

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**Vice-Presidência de Pesquisa e
Desenvolvimento Tecnológico**

**Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio**

**Programa Estratégico de Apoio à
Pesquisa em Saúde (Papes V)**

**Laboratório de Educação Profissional em
Vigilância em Saúde (Lavsa)**

RELATÓRIO FINAL

**Determinantes Sociais da Saúde nos Territórios de Assentamentos do Movimento dos
Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): elementos para a elaboração de proposta de
formação em saúde ambiental para a população do campo**

Coordenador: Prof. Dr. Maurício Monken

Professor-Pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/FIOCRUZ

Modalidade:

Departamento/Laboratório: LAVSA

Linha Proposta pela FIOCRUZ: Educação em Saúde

Rio de Janeiro, julho de 2011

Coordenador

Maurício Monken - Geógrafo (UERJ); Especialista em Avaliação de Impactos Ambientais (COPPE/UFRJ); Mestre em Planejamento Urbano e Regional (IPPUR/UFRJ); Doutor em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ).

E-mail: mmonken@fiocruz.br

Coordenador adjunto

José Paulo Vicente da Silva – Enfermeiro em Saúde Pública (UERJ), Especialista em Educação Profissional (EPSJV/FIOCRUZ), Mestre em Saúde Coletiva (IMS/UERJ)

E-mail: zepa@fiocruz.br

Equipe

Ana Júlia Calazans Duarte – Engenheira Civil (UFRN); Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); Especialista em Saúde do Trabalhador (ENSP/FIOCRUZ); Mestre em Ciências (IOC/FIOCRUZ). e Doutoranda em Ensino em Biociências e Saúde (IOC/FIOCRUZ).

E-mail: anajulia@fiocruz.br

Gladys Miyashiro Miyashiro - Médica (UPCH); Especialista em Estudos Populacionais (PUC – Peru); Especialista em Educação Profissional (EPSJV/FIOCRUZ); Mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: gladys@fiocruz.br

Grácia Maria de Miranda Gondim - Arquiteta (USU), Especialista em Arquitetura do Sistema de Saúde (UnB); Especialista em Saúde Pública (UFRN), Especialista em Engenharia de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); Mestre em Saúde Pública, (ENSP/FIOCRUZ); Doutora em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

E-mail: grama@fiocruz.br

Marta Gomes da Fonseca Ribeiro – Pedagoga (UGF); Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ); Especialista em Educação Profissional (EPSJV/FIOCRUZ); Mestre em Ciências Pedagógicas (Instituto Superior de Estudos Pedagógicos).

E-mail: martagomes@fiocruz.br

Edilene Menezes Pereira - Geógrafa (UFF); Especialista em Análise Ambiental e Gestão do Território (ENCE/IBGE)

E-mail: edilene@fiocruz.br

Jaqueline da Luz Ferreira – Socióloga (UFRJ); Mestre em Desenvolvimento Rural (UFRJ)

E-mail: jaquelineluzferreira@gmail.com

Thiago da Cruz Alves - Graduando em Sociologia (UFRJ); Bolsista PIBIC - CNPq

E-mail: thiagocruz@fiocruz.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
INTRODUÇÃO	07
1- ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO CAMPO	12
2 - O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA	15
3 - CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE NO CAMPO	19
4 - TRAJETÓRIA DA PESQUISA (OBJETIVOS E METODOLOGIA)	30
5 – RESULTADOS	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	77

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa, que ora relatamos, é oriunda do Edital 2008 do Programa Estratégico de Apoio à Pesquisa em Saúde (Papes V), numa parceria entre a Vice-Presidência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Tal Programa objetiva estimular o desenvolvimento de pesquisas que proporcionem a construção de conhecimento próprio e inovador resultante da interface saúde e sociedade, que sejam integradores de uma reflexão política. Igualmente, proporciona o desenvolvimento de novas bases metodológicas, técnicas e tecnológicas adequadas à realidade sócio-econômica e cultural do país, compromissadas com a qualidade de vida da população.

A equipe, participante do desenvolvimento do projeto “Determinantes Sociais da Saúde nos Territórios de Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): elementos para a elaboração de proposta de formação em saúde ambiental para a população do campo”, é constituída por profissionais do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Unidade Técnico-Científica da Fiocruz, e teve o período de trabalho de pesquisa compreendido num total de 24 meses, com início no mês de abril de 2009.

Neste relatório trazemos contribuições que tiveram como objetivo principal, analisar os determinantes sociais da saúde nos territórios dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) selecionados para o estudo, buscando distinguir os componentes ambientais destes determinantes, com o propósito de identificar os elementos necessários para subsidiar a elaboração de proposta pedagógica de formação em saúde ambiental para a população do campo.

Para melhor situar o leitor, dividimos este texto em seções que totalizam o contexto da pesquisa. Inicialmente, compomos os referenciais teóricos que se vinculam aos aspectos sócios históricos do campo onde abordamos a evolução dos regimes de trabalho na zona rural brasileira e suas contradições.

Em seguida focalizamos o estudo sobre o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, fruto destas contradições e objeto de estudo da presente pesquisa.

As condições de vida e de saúde no campo são abordadas a fim de trazer ao leitor um panorama sobre a temática, resgatadas em documentos oficiais e teses acadêmicas, além de servir como elementos de comparação com os dados obtidos durante a pesquisa.

Posteriormente são abordados dados referentes à pesquisa em si. O que fomos buscar a partir de quais métodos e o que concluímos durante esses dois anos.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1990 vem crescendo no setor saúde o consenso em relação ao papel dos determinantes sociais no fenômeno do adoecimento humano, o que tem motivado diversos países a reformularem seus objetivos estratégicos na área da saúde. As metas de redução das taxas de mortalidade e morbidade passam a ser acompanhadas pela busca de criação de condições sociais que assegurem uma boa saúde para a população.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) incluem as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições sociais de vida e trabalho de seus membros como saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias, exercendo influência direta sobre a qualidade de vida dos diferentes segmentos da população e estão estreitamente relacionados com as maneiras de adoecer e morrer. São as características sociais dentro das quais a vida transcorre que apontam tanto para a especificidade do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (CDSS, 2005).

O conceito de DSS surgiu no interior da discussão acerca da necessidade de melhorar a saúde das populações e com isso a idéia de se focalizar as pesquisas e as ações políticas direcionadas às sociedades aos quais as pessoas pertencem. Parte-se do pressuposto que a atenção médica não é o principal fator de auxílio à saúde das pessoas. Pelo contrário, o conceito de determinantes sociais está ligado aos fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes. Esta proposta faz com que este conceito se aproxime com os objetivos da promoção da saúde.

Sabe-se que alguns grupos populacionais são mais saudáveis que outros. Se deixarmos de lado as desigualdades de adoecimento de acordo com a faixa etária e as diferenças ocasionadas pelas doenças específicas de cada sexo, e voltarmos nossa atenção ao cruzamento e relacionamento de informações, evidenciam-se as desigualdades decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Ao contrário das outras, tais desigualdades são injustas e inaceitáveis, e por isso são denominadas iniquidades (BRASIL, 2006).

A equidade na saúde é cada vez mais considerada um objetivo de políticas pelos agentes internacionais e nacionais. Neste sentido, as políticas devem dirigir suas ações sobre os determinantes sociais para garantir a igualdade de “possibilidades de saúde” (CDSS, 2005), evitando as condições sociais que limitam a capacidade de se ter saúde de algumas pessoas em uma sociedade criando assim desigualdades nas oportunidades de saúde. É importante assinalar que o

fator a ser igualado não é o estado de saúde, mas sim as oportunidades de saúde, para que as pessoas tenham liberdade de escolher um tipo de vida que seja longa e saudável (CDSS, 2005).

Nesse sentido, a saúde ambiental no campo apresenta-se na atualidade como tema de crescente importância frente aos problemas e conflitos sociais gerados pelo modelo de desenvolvimento econômico brasileiro. Eles decorrem das contradições inerentes a este modelo e suas formas de apropriação do território e dos recursos naturais, com vários tipos de consequências para as populações principalmente na saúde dos que vivem e trabalham no campo em diversos lugares do país. Estes problemas estão relacionados ao uso da terra para agricultura, a agroindústria, a pecuária, a exploração da madeira, a carcinicultura, etc.

Os problemas socioambientais no campo relacionam-se à degradação dos ecossistemas pelas monoculturas, as ameaças às condições de vida das populações tradicionais das florestas, rios e do litoral e também dos trabalhadores rurais e suas famílias. Eles estão inclusive na origem de vários problemas socioambientais urbanos que têm como determinante o êxodo rural e como consequência o grande adensamento urbano ocorrido principalmente nas grandes metrópoles brasileiras.

O crescimento das monoculturas e o processo de mecanização intensiva do campo reduziram o número de postos de trabalho no campo por um lado e acentuou a precariedade das condições de trabalho de muitos deles, expostos aos agrotóxicos e a carga excessiva de trabalho, como no caso dos trabalhadores dos canaviais. A este processo soma-se o encurtamento dos horizontes temporais dos ciclos agrícolas dado pela alta volatilidade dos preços internacionais dos produtos agrícolas no mercado globalizado (FREITAS, C M & PORTO M F, 2006). Com isso, fica mais difícil a implementação de práticas sustentáveis como a agroecologia, a rotatividade de culturas, o descanso do solo e a utilização de métodos alternativos, que perdem espaço para as tecnologias e insumos industriais como fertilizantes e agrotóxicos. As espécies vegetais típicas do lugar, que são pejorativamente chamadas de ervas daninhas são eliminadas pelo uso intensivo de agrotóxicos, que além de contaminar o ambiente afetam a saúde dos trabalhadores do campo e os consumidores dos alimentos contaminados. Esses problemas ambientais têm efeitos sociais muitas vezes irremediáveis que também geram conflitos, reações e movimentos organizados por parte da sociedade.

Uma das possibilidades para o enfrentamento destas questões relativas ao ambiente e seus efeitos na saúde humana diz respeito às políticas e legislações ambientais que vêm se tornando cada vez mais severas e vários setores além do meio ambiente têm incorporado as questões ambientais em sua área de atuação. No caso do setor saúde brasileiro, a estruturação da Vigilância Ambiental em Saúde no SUS tem significado o desenvolvimento de subsistemas que se pretende progressivamente implementar, destacando-se a importância de introduzir mecanismos de vigilância em saúde relacionados à água para consumo humano, contaminantes do ar, áreas de solo

contaminado, substâncias químicas de interesse para a saúde pública, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, vetores, hospedeiros e reservatórios e animais peçonhentos.

Outra forma de enfrentamento destes problemas socioambientais que afetam a saúde humana, consiste na implementação de políticas de saúde que sejam baseadas no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, específicos de cada grupo populacional.

Em consonância com tal perspectiva o presente projeto de investigação tem como objetivo geral analisar os determinantes sociais da saúde nos territórios dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) selecionados para o estudo, buscando distinguir os componentes ambientais destes determinantes, com o propósito de identificar os elementos necessários para a elaboração de proposta pedagógica de formação em saúde ambiental para a população do campo.

O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2007) se norteia pela articulação intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento das ações prioritárias, baseada na Agenda de Saúde, que congrega cinco eixos: Acesso e atenção integral à Saúde; Educação Permanente, Informação e Comunicação; Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação; Gestão, Participação e Controle Social; Saneamento, Agroecologia, Segurança Alimentar e Nutricional. Ainda, segundo o referido documento, no âmbito do Ministério da Saúde deve-se eleger ações que poderão impactar a situação de saúde dessas populações em consonância com o Pacto pela Vida, tais como: ampliação da cobertura das equipes de saúde da família, concentração de recursos para as ações de saneamento básico e do programa bolsa família, redução da mortalidade materna e infantil, gerenciamento dos fatores de risco pela exposição aos agrotóxicos e outras substâncias químicas e articulação com as ações voltadas à saúde indígena. Considerando a existência de uma política do Ministério da Saúde voltada especificamente para a atenção à saúde para das populações do campo e da floresta, que tem a Educação Permanente, a Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação, o Saneamento e a Agroecologia como eixos estruturantes, coloca-se como estratégico o desenvolvimento de programas de formação em saúde ambiental para a população do campo.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, Unidade Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ tem como missão promover a Educação Profissional em Saúde. Para tanto, a EPSJV tem como objetivos: coordenar e implementar programas de ensino em áreas estratégicas para a Saúde Pública e para a Ciência e Tecnologia em Saúde; elaborar projetos de política, regulamentação, currículos, cursos, metodologias e tecnologias educacionais; e produzir e divulgar conhecimento na área de trabalho, educação e saúde.

Seus diversos grupos de trabalho vêm contribuindo para a formulação de modelos didático-pedagógicos e tecnologias educacionais adequadas à formação crítica de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde – SUS.

Um desses grupos é o Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde – LAVSA, do qual a maior parte da equipe autora desse projeto é integrante. O LAVSA desenvolve atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica nas áreas de Vigilância em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental em Saúde, Saúde do Trabalhador, Imunizações, Educação em Saúde e Ambiente, Territorialização de Condições de Vida e Saúde. As referidas atividades estão voltadas, sobretudo, para a formação de nível técnico em saúde, para programas de requalificação profissional dos trabalhadores já inseridos no Sistema Único de Saúde – SUS e que atuam nas áreas supracitadas, além de projetos voltados à formação de lideranças comunitárias na Área Vigilância em Saúde Ambiental.

Essas atividades conformam, pois, o objeto de trabalho do LAVSA, qual seja, a Educação Profissional na Área de Vigilância em Saúde no âmbito do SUS.

O caráter e a abrangência da EPSJV colocam para o LAVSA, o desafio de refletir sobre toda a realidade nacional, inclusive a realidade do campo. Partimos do pressuposto que a especificidade da saúde da população do campo requer estratégias de formação profissional coerentes com tal realidade.

Nessa perspectiva o LAVSA vem desenvolvendo uma linha de atuação intitulada Movimentos Sociais e Saúde tanto com projetos de pesquisa como na proposição de cursos como o de Especialização Técnica em Vigilância em Saúde Ambiental para a População do Campo” entre 2008 e 2009, desenvolvido no âmbito da Cooperação Técnica-Científica em Saúde e Ambiente firmada entre a CGVAM-SVS/MS e a FIOCRUZ/MS que teve como objetivo geral estruturar um programa de formação na área de saúde ambiental para a população do campo. Na pesquisa vem também desenvolvendo estudos - Demandas de saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST: elementos para a formulação de proposta didático-pedagógica voltada para a promoção à saúde da população do campo - nos anos de 2006 e 2008 no âmbito do Edital PAPES IV da FIOCRUZ em parceria com o CNPQ.

Considerando o acúmulo do LAVSA na área de Educação Profissional e as ações previstas no projeto acima citado e na Agenda da Saúde para a População do Campo e da Floresta, esse projeto visa reunir elementos teórico-metodológicos a fim de subsidiar a formulação de proposta didático-pedagógica voltada para a formação em saúde ambiental para a população no campo, em sintonia com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Esse estudo tem como objeto analisar os determinantes sociais da saúde nos territórios dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) selecionados para o estudo, buscando distinguir os componentes ambientais destes determinantes.

Tratou-se de analisar e identificar os determinantes sociais de saúde nos territórios dos assentamentos selecionados, estabelecer relação entre os determinantes sociais de saúde e os problemas ambientais com as especificidades de cada território e com isso subsidiar a elaboração de proposta pedagógica para processos formativos na área de saúde ambiental para a população do campo.

Outrossim, tendo em vista que a Reforma Agrária ocupa o lugar central na luta do MST, o estudo possibilitou: a) compreender os determinantes sociais da saúde e estabelecer relação entre os DSS e os problemas ambientais com as especificidades de cada território; b) oferecer subsídios aos gestores responsáveis pela formulação de políticas/estratégias de promoção à saúde, no tocante à adequação dessas políticas/estratégias às necessidades de saúde da população do campo; c) subsidiar a elaboração de programas de formação profissional para trabalhadores que atuam na atenção à saúde da população do campo.

O caráter e a abrangência da EPSJV coloca para o LAVSA, o desafio de refletir sobre toda a realidade nacional, inclusive a realidade do campo. Partimos do pressuposto que a especificidade da saúde da população do campo requer estratégias de formação profissional coerentes com tal realidade

A Vigilância em Saúde (VISAU), entendida como “um modo tecnológico de intervenção em Saúde”, ou modelo assistencial (PAIM, 2003), tem na Promoção da Saúde um dos seus eixos teórico-práticos estruturantes.

Considerando o acúmulo do LAVSA na área de Educação Profissional e as ações previstas na Agenda da Saúde para a População do Campo, esse projeto reuniu elementos teórico-metodológicos a fim de subsidiar a formulação de proposta didático-pedagógica em prol da formação de profissionais de nível médio em saúde para o trabalho no campo, especificamente nas áreas de promoção à saúde, vigilância ambiental, saneamento e saúde do trabalhador e ecologia humana. A proposta será construída em sintonia com as diretrizes do Ministério da Saúde e do Ministério de Desenvolvimento Agrário.

1 – ASPECTOS SÓCIO-HISTÓRICOS DO CAMPO

1.1 - A Questão Agrária Brasileira

A chamada questão agrária brasileira pode ser compreendida através de uma análise histórica do modelo político-econômico de desenvolvimento instaurado no país.

Desenvolvida no bojo do capitalismo mercantil, a colonização brasileira se especializou na produção para o mercado externo, cerca de 80% dos produtos aqui produzidos se destinavam à exportação (STEDILE; 2005). O modo *Plantation* de produção priorizava a monocultura para exportação, o latifúndio e o uso de mão de obra escrava.

A monarquia portuguesa, até o século XIX, deteve o monopólio das terras coloniais, concedendo o uso destas à investidores capitalistas que pretendessem produzir para mercado externo. Esta concessão permitiu que durante séculos uma aristocracia rural se firmasse aqui com grandes poderes políticos e econômicos, o que contribuiu para a concentração de terras nas mãos desta minoria. Só com a Lei de Terras de 1850 que se implanta de fato, e pela primeira vez no Brasil, a propriedade privada permitindo compra e venda das terras brasileiras. No entanto, os altos preços das terras só poderiam a velha aristocracia rural pagar, o que não alterou a estrutura fundiária.

“A grande propriedade fundiária constituiria a regra e o elemento central e básico do sistema econômico da colonização, que precisava desse elemento para realizar os fins a que se destinava” (PRADO JR, 2000, p.48). A estrutura fundiária do Brasil, desde os primórdios, não sofreu grandes mudanças, sendo caracterizada pelos mais altos índices de concentração de terra do mundo.

A formação do campesinato brasileiro;

A mão de obra escrava foi à base do tipo de agricultura que aqui se desenvolveu. Os grandes lucros vindos do comércio de afrodescendentes destinados à escravidão e a escassez de mão de obra no território impulsionaram o desenvolvimento do sistema escravocrata no Brasil.

A escravidão não possibilitava o vínculo do escravo com a terra. A agricultura de subsistência só era tolerada em pequenos locais que não estivessem sendo utilizados pela grande produção, e só podia ser praticada nos horários “livres” dos escravos. Em certos casos os escravos nem produziam o que comiam. Na medida que a grande produção se expandia diminuía as áreas livres e aumentavam o tempo de trabalho, impossibilitando a produção de subsistência. O caráter limitado e subordinado da agricultura de subsistência era um dos fatores que impossibilitavam o desligamento do latifúndio por parte do escravo. As singularidades das famílias e a grande coesão

do latifúndio também contribuía para esse não desligamento. Foram poucos os escravos que conseguiram se desprender do latifúndio. Os chamados quilombolas fugiam para os sertões onde formavam comunidades agrícolas clandestinas. Os quilombos ficavam longe das grandes produções devido ao seu caráter clandestino. Produziam para seu sustento e vendiam o que era excedente. No entanto encontravam algumas dificuldades para a manutenção do quilombo, como a repressão policial, a expansão das fronteiras agrícolas, a dificuldade de se conseguir instrumentos e também a dificuldade de se reproduzirem. Para os quilombos fugiam muito mais homens do que mulheres, o que dificultava a reprodução quilombola.

Os quilombos lutavam pela sua liberdade e não pela posse da terra. Poucos resistiram às repressões que sofreram, e com a abolição se dissolveram em sua maioria.

Com a proibição do tráfico negreiro de 1850, os produtores emitiram uma resposta a possível falta de mão de obra escrava: a Lei de Terras do mesmo ano impedia a posse da terra de outro jeito que não fosse por meio da compra. Sem dinheiro para comprar terras ou se manter nelas os camponeses venderiam sua força de trabalho. Com o fim da escravidão (1888) na década de 80 se intensificou a vinda de imigrantes, principalmente para São Paulo onde se encontravam as prósperas fazendas de café. A imigração de europeus foi estimulada como forma de suprir as necessidades de mão de obra com o fim da escravidão. Foram criadas novas relações de trabalho no campo, das quais os grandes proprietários rurais saíam fortalecidos. A composição do campesinato brasileiro neste momento toma forma: imigrantes, trabalhadores mestiços pobres e afrodescendentes.

1.2 - Os efeitos da industrialização brasileira no campo

Com a intensificação do processo de industrialização da economia brasileira, a partir da década de 1930, surge a agroindústria trazendo grandes modificações na organização produtiva do campo. Intensifica-se a penetração capitalista no campo causando elevação dos preços das terras, o que dificultou cada vez mais a reprodução estrutural da comunidade camponesa. Com poucas terras disponíveis para sustentar o núcleo familiar, os camponeses aos poucos vão para as cidades, em busca de melhores condições de vida. O êxodo rural era estimulado pelas aristocracias agrárias na medida que impedia que as famílias camponesas criassem vínculos com a terra, e pelos industriais, pois aumentava a demanda de trabalhadores nas cidades. Dessa maneira os trabalhadores vindos do campo garantiam a mão de obra da indústria a baixo custo.

Há uma ruptura das antigas relações de produção no campo através das inovações das forças produtivas e transformações do mercado. A revolução tecnológica no campo fez declinar ainda mais o padrão de vida dos trabalhadores. Devido ao aumento da tecnologia e também da

demanda houve a necessidade de se aumentar as áreas produtivas, com isso as áreas destinadas a lavoura de subsistência diminuiriam.

1.3 - O regime militar e o aumento da concentração fundiária brasileira

O governo militar implementou uma política agrária que privilegiava grandes empresas que passaram a se ocupar da agropecuária, através de incentivos financeiros.

O Estatuto da Terra, política agrária do governo militar, dificultava o acesso dos camponeses à terra e beneficiava somente aqueles interessados na implementação da produção capitalista. Em vez de promover uma reforma agrária, o regime militar buscava solucionar os conflitos sociais do campo através da criação de projetos de colonização. Em 1970, o governo militar cria o INCRA - Instituto Brasileiro de Colonização e Reforma Agrária, fortalecendo grandes grupos econômicos que tinham controle sobre os projetos de colonização.

Os grupos de luta pela terra foram violentamente reprimidos por esse regime, criando um vácuo político que foi fundamental para a implantação do seu projeto de reforma. Para obter controle do território, era necessária uma sustentação do poder local. Sendo assim, a aliança entre governo militar e empresários cooptou agentes do poder tradicional, contando com o seu apoio na repressão contra os trabalhadores rurais, que se organizaram através da ação sindical e da ação pastoral da Igreja Católica, a qual, em 1975, criou a Comissão Pastoral da Terra (CPT), que articulou novos movimentos camponeses insurgidos durante o regime militar.

Segundo Fernandes (1999), durante o regime militar, houve modernização na agropecuária, criação de novos latifúndios na Amazônia, difusão da agroindústria no Centro-Sul e no Nordeste, que intensificou a concentração de terras e fazendo com que os camponeses expropriados migrassem para a Amazônia e para as cidades.

1.4 - A configuração da propriedade rural e as condições de vida e trabalho no campo

A estrutura fundiária do Brasil, desde a época das capitânicas hereditárias, não sofreu grandes mudanças, sendo caracterizada pelos mais altos índices de concentração de terra do mundo.

Caio Prado (2000) relaciona os altos índices de concentração de terras aos ínfimos padrões de vida da maioria da população do campo. Isso porque, grandes proporções de terras estão concentradas nas mãos de poucos proprietários, constituindo os latifúndios que ocupam as melhores terras para o cultivo; a grande maioria da população que mora no campo não dispõe de terra própria,

e também não possui renda para alugar um pedaço de terra. Esse quadro possibilita, portanto, o aumento da mão de obra disponível, o que implica em baixos salários, em péssimas condições de trabalho no campo e no êxodo rural.

Portanto, o sucesso da exploração agrária no Brasil pode ser entendido através de fatores como: a larga disponibilidade de terras, pouca concorrência, a mão de obra farta e barata, a falta de alternativas para os trabalhadores, a expansão e absorção das agriculturas independentes e o fim das agriculturas de subsistência. O latifúndio, como fator de sucesso da expansão agrária, é também onde se localiza e se reproduz a população rural brasileira.

Os trabalhadores rurais dependem da grande produção agrícola. Mesmo as pequenas propriedades, que se estabelecem lado a lado das grandes propriedades, dependem da infra-estrutura proveniente do latifúndio.

Segundo Paulo Wright (STEDILE, 2005) as relações de trabalho no campo revelam várias formas de exploração, que se estabelecem de acordo com o tipo de produção: quando, por exemplo, a oferta de mão de obra é farta e o plantio lucrativo as diárias e os contratos em curto prazo são mais convenientes. Por outro lado, quando a mão de obra é escassa o pagamento em espécie ou o inquilinato se tornam mais apropriados, pois fixa o trabalhador na terra.

2 - O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA

Nos anos 50, junto com a organização sindical, foram criadas as Ligas Camponesas, que objetivavam melhorar as condições de vida e o fim dos latifúndios. A organização dos trabalhadores apresentou um grande crescimento no período de 1940 a 1964, fortalecendo-se em 1961, com a realização do primeiro congresso de trabalhadores rurais, em Belo Horizonte. Em 1963, foi criada a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (Contag). Já em 1984, foi fundado, com o apoio de setores progressistas da Igreja Católica, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST).

Segundo Stedile (1999) a gênese do MST é multifatorial sendo a questão socioeconômica um destes fatores. A transformação que a agricultura brasileira sofreu na década de 1970 com a mecanização, provocou o êxodo rural e a precarização da situação da população rural foi de grande influência para o surgimento do MST. No Sul do país, por exemplo, a introdução da soja acelerou o processo de mecanização da agricultura. Esse contingente populacional, expulso do campo, serviu para a colonização do Norte do país (Rondônia e Pará além de Mato Grosso) como mão de obra para o garimpo e para o extrativismo da madeira. Essa população era atraída pela promessa de terras disponíveis que, no entanto, foram destinadas as criações do gado extensivo. A outra parte destes

migrantes se dirigiam para as grandes cidades em busca de emprego na indústria, que na década de 1970 vivia a prosperidade do milagre econômico.

Os camponeses que não aceitavam migrar para as cidades ou para o Norte tentaram resistir no campo e buscaram novas formas de reconquistarem seu espaço, lutando pela terra.

O processo histórico foi outro fator importante para a formação do movimento. A memória de lutas históricas pela terra, como as Ligas Camponesas, foi fundamental para o processo de consolidação do MST.

Outro elemento fundamental para a consolidação do MST foi o apoio das Igrejas Católica e Luterana. O trabalho da CPT (Comissão Pastoral da Terra), fundada em 1975, foi fundamental para a reorganização das lutas camponesas após o golpe militar de 1964. “A CPT foi a aplicação da teoria da libertação na prática, o que trouxe uma contribuição importante para a luta dos camponeses pelo prisma ideológico” (STEDILE, 1999; p. 20).

A CPT e a igreja luterana trabalharam muitas vezes juntas na organização dos trabalhadores rurais contribuindo para a não fragmentação da luta no campo. O apoio da Igreja, segundo Stedile (1999), proporcionou o caráter ideológico da luta ao conscientizar os camponeses, acabou com o regionalismo, possibilitando a construção nacional.

A mesma Igreja apoiou o golpe militar, em 1964, tinha em seu corpo atores políticos que a partir de 1973, mudaram este posicionamento. As CEB's (Comunidades Eclesiais de Base) foram o local disponibilizado pela Igreja Católica em que os trabalhadores rurais conseguiram organizar sua luta. Essas comunidades eram lugares onde os fiéis encontravam um “discernimento crítico frente à ideologia dominante”. A conjuntura do regime militar contribuiu para o seu fortalecimento, visto que reprimia a luta dos trabalhadores, mas não tinha controle direto sobre a Igreja. A expropriação da terra e a exploração do trabalho motivaram o surgimento das CEB's.

O surgimento de um lugar de reflexão, aliado ao envolvimento dos sacerdotes com a realidade dos trabalhadores do campo trouxe novos elementos de fortalecimento da luta políticas travada no campo.

Uma marca importante nesse sentido foi a Conferência de Medellín, na Colômbia, onde se determinou que os cristãos deveriam empenhar-se na luta contra as injustiças nas sociedades latino-americanas, com a fundação da Teologia da libertação. Com a renovação da Igreja pela Teologia da Libertação, as CEB's aumentavam seu espaço. “No desenvolvimento desse confronto produzido pelas relações sociais criava-se um novo espaço, sobretudo nas suas dimensões político-culturais, de resistência que foi a força motriz que deu início à territorialização da luta pela terra no Brasil.” (FERNANDES, 1999; p. 74)

Só com o processo de democratização do país, na década de 1980, criou-se as condições necessárias para surgimento do MST. Stedile (1999) cita o movimento de concentração na Encruzilhada de Natalino, em Ronda Alta (RS), julho de 1981, como um exemplo, pois recebeu o apoio de pessoas do Brasil inteiro, tornando-se um movimento popular, de cunho político, contra a ditadura militar.

Segundo Stedile (1999) o MST surge ao mesmo tempo em vários Estados, no entanto o Sul se consolida mais facilmente, pois se beneficiou de lutas anteriores.

Em 1985, a fazenda Anoni - RS é ocupada por mais de duas mil e quinhentas famílias do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. A partir daí, surgiram novas lutas, marcadas por formas de organização semelhantes. Tiveram início diversos movimentos em várias regiões do país, onde lutas eclodiram concomitantemente. A imprensa, em pequena parte, e a Igreja, divulgaram-nas, fazendo com que surgisse um interesse de intercâmbio de experiências. Com isso, começou a ser construída uma articulação nacional entre esses movimentos, rompendo com o isolamento e formando uma infra-estrutura para a luta. Essa articulação se deu através de encontros entre líderes das organizações das lutas localizadas, promovidos pela CPT.

Foi no sul do Brasil que surgiu a idéia de se criar um movimento mais amplo e, em 1983, em Chapecó (SC), foi criada uma Coordenação Regional Provisória, reunindo representantes do Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Essa Coordenação convocou um encontro nacional, o qual é considerado como fundador do MST, que se realizou no mês de janeiro de 1984, (I Encontro Nacional dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, de 21 a 24 de janeiro de 1984, em Cascavel (PR), com 80 representantes de 13 Estados). Neste encontro os trabalhadores estabeleceram objetivos que incluem os seguintes aspectos: a terra só pertencer a quem produz; atingir uma sociedade igualitária, em que ninguém explore nem seja explorado; conseguir organizar os trabalhadores do campo; formar lideranças; articular-se também com trabalhadores urbanos e de outros países da América Latina. No encontro foram deliberadas também reivindicações, tais como a desapropriação dos latifúndios, um limite máximo para o tamanho das propriedades de terra, uma política agrária do governo voltada para o pequeno produtor, entre outras. Em 1985, o MST realizou o I Congresso Nacional dos Trabalhadores Sem-Terra.

Segundo Fernandes a luta do MST pela terra perpassa o plano econômico, sendo também “um projeto sócio-cultural de transformação da realidade”. (FERNANDES, 1999; p.68). Desse modo, ultrapassando as estruturas e criando novas formas, os trabalhadores do campo vêm estruturando e conquistando novos espaços.

Em 1995, foi realizada a terceira edição desse Congresso, na qual houve uma reelaboração dos objetivos do Movimento, dentre os quais a construção de uma sociedade em que não houvesse explorados e em que o trabalho tivesse primazia sobre o capital; a distribuição igualitária de terra, renda e riquezas; a terra a serviço de todos; justiça social.

O MST apresentou, também, seu programa para a reforma agrária, que incluía: transformação na estrutura de posse da propriedade fundiária; produção voltada para eliminação da fome e desenvolvimento sócio-econômico dos trabalhadores; apoio à produção familiar; subordinação da terra às demandas do povo, entre outros aspectos.

A organização desse movimento divide-se em coordenação nacional, composta por cerca de noventa membros, direção nacional, com vinte e uma pessoas, coordenação estadual, direção estadual, coordenação regional e coordenação dos assentamentos e acampamentos.

A base da estrutura que dá apoio ao MST está nessa forma organizativa e é composta por Congresso Nacional, Encontro Nacional, Coordenação Nacional, Direção Nacional/ Secretaria Nacional e Setores Nacionais (Relações Internacionais, Secretaria Nacional, Sistema Cooperativista dos Assentados, Frente de Massa, Educação, Formação, Comunicação, Finanças, Projetos). É através do Encontro Nacional - realizado anualmente - e do Congresso Nacional - realizado de cinco em cinco anos – que os sem-terra definem e discutem suas demandas prioritárias. Essas são as instituições organizacionais máximas do movimento.

O desenvolvimento e o planejamento das atividades são realizados pelos setores dos direitos humanos, da saúde, da produção, de gênero e cultura, de cooperação e de meio ambiente. A organização é um ponto forte do MST, que para alguns o descaracterizaria como sendo um movimento social dando-lhe o formato de uma organização política. Para Stedile, o MST sempre se preocupou em ser um movimento de massas organizado: “Somos uma organização política e social de massas ou dentro do movimento de massas” (STEDILE, 1999; p. 81). São princípios organizativos do MST: a direção coletiva, a divisão de tarefas, a disciplina e o respeito às decisões das instâncias, ou seja, ao coletivo. “Somos centralizados na linha política; o jeito de aplicar é completamente descentralizado” (STEDILE, 1999; p.89). Todas as instâncias seguem os princípios do MST, que estão todos no programa de reforma agrária do movimento. São as instâncias que aplicam este programa. A forma que o MST tem hoje foi construída de acordo com as necessidades surgidas ao longo de sua história. Segundo Stédile (1999), a discussão dos nomes que irão compor as instancias organizativas nacionais do MST é feita nos Estados envolvendo um grande número de pessoas e levando em conta a especificidade de cada região. Essa discussão gera um compromisso de quem indica os nomes e os apóia e de quem é indicado. Os nomes sugeridos nos Estados formam a direção Nacional. Os dirigentes eleitos devem ter o apoio da base, deve ser reconhecido por uma

maioria, caso o contrário não pode se tornar dirigente. As decisões também precisam ter o apoio da massa caso não tenha significação que a idéia ainda não está amadurecida, que ainda é preciso amadurecê-la, debater mais o tema. Só se deve adotar o que é generalizado, diz Stedile (1999).

O MST se diferencia de outros movimentos sociais do campo por apresentar princípios e características específicas, tais como:

A característica popular;

Toda a família camponesa participa do movimento, não apenas os homens adultos como acontece nos sindicatos. Mesmo sendo um movimento de trabalhadores rurais, o MST acolhe em suas fileiras outras pessoas que venham a se solidarizar com a luta. Essa característica, segundo Stedile (1999), foi fundamental para a organicidade do movimento e para uma interpretação política mais ampla da sociedade.

A característica corporativa;

Para que a família camponesa se integre na luta é necessário que esteja motivada a conseguir um pedaço de terra. E esta é sua primeira motivação, lutar para atender suas necessidades imediatas, econômicas. Para Stedile (1999) foi preciso incorporar esta dimensão ao movimento, sem deixar de vincular esta luta por uma luta maior: a reforma agrária.

A característica de classe;

“O MST só conseguiu sobreviver porque conseguiu casar os interesses particulares, corporativos com os interesses de classe” (STEDILE, 1999; p. 35). A luta não termina com a conquista da terra. “Tivemos a compreensão de que a luta pela terra, pela reforma agrária, apesar de ter uma base social camponesa, somente seria levada adiante se fizesse parte da luta de classes” (STEDILE, 1999; p. 35). Um princípio de grande destaque na ação política do MST é o estudo, que, segundo Stedile (1999), ajudaria a combater o voluntarismo criando consciência. A formação de quadros técnicos, políticos, organizadores e profissionais de todas as áreas é um desafio.

3 – CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE NO CAMPO

3.1 – Diferenciais da Mortalidade Infantil no Campo e nas Áreas Urbanas

Durante as últimas décadas, o processo de concentração de atividades econômicas em determinados espaços geográficos no Brasil, bem como o contínuo processo de urbanização, resultou em deslocamentos sucessivos e constantes de populações de áreas rurais para centros urbanos. Assim, de uma estrutura predominantemente agrária, passou-se para uma nova, em que o capitalismo urbano-industrial vem adquirindo a hegemonia (IBGE, 1999).

O campo brasileiro, onde domina o modelo econômico agroexportador, foi transformado em espaço privilegiado de investimento de grandes empresários, nacionais e estrangeiros, tendo-se iniciado a expansão indiscriminada das fronteiras agrícolas. Os grandes latifundiários para ampliar a sua produção, começaram a diversificar seus produtos, investiram na ampliação das suas propriedades e em modernas tecnologias agrícolas. O objetivo era produzir mais para vender mais barato, conquistando amplas fatias do mercado mundial (BRASIL, 2007).

Dessa expansão, resultou, no longo prazo, um agravamento da questão agrária. Aumentou a produção e o barateamento dos produtos e a competitividade desses latifundiários, no mercado interno, tornou insuportável a sobrevivência econômica dos pequenos produtores. Isso, associado à expropriação pura e simples de pequenos e médios produtores, provocou o êxodo rural, um dos fenômenos mais devastadores em termos de suas conseqüências políticas, econômicas e sociais. (BRASIL, 2007).

No Brasil, desde a Primeira República até nossos dias, amplos contingentes populacionais vêm migrando para os grandes centros urbanos agravando o crescimento desordenado e a favelização das cidades. Esses acontecimentos permitem compreender as origens, sobretudo a partir dos anos 50, dos movimentos sociais no campo. São movimentos que refletem a complexa correlação de forças, protagonizada por pequenos e médios produtores, pelas populações do campo em geral, pelos representantes dos fortes interesses capitalistas na agricultura e pelo Estado (BRASIL, 2007).

A mortalidade infantil é um dos indicadores más sensíveis e é usado para avaliar o estado sanitário geral de uma comunidade associado a outros indicadores.

Na década de 60, em algumas regiões brasileiras, a mortalidade infantil nas áreas urbanas, excedia levemente às áreas rurais. No entanto, ao se desagregar por categorias de renda familiar, se observam diferenças sistemáticas. “A expectativa de vida urbana é inferior à das rurais, no que se refere às famílias que pertencem às classes de baixa renda, porém o contrário prevalece em relação às famílias que pertencem às classes de renda mais alta. Desse modo, os habitantes das cidades têm maior probabilidade de vida mais longa, se comparados aos habitantes do meio rural, desde que possuam maiores recursos econômicos” (CARVALHO & WOOD, 1988, p. 120, apud IBGE, 1999).

Os mesmos autores explicam as possíveis diferenças de sobrevivência entre os estratos mais pobres, das duas áreas, que estariam relacionadas ao fato de as famílias rurais pobres terem uma renda maior, pois, em média, produzem maior quantidade de bens para consumo próprio. No entanto, as famílias urbanas têm que pagar por uma série de bens e serviços que para as famílias rurais não são imprescindíveis ou são gratuitos ou mais baratos, como moradia, transporte, serviços

de água e esgoto, etc. Por outro lado, a oferta dos serviços não acompanhou a grande demanda originária dos grandes deslocamentos populacionais de origem rural.

Estudo feito pelo IBGE (1999) aponta que os maiores níveis de mortalidade infantil observados nas áreas urbanas nos anos 50 refletem uma situação muito particular vivida pelo país, numa determinada fase da história, e que parece ter sido invertida recentemente, em função de algumas ações corretivas de políticas públicas, orientadas, inicialmente, para os principais centros urbanos e regionais, em detrimento das populações das áreas rurais. As informações sobre as tendências de mortalidade infantil para as regiões Nordeste e Sudeste e o Brasil como um todo, apontam nessa direção.

A região Nordeste apresenta os maiores níveis de mortalidade infantil do Brasil, tanto urbano como rural. Durante as três décadas posteriores a 1950, a mortalidade infantil urbana era bem superior à mortalidade rural, fato que pode estar relacionado à predominância rural da população e, portanto, vinculado a atividades agrícolas que garantiriam uma maior sobrevivência. O processo começa a se inverter a meados da década de 70, decorrente da intensificação da urbanização e, principalmente, pela saturação dos serviços públicos que levam às autoridades governamentais a minimizar os efeitos negativos, através da implantação de um conjunto de políticas públicas para os centros urbanos/regionais (IBGE, 1999).

Já no Sudeste, os diferenciais urbano-rurais eram insignificantes na década de 50 e 60, diferenciam-se ao decorrer dos anos para voltar a convergirem ao final do período (anos 90). Esta pequena diferenciação pode estar relacionada ao fato de grande parcela dos investimentos tenham se concentrado prioritariamente nesta região desde a primeira fase. O Brasil como um todo apresenta uma característica particular, observando-se um diferencial urbano-rural sendo ampliado em todo o período, que pode ser interpretado “como resultado da combinação do processo de queda mais acentuada na mortalidade nas áreas urbanas das regiões brasileiras e pelo fato de que quase a metade da população rural, existente no País esteja concentrada exatamente na Região Nordeste, a qual apresenta os níveis mais elevados de mortalidade infantil”.

A Análise feita pelo IBGE aponta para reduções lentas até 1975 e acentuadas após esta data. Em todo o período as variações foram mais acentuadas para a área urbana, o que explica o aumento dos diferenciais urbano-rural, principalmente no Brasil como um todo e na Região Nordeste. Salienta, também, que a concentração dos investimentos sociais nas áreas urbanas, em detrimento das rurais, tem implicações bastante sérias, sobretudo no Nordeste. Assim, pode-se observar que no Nordeste a mortalidade infantil rural era superior à urbana, em 1990, em

aproximadamente 14%, e quando comparada com a população rural do Sudeste, no mesmo ano, a mortalidade era superior em 141%*.

3.2 – Condições de Vida e de Saúde da População de Assentamentos e Acampamentos do MST

Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, exercendo influência direta sobre a qualidade de vida dos diferentes segmentos da população e estão estreitamente relacionados com as maneiras de adoecer e morrer.

No Brasil, a população rural representa 19% da população total, sendo que 15 milhões de agricultores vivem abaixo da linha de pobreza e 11 % vivem somente da aposentadoria rural. Em relação à população sem terra, estima-se que existam 4,8 milhões de famílias sem terra no Brasil (MORISSAWA, 2001, apud CARNEIRO, 2007).

Utilizando dados do censo agropecuário 1996, Carneiro (2007) analisa a estrutura fundiária no Brasil. Do total de propriedades, 50% pertencem a 2,4 milhões de pequenos proprietários (com menos de 10ha) os quais possuem apenas 2% de todas as terras. No entanto, 1 % das propriedades, pertence a 49 mil grandes proprietários (acima de 1.000ha) que possuem 45% de todas as terras agricultáveis. O mesmo autor assinala, que segundo dados do censo agropecuário de 1985-1996, foram assentadas 320 mil famílias em 1.500 assentamentos aproximadamente, e contrasta os dados com o período de 1995 a 1996, onde 400 mil pequenos proprietários venderam suas terras. Isto é, o número de pequenas propriedades vendidas ao agronegócio, em um ano, foi maior que o número de famílias assentadas durante uma década pela reforma agrária.

Para conhecer as condições de saúde da população do campo, e mais especificamente do MST, utilizaremos como referência duas publicações. A primeira é uma publicação feita pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (2001), com apoio da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, e que contou com o envolvimento de centenas de militantes do MST. A pesquisa realizada, em 1998, foi um diagnóstico das condições de saúde do MST através de um inquérito domiciliar de morbi-mortalidade realizado por amostra representativa de famílias. No total foram entrevistadas 3.687 famílias de assentamentos (139) e 2.851 famílias de acampamentos (92) ligados ao MST, em 23 estados onde ocorre a reforma agrária (os estados que não fazem parte do levantamento são Acre, Amapá, Amazonas e Roraima). As informações de morbidade e mortalidade são referidas, isto é, são informadas pela própria população.

* As taxas de mortalidade infantil (em relação a 1.000 nascidos vivos), em 1990, eram para o Nordeste: população urbana 70,0 e rural 79,6; para o Sudeste: urbana 32,0 e rural 33,0; no Brasil: urbana 42,0 e rural 59,0.

A segunda pesquisa é a Tese de Doutorado de Fernando Ferreira Carneiro intitulada “A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unai, Minas Gerais, 2005”, defendida recentemente na Universidade Federal de Minas Gerais (2007). O autor faz uma extensa revisão bibliográfica das condições de saúde no campo e do MST em particular. Segundo Carneiro:

“De modo geral, os estudos sobre as condições de saúde da população do campo associam o estado nutricional com a posse da terra, processos de trabalho e saúde (incluindo o uso de agrotóxicos), morbimortalidade referida e relação com os serviços de saúde. Os resultados apontam para um maior déficit nutricional à medida que diminui a posse da terra, além de evidenciarem um perfil de saúde mais precário da população rural se comparada à urbana. No campo, ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental. O processo de “modernização conservadora” da agricultura no Brasil ainda tem agravado mais esse quadro, na medida em que criou novos riscos sócioambientais para a saúde dessa população”. (CARNEIRO, 2007; p.24).

Em relação à população residente em assentamentos não há uniformidade nos dados. Segundo dados oficiais do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA (2003) existem 6.044 assentamentos, distribuídos em 1.857 municípios com capacidade para 759.768 famílias. Nesses 1.857 municípios reside uma população geral de 59,8 milhões de habitantes (BRASIL, 2004c). Os dados do coletivo do MST revelam que existem 315.712 habitantes, com 77.244 famílias, distribuídos em 23 estados do Brasil. (tabela 1) (UnB, 2001)

A região Nordeste concentra o maior número de população assentada e acampada (46,5% e 57%, respectivamente). No que tange aos assentamentos, a região Sul tem a segunda maior proporção (29%), seguida do Sudeste (12,4%). Quanto aos acampamentos, o Sudeste concentra a segunda maior frequência (12%), seguida da região Centro-Oeste com 11%. A proporção de acampamentos é similar no Sul e no Norte (10% e 9,5%).

Quanto aos acampamentos do MST, os dados do Coletivo do MST mostram que a população dos acampamentos é de 266.652, com 66.638 famílias, distribuídos em 23 estados do Brasil (UnB, 2001). Outras fontes assinalam que são 595 acampamentos do MST, com aproximadamente 87 mil famílias. Existem também os acampamentos informados pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura – CONTAG que representam 419, com aproximadamente 43 mil famílias, distribuídas em 297 municípios (Brasil, 2004c).

Segundo o levantamento feito pela da UnB (2001), no que tange às condições de vida e de saúde das populações dos assentamentos e acampamentos, não há diferença expressiva com relação

à procedência urbana ou rural e em quanto ao sexo. Aproximadamente 77% da população assentada e 71% da população acampada é de origem rural, sendo 53% do sexo masculino e 47% do feminino. A distribuição por faixa etária é bastante semelhante, sendo predominantemente jovem.

O número de analfabetos é elevado, com maior concentração na população maior de 15 anos (35% nos acampamentos e 28,8% nos assentamentos). Nessa faixa etária o grau de escolaridade da maioria de ambos os grupos é o 1º grau incompleto, representando quase 60% da população de 15 anos a mais.

Em relação ao tipo de moradia, 49,7% da população assentada mora em casa de tijolos. No Norte e Sul do país prevalecem as casas de madeira. No Centro-Oeste prevalece, ainda, a barraca de lona e de madeira, que segundo analisa a pesquisa da UnB é devida a não liberação do crédito-habitação nessa área. Quanto à iluminação, 50% dos assentados utilizam energia elétrica, com destaque para a região Nordeste com 97,4%. Mas nos acampamentos prevalece a utilização de querosene, óleo diesel e gás.

Os meios de transporte mais utilizados nos assentamentos são os ônibus ou transporte coletivo (73%), seguido pela locomoção a pé (49%), bicicleta (32%), carroça e cavalo (ambos com 17%). Contrastando com esses dados, nos acampamentos, a locomoção a pé é o meio mais utilizado (63,4%), seguido do ônibus ou transporte coletivo e a bicicleta (37%) (UnB, 2001). Teria que ser explorado neste ponto se, em geral, a localização dos acampamentos está em áreas mais afastadas dos centros urbanos e, conseqüentemente, existe menor número de vias de comunicação.

Tanto nos assentamentos como nos acampamentos, o meio de comunicação mais utilizado é o rádio (73% e 55%, respectivamente), seguido da televisão nos assentamentos (38%) e do Jornal Sem-Terra nos acampamentos (30%). O terceiro meio de comunicação mais utilizado é o telefone comunitário (12%). Chama a atenção, no entanto, que parcelas significativas da população não têm acesso a qualquer meio de comunicação (15% nos assentamentos e 25% nos acampamentos).

Quanto ao recebimento de ajuda externa para a sobrevivência da família, 25% das famílias dos assentamentos recebem algum tipo de ajuda, enquanto nos acampamentos é superior a 40%, indicando a maior precariedade destas últimas e, conseqüentemente, maior dependência desse tipo de ajuda.

A participação das famílias em grupos organizados, se dá por meio de núcleos e grupos do MST (58%), associações ou cooperativas (45%) e grupos religiosos (33%) nos assentamentos. Já nos acampamentos, a maior participação acontece nos núcleos e grupos do MST (80%) (UnB, 2001), refletindo uma maior necessidade de se organizar para conseguir estabilidade.

É muito baixo o percentual de assentamentos e acampamentos que possuem acesso à rede de abastecimento de água, variando nos assentamentos de 12,6% no Sudeste, 8,7% no Nordeste, 4,5% no Centro-Oeste, 2,0% no Sul e 0,8% no Norte. No global, observa-se que os assentamentos possuem 6,9% de rede de abastecimento de água e os acampamentos 4,5%. A maioria da população obtém a água do poço ou cisterna (45,2% das famílias assentadas e 41,3% das acampadas).

A precariedade do saneamento é observada também no destino do lixo e dos dejetos. A queima do lixo é utilizada por 61% das famílias acampadas e por 42,3% nos assentamentos, no entanto grande parte da população descarta o lixo a céu aberto. Só existe coleta pública em 1,2 % dos assentamentos e 2,3% dos acampamentos. Essa mesma realidade se repete no destino dos dejetos. Apenas 1,2% dos assentamentos e 0,2% dos acampamentos possuem rede de esgotos. Mais de 40% eliminam os dejetos na fossa seca, e é alto o percentual de dejetos a céu aberto (35,2% nos assentamentos e 51,8% nos acampamentos).

O estudo mostrou também que o coeficiente de mortalidade infantil para assentamentos é de 73,6/1.000 n.v. e nos acampamentos é de 78,7/1.000 n.v., mais do dobro da média nacional, para 1998, que foi de 35,53/1.000 n.v. O coeficiente de mortalidade geral também foi maior nos assentamentos, 8,1/1.000 habitantes, quando comparada com a taxa bruta nacional no mesmo período que foi de 5,4/1.000 hab.

Como causa de morte nos assentamentos, as causas externas aparecem em primeiro lugar, seguidas pelas doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças infecto-parasitárias e digestivas, e as doenças respiratórias. Estas últimas têm maior peso como causa de doenças, isto é, na morbidade onde ocupam o primeiro lugar, que como causa de morte. Entre as causas externas, dos 33 óbitos referidos nos assentamentos, 13 foram por homicídio (39%), seguido pelos óbitos por acidentes de trânsito (18%) e os suicídios (15%).

Já nos acampamentos, as principais causas de morte foram as doenças cardiovasculares (20%), seguidas pelas causas externas (8 óbitos, representando 16%), doenças respiratórias (14%) e infecto-parasitárias (10,0%). Entre as causas externas, o homicídio representa 62,5%.

No que tange à assistência formal à saúde, aproximadamente 32,6% dos acampamentos e 23,7% dos assentamentos não contam com serviços de saúde, seja governamental ou não. Só 56,8% dos assentamentos e 45,7% dos acampamentos possuem postos de saúde próximos a suas áreas. Esta precariedade é agravada pelo fato de não todos os postos de saúde funcionarem. Foi referido apenas 30,9% e 29,3% de funcionamento dos postos nos assentamentos e acampamentos, respectivamente.

Quanto ao atendimento ofertado pelos serviços de saúde em funcionamento, a maioria dos postos possui atendimento médico (mais de 70%), e poucos o atendimento ginecológico (25,6% nos assentamentos e 33,3% nos acampamentos). A vacinação esteve disponível em mais de 50% dos postos, o que reflete uma grande carência, já que o programa de vacinação é um dos programas de maior cobertura nacional.

Além da pouca oferta de serviços de saúde, existem outras dificuldades de acesso, como a falta de transporte, a distância dos serviços de saúde, a discriminação da clientela e o excesso de demanda. Esta é uma realidade vivenciada pela população do campo em geral e mostra o pouco investimento que se tem feito nesta área e a falta de uma política pública específica para estas populações.

Os agentes de saúde, que poderiam minimizar a oferta dos serviços de saúde, estão presentes em 56,1% dos assentamentos e 44,6% dos acampamentos, sendo que em torno de 53% estão ligados a programas governamentais.

Os conselhos de saúde municipais que poderiam encaminhar propostas para solucionar essa precária situação, não sempre contam com a participação do MST. Segundo a pesquisa da UnB (2001), em apenas 11,5% dos assentamentos e 12,0% dos acampamentos o movimento participa desses conselhos.

Em relação ao atendimento informal à saúde, aproximadamente 70% da população de assentamentos e acampamentos utilizam os remédios caseiros, sendo as farmácias procuradas em menor proporção (aproximadamente 25%). É importante destacar neste ponto, que mais da metade das famílias dos assentamentos produz plantas medicinais, no entanto, nos acampamentos é realizado por cerca de um terço das famílias. A presença marcante da medicina popular nessas populações está também representada pela presença das benzedadeiras (35%).

3.3 - Morbidade crônica e aguda

As doenças crônicas mais prevalentes^{**}, referidas tanto pelos moradores dos assentamentos quanto dos acampamentos, foram as doenças respiratórias (bronquite, asma, sinusite), seguidas das doenças cardiovasculares (hipertensão) e osteomusculares (problemas de coluna). Apenas na região Norte as doenças infecto-parasitárias (DIP) ocupam o terceiro lugar entre as doenças mais frequentes. No geral, as DIP ocupam o quinto lugar, com maior prevalência de verminoses, seguidas de hepatite, malária, micoses, doenças imunopreveníveis, cólera, tuberculose, hanseníase, DST, doença de Chagas, esquistossomose e meningite.

^{**} *Prevalência: Refere-se à força com que subsiste uma doença na coletividade (casos novos e antigos), numa determinada população e num determinado período de tempo.*

As doenças respiratórias são a principal causa de morbidade em pessoas de 0 a 29 anos. A partir dos 30 anos passam a prevalecer, além das respiratórias, as doenças osteomusculares, as cardiovasculares e as digestivas, que apresentam coeficientes crescentes com a idade. Quanto às neoplasias, a maior prevalência é observada nas pessoas de mais de 65 anos, nos assentamentos. Não foi referido nenhum caso nos acampamentos.

As doenças ginecológicas e as ligadas à gravidez apresentam maior prevalência entre as mulheres de 20 a 49 anos, nos assentamentos, e nos acampamentos a faixa de amplitude é maior (10 a 64 anos).

Observa-se, também, que as mulheres apresentam maior risco de adoecer que os homens, tanto nos assentamentos quanto nos acampamentos e que, em geral, a incidência dos agravos à saúde é maior nos acampamentos quando comparada com os assentamentos. Em relação à faixa etária, o risco é maior nas faixas extremas, abaixo de um ano e acima dos 50 anos.

Similar ao assinalado na morbidade crônica, as doenças respiratórias também ocupam o primeiro lugar nos coeficientes de incidência nas doenças agudas, sendo as mais frequentes as IRA (Infecções Respiratórias Agudas), a pneumonia e a asma. As doenças infectoparasitárias vêm em segundo lugar. Tanto nas doenças respiratórias quanto nas DIP, a taxa de incidência é maior nos acampamentos.

Para resolver os problemas de saúde, menos da metade da população pesquisada dos assentamentos (49%) e acampamentos (40%) procurou o médico ou o serviço de saúde, sendo que a maioria que buscou este tipo de atendimento o fez por motivo de acidente ou de ferimento.

“Quase 40% dos assentados e 36,8% dos acampados referiram não ter procurado atendimento médico por dificuldades de acesso ao serviço de saúde, enquanto 26% dos assentados e 20% dos acampados referiram não ter unidade de saúde no local. Outras respostas que apontam para problemas também relacionados ao acesso aos serviços de saúde foram obtidas: 8% nos assentamentos e 10,5% nos acampamentos referiam que o ‘serviço não atenderia’; 2,3% (assentamento) e 3,3% (acampamento) referiam que ‘não tinha direito de ser atendido’. Essas respostas apontam para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde como o principal motivo para a reduzida procura de tratamento nas unidades de saúde” (UnB, 2001; p.71).

3.4 - Saúde da Mulher e da Criança

Os dados da pesquisa da UnB (2001) mostram que quase 95% das crianças menores de 5 anos possuem cartão de vacina tanto nos assentamentos quanto nos acampamentos. Embora a cobertura vacinal seja alta, aproximadamente 33% das crianças são vacinadas somente durante as campanhas.

Apenas 21% das crianças dos assentamentos e 24% dos acampamentos são levadas aos serviços de saúde para realizar o acompanhamento de seu desenvolvimento e crescimento. Mais de 80% das crianças vão ao posto de saúde apenas quando adoecem ou para vacinação. Esses dados indicam que o serviço de saúde é uma referência quando a criança está doente, mas não como local onde podem ser realizadas ações de prevenção e promoção da saúde.

Quanto ao pré-natal, a média nacional foi de 79% nos assentamentos e de 69% nos acampamentos. Em relação ao tipo de parto, aproximadamente 70% das mulheres (assentadas e acampadas) tiveram parto normal hospitalar e 11% parto normal domiciliar, que somados representam 80% de partos normais. O percentual de cesariana foi de 16%, e 4% referiram que a gravidez terminou em aborto.

O índice de aleitamento foi alto, sendo maior nos assentamentos (95%) que nos acampamentos (90,5%). Mas as crianças são desmamadas ou recebem outro tipo de alimento precocemente. No quarto mês de vida da criança, evidencia-se que 51% das crianças já receberam alimentação complementar nos assentamentos, e nos acampamentos o percentual sobe para 56%.

Em relação à gravidez na adolescência, observou-se uma precocidade do ingresso da menina na idade adulta. Obtiveram-se taxas de 110 grávidas / 1.000 mulheres entre as faixas de 10 a 19 anos, sendo a maioria das gestações (95%) concentrada entre os 15 e 19 anos.

Quanto ao exame preventivo de câncer ginecológico, quase 60% das mulheres com idade superior a 15 anos referiram ter realizado esse exame, havendo diferença entre as regiões. Há um percentual expressivo de mulheres que nunca realizaram o exame preventivo, sendo aproximadamente 35% nas regiões Sul e Sudeste, e 65% na região Norte.

Em relação ao planejamento familiar, a laqueadura de trompas foi o método mais referido, com exceção da região Sul. A esterilização é maior na região Centro-Oeste (44% nos assentamentos e 30% nos acampamentos) e na Norte (39% e 28%, respectivamente). O segundo método mais usado foi a pílula anticoncepcional (13% nos assentamentos, 14% nos acampamentos). Deve ser destacado, que é muito significativa a proporção de pessoas que relataram não usar nenhum método anticoncepcional, em todas as regiões, sendo maior na região Nordeste (53% nos acampamentos e 50% nos assentamentos).

Os(as) jovens até 29 anos referem mais o uso de pílula anticoncepcional e de preservativo; a partir dos 30 anos, a laqueadura de trompas é o método mais utilizado. O uso de anticoncepcional oral aumenta com a escolaridade, e de forma inversa, na medida em que diminui o grau de escolaridade, aumenta a proporção de pessoas com ligaduras de trompas. No que tange ao não uso

de método contraceptivo, é maior nos graus de escolaridade menores. Assim, observa-se que entre os analfabetos(as), mais de 50% não fazem uso de método anticoncepcional.

3.5 - Segurança Alimentar

A pesquisa feita por Carneiro (2007), no município de Unaí, (meso-região do Noroeste mineiro e na microregião do RIDE (Región Integrada do Distrito Federal e entorno), mostra que os bóias frias do Bairro Mamoeiro apresentaram a situação mais crítica em segurança alimentar, quando comparado com o assentamento Menino Jesus e acampamento Índio Galdino. Faltou comida, nos últimos três meses, em 39,5% das famílias, dado que é quase o dobro em relação as famílias acampadas (22%) e quatro vezes mais que nas famílias assentadas (11,5%). O Assentamento Menino Jesus e o Acampamento Índio Galdino apresentaram melhores indicadores de segurança alimentar que as famílias do Bairro Mamoeiro. Esses achados, assinala Carneiro (2007), estão também relatados em outras pesquisas, que apontam que a propriedade dos meios de produção – entendida como posse da terra – está associada a um melhor estado nutricional das crianças.

A única política pública capaz de diferenciar as famílias assentadas e acampadas dos bóias-frias foi o acesso ao crédito agrícola, que explicita a possibilidade de financiamento da produção de seu próprio alimento. Mas isso também gera preocupações, pois “quem pega o crédito fica doente com as dívidas” (CARNEIRO, 2007, p.65).

Mais da metade das famílias do assentamento (58%) conseguia viver apenas da produção do lote (mandioca, arroz, cana-de-açúcar, milho, feijão, frutas, hortaliças, amendoim), o que a diferencia dos acampados e bóias-frias. Quase toda a produção era direcionada ao sustento da família, e quase não havia excedentes. Os assentados desenvolviam poucas atividades cooperadas, e mesmo com as dificuldades de estarem acampadas, 22% das famílias conseguiam retirar seu sustento do lote. Não havia excedentes e para complementar a renda, em torno de 36% das famílias trabalhavam também em fazendas, como bóias-frias, e 9% buscavam trabalho temporário na cidade.

Em relação à produção animal, 100% das famílias dos assentamentos criavam algum tipo de animal de produção (galinhas, gado, animais de trabalho, porcos). Mesmo que voltada para o autoconsumo, essa produção contribuiu para a elevação da renda familiar e para a melhora da segurança alimentar. A falta de alimentos para os animais, a ausência de assistência técnica e de medicamentos, foram alguns dos problemas enfrentados na criação de animais. Já os acampados conseguiram menor proporção de criação de animais (69%) e no Bairro Mamoeiro, apenas 14b% criavam algum tipo de animal de produção.

3.6 - Problemas Ambientais

Segundo a pesquisa de Carneiro (2007), os assentados e acampados convivem o tempo todo com problemas ambientais relativos à produção agrícola como o desmatamento, queimadas e uso de agrotóxicos, no entanto, os bóias-frias visualizam mais os problemas típicos da cidade, como são o acúmulo de lixo, a poeira e a existência de insetos.

Os bóias-frias tiveram, também, percepção do alto índice de uso de agrotóxicos no trabalho, relatando pulverizações através de aviões, em áreas próximas a seu trabalho. Esses trabalhadores perceberam em 85% o uso de agrotóxicos, sendo bem mais expostos que os assentados (27%) e os acampados (9,5%). Os altos índices de uso de agrotóxicos estão relacionados ao processo de modernização tecnológica denominado Revolução Verde, que modificou profundamente as práticas agrícolas, gerou mudanças ambientais e teve graves efeitos sobre a saúde.

4 - TRAJETÓRIA DA PESQUISA

4.1 - Objetivos

Este estudo teve como objetivo geral analisar os determinantes sociais da saúde nos territórios dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) selecionados para o estudo, buscando distinguir os componentes ambientais destes determinantes, visando a identificação de elementos teórico-metodológicos com o propósito de elaborar uma proposta didático-pedagógica voltada para a formação de profissionais de nível médio em saúde ambiental para o trabalho no campo.

Para o desenho do referido objetivo, partimos da premissa que, conforme discussão travada na introdução desse relatório, a construção de uma abordagem crítica sobre os Determinantes Sociais da Saúde, deve, necessariamente, incorporar o tema sobre território e os contextos de uso pela população, que no nosso caso, é a população do campo e os recursos sociais implicados no cotidiano do campo para a produção agrícola.

Em coerência com tal premissa, a construção de propostas didático-pedagógicas, voltadas para a promoção da saúde ambiental da população do campo devem ser permeadas por elementos didático-pedagógicos que contemplem a categoria território e as especificidades de uso e de produção do espaço em cada lugar.

A opção de se trabalhar com a perspectiva do MST, se deve ao fato que esse é o mais expressivo movimento social do campo no Brasil, sendo considerado o maior movimento social rural da América Latina.

Para tanto, o campo de análise dessa pesquisa foi desenhado na pretensão de atingir aos seguintes objetivos específicos:

- Identificar os determinantes sociais de saúde nos territórios dos assentamentos selecionados.
- Estabelecer relação entre os determinantes sociais de saúde e os problemas ambientais com as especificidades de cada território.

A análise dos determinantes sociais da saúde, associada a questão do território, nos pareceu ser terreno fértil e um recurso metodológico coerente para refletir sobre essas indagações, tendo em vista os seguintes motivos:

- Os determinantes sociais da saúde (DSS) incluem as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições sociais de vida e trabalho de seus membros como saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias, exercendo influência direta sobre a qualidade de vida dos diferentes segmentos da população e estão estreitamente relacionados com as maneiras de adoecer e morrer.
- A abordagem geográfica pode ser um meio operacional de aproximação tanto para o entendimento quanto para a produção de informações acerca das necessidades sociais e dos problemas de saúde. A hipótese consiste que a produção da saúde ou da enfermidade varia espacialmente conforme a determinação de sua contextualidade e que, pode vir a ser entendida através da análise processual das condições de vida de populações.
- A identificação e localização dos objetos geográficos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias, são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos.

- Essa reflexão poderia subsidiar formulação de programas de formação profissional em saúde ambiental (para a área de Promoção e Vigilância em Saúde, em particular) efetivamente coerentes com as questões postas acima.
- A análise de uma experiência concreta permitiria verificar os limites e possibilidades desse tipo de estratégia.

4.2 - Metodologia

Para atingir os objetivos propostos nesse estudo foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa de natureza empírico-analítica, com uma abordagem geográfica, de reconhecimento do território, intitulada “Processo de Territorialização das Condições de Vida e Situação de Saúde”, uma análise que tem características não mensuráveis com dados estatísticos. De acordo com Minayo,

(...) a pesquisa qualitativa (...) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo, 1996, p.21-22).

Santos (1999) indica um caminho interessante para conduzir a nossa análise. Para ele, compreender o “conteúdo geográfico do cotidiano” (SANTOS, 1999) pode contribuir para desvendar a (re)produção da vida social, através de sua incontestável obviedade e concretude do dia a dia. Outro caminho conceitual consiste na análise da “dimensão espacial do cotidiano” (SANTOS, 1999) que permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado das ações e das formas geográficas que podem originar vulnerabilidades em saúde localizadas em contextos sociais do cotidiano.

Essa atenção voltada para o cotidiano é de muita utilidade no tratamento geográfico do mundo da vida, constituído pelas interações humanas no espaço e que acabam influenciando diretamente no uso de determinadas técnicas e objetos, condicionando dessa forma práticas sociais específicas.

Nesta abordagem, um aspecto de ímpar importância é a definição rigorosa do chamado nível local como recorte territorial. Santos (1999) ressalta que a proximidade local que nos interessa não é apenas a distância no espaço banal, mas sim, uma certa “contigüidade física entre pessoas numa mesma extensão, num mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações”. Para Santos, a importância da dimensão local, e a redefinição da questão do lugar aparece atualmente como uma necessidade e resistência diante do esmagador processo de globalização.

Definimos o conceito “território usado” (SANTOS & SILVEIRA, 2001) como categoria de análise fundamental para a territorialização das condições de vida e situação de saúde. Santos e Silveira (2001), afirmam que este conceito supera o antigo problema para o entendimento da interação homem-mundo através do sentido da “interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana” (SANTOS & SILVEIRA, 2001).

Para os autores a categoria território somente pode ser aplicada através do reconhecimento dos atores que dele se utilizam, que se diferenciam conforme os períodos históricos fazendo com que se busque a “evolução dos contextos e assim as variáveis trabalhadas no interior de uma situação” (SANTOS & SILVEIRA, 2001).

A idéia é conjugar o estudo da “constituição do território” de Milton Santos (SEABRA & LEITE, 2000), à teoria da estruturação do sociólogo inglês Anthony Giddens (1989) acerca da “constituição da sociedade”, para análise e compreensão dos contextos de uso do território por parte das populações.

Tendo em vista a necessidade do cumprimento do protocolo de pesquisa do Comitê de Ética da Fiocruz, que exige, dentre outros documentos, a autorização prévia para a realização da pesquisa com seres humanos, antes mesmo do início da pesquisa, foram feitos contatos com a Coordenação Nacional de Saúde do MST, o que viabilizou a obtenção dos contatos necessários à aproximação com o campo, e o posterior do trabalho da equipe de pesquisadores nos territórios pesquisados e a realização das entrevistas com os atores políticos nos municípios em que se localizam os assentamentos.

A utilização de diversos instrumentos de coleta de dados, tais como, entrevistas, técnicas de mapeamento participativo, pesquisa documental, observação direta, dentre outros, possibilitou a triangulação de dados.

A pesquisa se constituiu em quatro fases, destacando que apesar de descritas abaixo de forma linear, estabeleceram uma interrelação que aponta para um processo onde alguns aspectos das fases posteriores foram iniciados em uma das primeiras fases e vice-versa.

1ª fase – Revisão bibliográfica

1.1) Aprofundamento do marco teórico

Nesta fase, a partir da literatura disponível nos últimos cinco anos sobre Determinantes Sociais da Saúde, Espaço Geográfico, Território, Lugar e Meio Ambiente além das temáticas referentes à Saúde Ambiental foi possível aprofundar o marco teórico bem como reconhecer os principais aspectos relevantes ao processo de análise posterior.

Conforme a revisão de literatura que compõe esse relatório, para que se possa compreender os determinantes sociais da saúde nos territórios dos assentamentos rurais do MST, é fundamental compreender a gênese, o histórico, o propósito, as características e os princípios que norteiam a ação política do movimento, o que não será possível sem que considere a questão agrária brasileira, já que o MST nasce em função da luta pela Reforma Agrária.

Será através do estabelecimento dessas complexas relações, que se compreenderá que a práxis do MST o revela como um sujeito histórico, que para além da luta reprodução biológica e social dos trabalhadores do campo (dimensão sindical do movimento), também possui um acúmulo histórico e sólidas formulações nos campos da saúde, da educação e da formação em saúde, conforme será discutido nos resultados dessa pesquisa.

1.2) Elaboração dos instrumentos

O acúmulo teórico permitiu o aprofundamento de concepções gerais sobre o tema, o que, juntamente com os objetivos previamente definidos, foi fundamental para a elaboração das questões a serem abordadas e na definição nos instrumentos de coleta de dados, que foram os seguintes: roteiros de entrevistas semi-estruturadas; roteiros para mapeamento; e roteiros de observação simples.

2ª Fase – Trabalho de campo

2.1 Definição da Amostragem

Em coerência com a metodologia da pesquisa qualitativa, a definição da amostragem não se baseou em uma escolha por critérios numéricos, mas sim na abrangência, no que diz respeito à apreensão dos diversos aspectos necessários a circunscrição do problema, possibilitada pelas informações detidas pelos entrevistados conforme definido por Deslandes (1993, p. 43).

Nessa perspectiva, participaram da amostragem do trabalho de campo membros das comunidades dos três assentamentos/territórios da Reforma Agrária organizados pelo MST e representantes do executivo (Secretários de Saúde, Educação e Agricultura) dos municípios de Passos Maia em Santa Catarina e de Itapipoca no Ceará..

Os referidos territórios são os seguintes: o Assentamento Conquista dos Palmares e Zumbi dos Palmares, situado no Município de Passos Maia/SC, onde, de um total de 123 famílias, foram realizadas trinta e quatro (34) entrevistas; o Assentamento Córrego dos Tanques, situado no Município de Itapipoca/RJ, onde, de um total de 42 famílias em três núcleos, foram realizadas trinta e uma (31) entrevistas.

2.2 Aproximação do campo/circunscrição da amostragem e testagem dos instrumentos

A aproximação do campo consistiu primeiramente em estabelecer o contato formal com as lideranças do MST nos estados de Santa Catarina e Ceará e com as lideranças dos assentamentos escolhidos. A seleção dos assentamentos seguiu o critério de escolha de acordo com os dois melhores trabalhos sobre os assentamentos dos educandos (total de 28 trabalhos em todo país) apresentados no curso de Especialização Técnica de Saúde Ambiental para a População do Campo realizado no período de maio de 2008 a dezembro de 2009, sob a coordenação da EPSJV. Os representantes do poder público dos municípios a serem pesquisados foram definidos através do reconhecimento de sua inserção no processo de discussão acerca dos determinantes sociais da saúde nos assentamentos.

Esta primeira aproximação permitiu a exposição da proposta da pesquisa aos envolvidos e cumprimento dos procedimentos éticos e operacionais como declaração de aceite, agendamento de entrevistas, visitas e mapeamento dos documentos disponíveis para a coleta suplementar de dados.

Particularmente, o aval da Coordenação Nacional de Saúde do MST para a realização da pesquisa, possibilitou os devidos contatos com lideranças nos territórios da Reforma Agrária pesquisados, o que facilitou imensamente a entrada no campo.

2.3 Coleta de dados

A coleta de dados se deu desde o momento inicial de aproximação com o campo definido de estudo. Foram utilizadas as seguintes técnicas de pesquisa: entrevistas semi-estruturadas, mapeamento e pesquisa documental.

A entrevista semi-estruturada potencializou a abordagem já que tornou possível a apreensão de valores e conceitos particulares ao entrevistado, qual sejam, os problemas de saúde ambiental, as necessidades de saúde, os determinantes socioambientais envolvidos no processo de adoecimento e morte e o papel do Estado na prestação de serviços de saúde e a relação com o SUS, dentre outras.

Conforme mencionado foram realizadas sessenta e cinco entrevistas (65) entrevistas com membros das comunidades dos três territórios e mais entrevistas com representantes do poder público dos municípios.

O mapeamento foi conduzido pela equipe em cada trabalho de campo no início do processo de pesquisa no assentamento. O mapeamento é uma fase essencial que possibilita a identificação do território e suas situações-problema, promovendo a interação entre a equipe e os entrevistados.

A pesquisa documental foi realizada por meio da coleta de materiais produzidos pelo MST, relatórios do processo de elaboração da política nacional, além de outros documentos elaborados por técnicos do MS. Dentre estes, destacam-se os documentos relativos à Política Nacional de Saúde da População do Campo e da Floresta (PNSPCF).

2.4 Pesquisa suplementar de dados

A observação simples roteirizada, por suas limitações de abrangência de análise e riscos de interpretação subjetiva e/ou parcial (Gil, 1999) é inserida neste estudo como suplementar. Essa técnica foi utilizada durante o trabalho de campo realizado nos três territórios da Reforma Agrária organizados pelo MST que foram pesquisados. A observação simples, com roteiro, neste caso objetivou permitir aos pesquisadores uma noção do dia-a-dia dos entrevistados e principalmente observar a existência de ações de saúde já em curso e/ou carências/necessidades *in locu*.

3ª fase – Organização e análise do material

Para operacionalizar essa fase da pesquisa foi utilizado o método de análise de conteúdo através de seu aspecto de análise temática. De acordo com Minayo (2004), a análise de conteúdo permite articular a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características. O percurso analítico trilhado consistiu em um recorte inicial de categorias analíticas selecionadas pelo pesquisador: determinantes sociais da saúde (comportamento e os estilos de vida das pessoas; influência da sociedade e da comunidade; condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais; condições econômicas, culturais e ambientais), além da importância conferida pelo movimento e as demandas de formação em saúde. Esse recorte foi utilizado na elaboração dos roteiros entrevistas semi-estruturadas e do grupo focal.

Ainda segundo Minayo (op cit.), fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. A partir desses *núcleos de sentido* foi possível identificar os três sentidos mais recorrentes no recorte das categorias utilizado na elaboração dos instrumentos de coleta de dados, conforme mencionado no parágrafo anterior, que serviram-nos como categorias temáticas, e que foram os seguintes: comportamento e os estilos de vida das pessoas; influência da sociedade e da comunidade; condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais; condições econômicas, culturais e ambientais.

A expressão das noções e conceitos, explicitados nos documentos analisados trouxeram subsídios para o reconhecimento e organização destes em categorias empíricas.

O produto coletado através dos diversos instrumentos, foi submetido a tratamento de categorização, neste momento, empíricas, que circunscreveram sobretudo, os determinantes sociais da saúde e o contexto de uso do território.

4ª fase – Elaboração de Relatório Final

5 – RESULTADOS

5.1) Texto teórico-metodológico elaborado para ser a base da construção dos instrumentos da pesquisa (questionários, roteiros e mapeamento)¹.

Território e Determinantes Sociais da Saúde: Aproximando Perspectivas Teóricas e Metodológicas na Melhoria das Condições de Vida e Situação de Saúde em Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas um movimento teórico metodológico nas ciências humanas vem destacando a importância analítica dos conceitos desta área científica para o desenvolvimento de métodos advindos da união da Epidemiologia com categorias de análise oriundas principalmente da Geografia Humana. Acreditamos que as categorias geográficas possibilitam avançar na descrição, sistematização e reflexão das situações de saúde, influenciando desse modo o planejamento de práticas e ações de saúde. A idéia é que tanto para a análise, como para estratégia de ação sobre a desigual distribuição espacial da saúde de populações, devemos adotar caminhos importantes como; conhecer, conhecer para interpretar e interpretar para atuar (Rojas, 2000), que freqüentemente acontecem de forma desarticulada, incompleta ou deficiente. Deste modo, a importância do potencial da abordagem geográfica surge como fundamental para a saúde.

O conceito de saúde denota vários significados e sugere uma enorme discussão acerca de sua complexidade. De acordo com a OMS, a saúde é um “estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.” (Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde,1948), ou seja, um estado no qual o indivíduo consegue realizar suas atividades cotidianas sem limitações biológicas condicionadas por doenças; em um entendimento da realidade em que vive e em harmonia no relacionamento social. (EPSJV, 2003)

¹ Texto a ser submetido para publicação na Revista Trabalho, Educação e Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ.

Outra definição, mais explicativa e abrangente para tal conceito é a apresentada por Luis Rey, segundo ele:

“Saúde é uma condição em que um indivíduo ou grupo de indivíduos é capaz de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente. A saúde é um recurso para a vida diária, e não um objetivo de vida; é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, tanto quanto as aptidões físicas. É um estado caracterizado pela integridade anatômica, fisiológica e psicológica; pela capacidade de desempenhar pessoalmente funções familiares, profissionais e sociais; pela habilidade para tratar com tensões físicas, biológicas, psicológicas ou sociais com um sentimento de bem-estar e livre do risco de doença ou morte extemporânea. É um estado de equilíbrio entre os seres humanos e o meio físico, biológico e social, compatível com plena atividade funcional. (Rey, 2003, p?)

Sendo assim, esta definição diverge da primeira, no momento em que institui que a saúde não é um perfeito bem-estar, e que a diferença de um indivíduo saudável para um doente seria a capacidade que cada um destes tem de enfrentar os agravos ocorridos a sua saúde.

Desta maneira, utiliza-se neste trabalho a concepção de saúde coletiva, que se caracteriza por uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, reconhecendo na constituição de seu campo teórico a atuação das ciências humanas destacando as dimensões simbólica, ética e política (na problemática) da saúde¹. De maneira a agregar-se aos enfoques clínico (ao nível individual) e epidemiológico (ao nível coletivo) o enfoque social, que “ênfatiza a identificação dos problemas em populações a partir da caracterização de sua dinâmica histórica, isto é, da caracterização do processo de desenvolvimento econômico, social e político dessas populações”. (Teixeira; Pinto; Vilasbôas, 2003, p.29).

Neste enfoque, valorizam-se os determinantes sociais da saúde (DSS) que “são as características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos os seus integrantes. Habitação, trabalho, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e também a trama de redes sociais e comunitárias são exemplos de determinantes sociais.” (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2006).

A importância, portanto, deste conceito, se deve a alarmante situação de má distribuição de renda no Brasil, suas implicações nas desigualdades sociais e as consequências nas condições de

¹ Birman J. A Physis da saúde coletiva. *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, 1991.

saúde da população. Segundo dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-Pnud (2006), o país é o décimo colocado em pior distribuição de renda, medido pelo índice de Gini².

Tais disparidades se verificam entre os estados da federação, onde as condições de vida e o perfil socioeconômico das pessoas mudam significativamente à medida que tomamos, por exemplo, regiões como o Nordeste e o Sul; e ainda, no interior dos municípios, onde muitas vezes os desníveis são maiores e as desigualdades mais expressivas em razão da proximidade espacial.

Desta maneira, considerando que a saúde está intrinsecamente relacionada com as formas como se organiza a vida social, levando-se em questão fatores de natureza econômica, social e política em sua dimensão individual e coletiva como agentes que exercem influência direta nas desigualdades sociais de saúde, é que este trabalho pretende focar sua perspectiva de análise.

Tomando por base o conceito de determinantes sociais de saúde, que segundo Tarlov (1996 apud Solar e Irwin, 2005, p.4) são “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”, isto é, as condições de vida e trabalho da população, como: salários, condições de saneamento básico nos locais de moradia, educação, acesso a serviços de saúde e a outros serviços públicos de qualidade. Estes aliados ao estilo de vida das pessoas, concorrem na situação de saúde das mesmas. Possuem relevância devido ao fato de serem geradores de desigualdades e iniquidades em saúde, que se diferenciam pelo fato de serem as iniquidades, desigualdades em saúde injustas, evitáveis e desnecessárias (Whitehead, 2001 apud Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde, 2006, p.1); e, por serem decisivos em outros determinantes da saúde.

Para tanto, buscando discutir as formas como as desigualdades e principalmente as iniquidades em saúde se estabelecem, o presente estudo fará uso de indicadores sociais levantados através de pesquisa de campo tendo como instrumentos questionários e mapeamentos aplicados em assentamentos do movimento sem terra-MST nos municípios de Passos Maia-SC e o de Córrego dos Tanques-CE na análise dos determinantes sociais da saúde. Tendo sempre em vista as limitações destes, pois lacunas teóricas irão existir em função de os indicadores serem estatísticas de determinados aspectos de uma população, que só poderão ser considerados se em conjunto com outros indicadores e aliados a variáveis sociais.

De acordo com Milléo os indicadores “conjugam a qualidade de facilitar a visualização de um fenômeno social, enquanto geram polêmica no processo de simplificação/substituição em si”.(Milléo, 2005, p.1).

² Índice criado pelo Pnud - Indicador de desigualdade de renda que varia de 0 a 1, sendo 0 em uma situação na qual toda a população possuísse uma renda equivalente, e 1 se apenas uma pessoa detivesse toda a riqueza do país.

Desta forma, o presente estudo tem a intenção de chamar a atenção para esses fatores que são estruturalmente relacionados ao território, denominados determinantes sociais da saúde, para sensibilizar sobre as causas das desigualdades injustas e evitáveis.

Neste sentido, a proposta deste texto é a de realizar uma discussão teórica e metodológica da categoria território como referencial de análise no campo da saúde em sua interação com os determinantes sociais da saúde.

1. As categorias espaço e território para a análise social.

Segundo diversos pontos de vista, o espaço geográfico ora está associado a uma porção específica da Terra, identificada pela natureza, pelas marcas que a sociedade ali imprime, ora como referência à simples localização, situando-se indiscriminadamente em diferentes escalas como a global, continental, regional, estadual, a escala da cidade, do bairro, da rua e, até, de uma casa apenas (Corrêa, 1995, 15).

Na visão de Santos, (1988, 28) o espaço geográfico é “um conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”. Identificam-se, assim, como categorias do espaço, os objetos, formas ou fixos criados pelo homem ou naturais. Os primeiros são os prédios, as barragens, as estradas de rodagem, os portos, as indústrias, os hospitais, as plantações, e outros. Os objetos naturais são os rios, montanhas, árvores, praias e planícies etc. As ações, funções ou fluxos referem-se aos movimentos, à circulação de pessoas, mercadorias e ideias.

A inter-relação entre fixos e fluxos, suas distribuições respectivas, sua forma de organização, disposição e construção, os processos como mudanças, e a continuidade segundo as diferentes velocidades refletem a estrutura do espaço geográfico.

Assim, essa concepção de espaço leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, supondo a sua co-existência como sistemas e não apenas como coleções: a utilidade atual dos objetos, passada ou futura vem, exatamente, do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores. Estes objetos e suas formas aparecem como uma condição da ação, meio de existência que o agir humano deve, em um momento certo, levar em conta. A coexistência de fixos e até de componentes de fluxos, de variadas idades, é o que Santos (1988) denomina rugosidades, expressões do passado em formas e tempos espaciais.

O espaço como construção social, segundo Santos (1988) tem como elementos constitutivos: os homens; o meio ecológico — base física do trabalho humano; as infra-estruturas —, materialização do trabalho humano em formas; as “firmas” — responsáveis pela produção de bens,

serviços, idéias e as instituições encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações (Santos, 1988, 6).

Desse modo, a identificação e localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias, são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos (Monken, 2003, 37).

A análise do espaço geográfico presta-se não só para a compreensão do real, através de uma avaliação objetiva, como está subordinada a uma avaliação subjetiva do espaço como meio percebido.

Podemos considerar, ainda, que a construção do espaço geográfico é uma contingência histórica do processo de reprodução social, geradora da necessidade de organização econômica e social e de um determinado ordenamento espacial. No processo de construção do espaço geográfico, a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos associados a este.

A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais. Nessa perspectiva, o homem é o promotor da construção do espaço geográfico e, ao imprimir valores a esse processo, confirma-se como sujeito social e cultural.

Na ampla literatura que discute o espaço em aproximações teóricas semelhantes à exposta não é comum a referência a sua delimitação. Como coloca Geiger (1994, 236) "(...) o espaço transcende fronteiras e psicologicamente transmite a sensação de abertura".

Por outro lado, reconhecemos de forma intuitiva diversos tipos de demarcação espacial como os bairros das cidades, ou localidades rurais que possuem uma determinada organização espacial e uma relativa homogeneidade interna.

Em teoria, seria possível identificar sub-espacos em qualquer parte do planeta habitado. Apesar do desenvolvimento de recursos metodológicos para a sistematização do reconhecimento das divisões espaciais e para sua representação cartográfica, na prática, pouco se incorporou aos serviços de saúde, dado o elevado grau de sofisticação dos modelos disponíveis. Existe uma dificuldade em aceitar recortes espaciais não coincidentes com os territórios político-administrativos.

Na verdade, entre as muitas diferenças dos conceitos de espaço e território, a mais marcante talvez seja que a idéia de espaço não faz referência a limites e ao acesso, enquanto a de território imediatamente nos lembra dos limites e das restrições ao acesso dos que a ele não "pertencem", aspecto que será melhor desenvolvido a seguir.

Já foi dito que o espaço é uma categoria de síntese e convergência onde se manifestam diversos processos envolvidos nas condições de vida das populações. O espaço geográfico é complexo, constituído por um sistema de objetos e ações com inúmeras articulações verticais e horizontais (Santos, 1996). Neste espaço, se manifestam variáveis globais de ação local e outros processos de origem local com pequena amplitude, com resultados também locais. A organização de redes no espaço permite, cada vez mais, que estes processos sejam simultâneos e abrangentes (Soja, 1993).

Estas redes podem ser representadas através de pontos e linhas, onde os pontos podem ser ações locais e totalmente desvinculadas das ações globais, mas também podem ser ações locais, que se inserem nas ações globais, onde as estruturas e a organização de tarefas podem não coincidir com as ações que estão sendo desenvolvidas. As linhas formam teias que representam as redes de ligações e as interligações entre ações locais e globais.

Dessa maneira, a adoção de limites espaciais para se estudar e atuar sobre as condições ambientais e de saúde é reconhecidamente artificial. Nem o ambiente pode ser completamente constricto dentro dos limites de um território, nem os processos sociais se restringem a esses limites. O território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se manter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites.

Como o território é ocupado por uma população heterogênea, formada por atores sociais muitas vezes antagônicos, espera-se que esse território seja um palco de conflitos entre projetos. Os conflitos ambientais se materializam através de ações contrapostas que distintos atores sociais desenvolvem no território. Estas ações surgem porque entre esses atores existem diferentes percepções e projetos sobