud de la mujer en América Latina y el Caribe**. Washington, D. C.: FEB, 1995. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/SMDS/SMDS15_6_SPA.pdf>. Acesso em: 5 jul 2010.
- PEDROSA, J. I. S. Cultura popular e identificação comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). Educação e Saúde, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- PINHEIRO, M. C. O. . Educação popular no Brasil: possibilidades de uma história comparada. **Revista de História Comparada**, v. 3, p. 1-17, 2008.
- POLETINI, A. V. et al. **Na casa e na rua**: expressões de participação/recuo, resistência/acomodação das mulheres nos assentamentos rurais de Araraquara-SP. CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA E SOCIOLOGIA RURAL, 43., Ribeirão Preto, 2005.
- QUEIROZ, M. S. **Representações sobre Saúde e Doença**: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. Campinas: Unicamp, 1991.
- REGO, José Márcio; MARQUES, Rosa Maria (Orgs.). **Economia brasileira**. São Paulo: Saraiva, 2005.
- REVISTA RADIS. Hoje somos uma tribo com identidade própria. **Tema**. Edição Especial, p.8-9, Rio de Janeiro, 2001.
- RIBEIRO JÚNIOR, D. **Criação audiovisual na convivência dialógica em um grupo de dança de rua como processo de educação humanizadora**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação e Educação - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.
- RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. A transitoriedade nos estados de saúde e doença: construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol.8, n.3, p. 419-437, 2010.
- SABROZA, P. C. **Concepções de saúde e doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
- SALES, C. M. V. Mulheres rurais: tecendo novas relações e reconhecendo direitos. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2007000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2008.

- SANTOS FILHO, J. C.; GAMBOA, S. S. **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo: Cortez, 2007.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS – Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.
- SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Supl. 1): 1575-1584, 2010
- SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Rev. Informe-se em promoção da saúde**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.03-05, 2006.
- SILVA, P. B. G. e. **Educação e identidade dos negros trabalhadores rurais do Limoeiro**. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1987.
- SILVA, R. A. **Lazer e processos educativos no contexto de trabalhadores/as rurais do MST**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.
- SIMÃO, A. I. **Preconceito e discriminação sentidos e observados por alunos de 5ª série e suas propostas para melhorar o convívio na escola**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.
- SIQUEIRA, C. T. de. **Construção de saberes, criação de fazeres: educação de jovens no hip hop de São Carlos**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.
- SOARES, D. O Sonho de Rose: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2008.
- SOUZA, P. C. A. de; CARMO, C. da S.; GONÇALVES JUNIOR, L. Qualidade de vida: entre o ser e o ter. COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 7., Recife, 2010. **Anais...** Recife: Centro Paulo Freire/ UFPE, 2010a. p.1-9.
- SOUZA, T. S.; SILVA, M. D. ; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein**, cidade, v.8, n.1, p.102-6, 2010b.
- SOUZA, V. F. et al. Processos evolutivos na ocupação dos espaços nos assentamentos Monte Alegre 1 e Monte Alegre 4, em Araraquara-SP. **Rev. de Economia Agrícola**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 5-14, jan./jun. 2008.
- STEDILE, J. P. (Org.). **A reforma agrária e a luta do MST**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- STEDILE, J. P. Sociedade em crise. **Revista Carta Capital**, São Paulo, v.12, n.360. 21 set. 2005. p. 28-33.

- STEDILE, J. P.; FERNANDES, B. M. **Brava gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 1999.
- STEDILE, J. P.; FREI SERGIO. **A luta pela terra no Brasil**. São Paulo: Scritta, 1993.
- STOTZ, E. N. O papel dos serviços de saúde e Enfoques de educação e saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.
- STOTZ, E.N.; DAVID, H., M.S.L; WONG-UN, J. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan.-jun. 2005.
- STRECK, Danilo R. Entre emancipação e regulação: (des)encontros entre educação popular e movimentos sociais. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, vol.15, n.44, p. 300-310, 2010. Disponível em: <www.scielo.br >. Acesso em: 12 out. 2011.
- TORRES, Rosa Maria. **Discurso e Prática em Educação Popular**. Ijuí: UNIJUI, 1988.
- TRIBUNA, Jornal. Reportagem: **Padaria Comunitária garante trabalho e renda às mulheres**. Araraquara: 2008. Disponível em: <<http://tribunaregiao.com.br/cotidiano/noticias.php?idNot=17300>>. Acesso em: 9 ago. 2011.
- VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.15, supl.2, p. S7-S14, 2009. Disponível em: <www.scielo.br >. Acesso em: 12 out. 2011.
- VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, UERJ/ABRASCO, 2007. p.103-17.
- VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: _____. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 11-19.
- _____. **Educação popular, um jeito especial de conduzir o processo educativo no setor saúde**. Rede de Educação Popular e Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.edpopsaude.net/varal-de-textos/concepcoes>>. Acesso em: 23 nov. 2011.
- _____. (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, 391p.
- VASCONCELOS, V. O. **Bebendo em fonte de água fresca: caminhos para a formação de agentes comunitários de lazer**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2002.
- VASCONCELOS, V. O. ; OLIVEIRA, M. W. Educação popular: uma história, um que-fazer. **Rev. Educação Unisinos**, v. 13, p. 135-146, 2009.

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. et al. Introdução às técnicas qualitativas de pesquisa aplicadas em saúde. **Publicações Técnicas do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP**, Recife, n. 20, p. 51-94, 2009.

WEINBERG, G. Hacia la educación popular. In.: _____, **Modelos educativos en la historia de América Latina**. Buenos Aires: Kapelusz, UNESCO - CEPAL – PNUD, 1984. p. 149-172.

WHITAKER, D. C. A. **Mulher e Homem: o mito da desigualdade**. São Paulo: Editora Moderna, 1988.

WHO, World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**, 1948. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A:

Termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



Termo de consentimento livre e esclarecido

Você, _____, está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Saberes, práticas e processos educativos de mulheres assentadas acerca de saúde**” que tem como objetivo dialogar com mulheres assentadas sobre sua realidade vivida e seus saberes de experiência com intuito de identificar e descrever suas práticas de promoção e cuidado com a própria saúde e os processos educativos desencadeados por essas práticas. Sua participação é voluntária e poderá ser interrompida a qualquer momento da pesquisa, se assim julgar necessário. Você participará de conversas individuais e/ou coletivas contando suas experiências de promoção e cuidado com a própria saúde. As conversas serão gravadas em vídeo e áudio mediante sua autorização. A pesquisadora **Iraí Maria de Campos Teixeira** é responsável pela pesquisa e destaca que os dados obtidos serão empregados exclusivamente com intuito de responder aos questionamentos da investigação, ou seja, buscando identificar as práticas populares de cuidado com a saúde, usadas por mulheres assentadas. A participação na pesquisa não implicará gastos financeiros de nenhuma natureza às pessoas participantes da pesquisa. Não existem riscos relacionados à sua participação, pois você não será submetida a riscos físicos, psicológicos e morais. Caso avalie, antes ou durante a entrevista, que sua participação lhe causa constrangimento, fadiga, embaraço e tristeza, poderá recusar a participar ou a continuar a entrevista. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora. Para evitar o risco de constrangimento, todas as imagens serão selecionados por você e as demais participantes antes da divulgação. Quanto aos benefícios, acreditamos que os resultados poderão servir para divulgar as práticas populares de cura bem como a situação da mulher assentada em relação à políticas de saúde do Brasil. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

.....
Iraí Maria de Campos Teixeiras (pesquisadora responsável)
Fone: (16) 9962-9012 e-mail: iraiteixeira@yahoo.com.br

Após a leitura das informações acima, tive oportunidade de conversar com a pesquisadora Iraí Mariade Campos Teixeira e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa e os procedimentos adotados. Declaro que entendi os objetivos, benefícios e riscos de minha participação e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (Fone: 3351-8110).

São Carlos,/...../.....

.....
Assinatura sujeito de pesquisa

APÊNDICE B: Roteiro de observação

- Data, hora e lugar da observação.
- Aspectos sociais:
 - Condições de moradia, trabalho e renda.
 - Condições sanitárias de água, esgoto, lixo e animais.
 - Mecanismos de saúde disponíveis como infra-estrutura e recursos humanos.
 - Dimensão do assentamento e característica de solo e relevo.
 - Distribuição de terras (tamanho dos lotes, número de famílias por lote)
- Atitude e condutas (sem influenciá-las):
 - Relações de gênero. Descrever atitudes e condutas dos homens com relação às mulheres.
 - Descrever as atitudes e condutas das mulheres com relação aos homens.
- Comportamento das pessoas em seu entorno natural:
 - Descrever como as pessoas do assentamento se relacionam entre si.
 - Descrever também como se relacionam com as pessoas de fora.
 - Descrever a rotina das pessoas que observo.
 - Plantações (culturas) e criações. Caracterizá-las e descrever a relação com o plantio e com os animais.
- Interações entre os membros de um grupo e suas mudanças com o tempo:
 - Observar as interações entre as mulheres participantes da entrevista, em seu dia-a-dia.
 - Relatar as possíveis mudanças observadas ao longo das observações.
- Influência da cultura no cuidado da saúde:
 - Descrever a rotina no assentamento caracterizando aspectos culturais.
 - Reconhecer a cultura popular no relato das observações, lembrando que a cultura popular, é basicamente oral e “corresponde aos modos de vida materiais e simbólicos do sertanejo ou interiorano e do cidadão pobre suburbano, ainda não assimilado pelas estruturas simbólicas da cidade moderna”. Para BOSI (1992, p. 317):

“Cultura popular implica modos de viver: o alimento, o vestuário, a relação homem - mulher, a habitação, os hábitos de limpeza, as práticas de cura, as relações de parentesco, a divisão das tarefas durante a jornada e, simultaneamente, as crenças, os cantos, as danças, os jogos, a caça, a pesca, o fumo, a bebida, os provérbios, os modos de cumprimentar, as palavras tabus, os eufemismos, o modo de olhar, o modo de sentar, o modo de andar, o modo de visitar e ser visitado, as romarias, as promessas, as festas de padroeiro, o modo de criar galinha e porco, os modos de plantar feijão, milho e mandioca, o conhecimento do tempo, o modo de rir e de chorar, de agredir e de consolar...”

- Refletir sobre como os aspectos culturais influenciam os cuidados de saúde.

APÊNDICE C: Roteiro de entrevista coletiva

- Data, hora, lugar e duração da entrevista
- Nome, idade, formação, ocupação e contato das entrevistadas
- Nome e contato da entrevistadora
- Fala inicial:
 - A idéia desse encontro é conversarmos sobre saúde e sobre as experiências de cada uma com cuidados de saúde.
 - Esse encontro será gravado, mediante a autorização de vocês, para registrarmos esse momento possibilitando a transcrição e análise dos dados levantados.
 - Caso queiram que eu desligue o gravador podem falar que não serão prejudicadas.
 - Fiquem a vontade para não responderem o que não quiserem.
 - Se quiserem fazer perguntas ou se não entenderem alguma pergunta fiquem a vontade para questionar e esclarecer.
 - Garanto sigilo dos dados e só irei divulgar o que vocês autorizarem após avaliarem as transcrições.
- Definição de saúde:
 - O que vocês entendem por saúde?
- Opiniões sobre saúde:
 - Como vocês avaliam a saúde da população do campo?
 - Como é a saúde aqui no assentamento?
 - E com relação a saúde específica das mulheres camponesas? Como avaliam?
- Definição de cuidado:
 - O que vocês entendem por cuidado? (Se necessário, aprofundar no cuidado em saúde.)
- Características do cuidado:
 - Como vocês se cuidam?
 - Como as mulheres de suas famílias se cuidam?
 - Vocês cuidam de mais alguém? De quem? Como é esse cuidado?
 - Para vocês, como é cuidar da saúde no campo? (Aprofundar nas características desse cuidado atreladas ao contexto.)
- Características dos processos educativos da prática de cuidar:
 - Como e com quem vocês aprenderam esses cuidados?
 - Como e para quem vocês ensinam esses cuidados?
- Esclarecimentos ou aprofundamentos:
 - Gostariam de dizer mais alguma coisa sobre os temas que conversamos?
 - Gostariam de falar sobre algo que não conversamos?
- Para finalizar:
 - Agradecer a participação de todas.
 - Lembrar que devolverei esses dados para elas para que juntas possamos conferir minhas interpretações e decidir o que será divulgado.

APÊNDICE D: Exemplo de um trecho do Diário de Campo pintado com cores diferentes para identificar os grupos temáticos da análise dos dados.

ta um homão, ta com 40 anos, 43 anos, e foi a jararaca que pegou ele. Ele pulou o rio e no que ele pulou ela pegou, e agente era criança agente falou: nossa, você vai morrer! Corre pra casa! Foi pior, pq ela subiu correndo, e na hora que ele chegou em casa ele caiu. Pq diz que quando movimenta, o veneno espalha mais rápido. Ninguém dava vida por ele. E eu via, eu era criança e eu falava, ele vai morrer, meu irmão vai morrer, num vai ter jeito. E hoje ele ta um baita dum homão. Então por isso que eu acredito muito nessa questão das crenças. Mas é o que eu to falando, eu não deixo de tomar meus remédios da farmácia que eu preciso tomar. Mas eu faço muito dessas coisas.

Preta – E assim, tem umas coisas que agente aprende muito. Eu faz 10 ano que eu trabalho na saúde, se você falar, toma essa dipirona, toma essa dipirona, eu num tomo! Não tomo medicação nenhuma. Eu chego em casa, as vezes se eu to com dor de cabeça, eu vou na horta, falo pro marido traz tal folha aí, ele traz, faço um chazinho.

ACS
FAZ
USO DOS
CHÁS

Jisele – Eu falei pra ela (se referindo a mim) do Luizinho(marido da Preta). Ele tem muita erva medicinal lá.

Preta – Se fala, olha, eu tomo paracetamol pra dor, nada, graças a deus e espero que continue assim.

Iraí – O senhor que estava conversando comigo no postinho, como é o nome dele?

Várias – Daniel.

Iraí – Ele perguntou sobre a pesquisa e eu falei. E ele falou que acha bom pq ele se interessa em saber mais sobre essas praticas populares. Eu falei que queria saber como e que vocês lidam já que vocês já têm uma formação nessa medicina tradicional, e tal. E ele tava falando que ele acha bom pq na medicina eles aprendem na teoria, mas essas senhoras aprendem na prática. E é o que vocês tão falando: eu num sei como funciona, mas que funciona, funciona! (risadas)

Marlene – Tem as mulheradas que tão no período da menopausa, elas tomam amora, chá de amora. Eu achei legal isso aí pq foi a própria Dra que falou.

LEGITIMIDADE

Várias – Minha mãe tomou! Eu tomei! Alguém tomou ... Eu tomo! É e funciona mesmo...

EFICAZ
ELA

Aí passa um tempão sem precisar tomar.

Iraí –E resolve?

Várias – Resolve. Num pode tomar muito não.

Iraí – E faz o que, faz o chá?

Várias – Na verdade é a infusão, a infusão. Se ferve a água e você Poe lá. E você toma.

Põe a folha. Só não pode direto, tá. Toma um tempo depois para.

ANEXO

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da UFSCar



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 067/2011

Título do projeto: Saberes, práticas e processos educativos de mulheres assentadas acerca de saúde
Área de conhecimento: 7.00 - Ciências Humanas / 7.08 - Educação
Pesquisador Responsável: IRAÍ MARIA DE CAMPOS TEIXEIRA
Orientador: MARIA WALDENEZ DE OLIVEIRA
CAAE: 0178.0.135.000-10 **Processo número:** 23112.004933/2010-24 **Grupo:** III

Análise da Folha de Rosto

Preenchida adequadamente

Descrição sucinta dos objetivos e justificativas

Este projeto de mestrado tem como objetivo dialogar com mulheres assentadas sobre sua realidade vivida e seus saberes de experiência com intuito de identificar e descrever suas práticas de promoção e cuidado com a própria saúde e os processos educativos desencadeados por essas práticas. Com isso, almeja-se ampliar a compreensão dos estudos acadêmicos a respeito da realidade da mulher assentada, com especial atenção à saúde dessas mulheres.

Metodologia aplicada

A etapa da coleta de dados será realizada no Assentamento Monte Alegre VI, tanto no prédio onde se reúnem as Mulheres da Associação de Mulheres do Assentamento, como em suas residências, em eventuais visitas ou quando for do interesse do grupo. As rodas de conversa serão realizadas no assentamento, em um local a ser decidido em conjunto com as participantes. O projeto seguirá o referencial metodológico da pesquisa participante, isto é, pretende-se coletar dados por meio de observações de natureza participante, de entrevista coletiva com roteiro aberto e da elaboração de um diário de campo.

Identificação de riscos e benefícios

Os riscos e benefícios foram bem ponderados, sendo o mais provável o risco de constrangimento e cansaço, mas o sujeito de pesquisa pode desistir quando desejar. Como benefício a possibilidade de ser elaborada uma política pública de saúde que atenda a comunidade rural feminina.

Forma de recrutamento

As participantes serão convidadas a participarem da pesquisa durante encontros de aproximação de campo. A princípio, será convidadas todas as mulheres que fazem parte da Associação de Mulheres do Assentamento Monte Alegre VI, sendo que estas mulheres poderão convidar outras mulheres do assentamento Monte Alegre VI, para participarem da roda de conversa e outras possíveis atividades propostas pelo grupo.

Cronograma

Cronograma detalhado por período (mês/ano) e atividade correspondente a ser realizada.

Orçamento financeiro detalhado

A pesquisadora é bolsista CAPES e recebe, mensalmente, uma bolsa de estudos no valor de R\$ 1.200, para desenvolver atividades acadêmicas ligadas a pesquisa apresentada. Além da bolsa de estudo destinada à pesquisadora, esta pesquisa não apresenta nenhuma outra fonte de recursos.

Adequação do TCLE

Adequado e de acordo com as normas vigentes.

Identificação dos currículos dos participantes da pesquisa

Currículos compatíveis com o objetivo da pesquisa.

Parecer

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética da UFSCar (continuação)**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propq.ufscar.br>

O projeto atende a Resolução 196/96. **Aprovado.**

Normas a serem seguidas:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta dada e ao término do estudo.

São Carlos, 13 de janeiro de 2011.


Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar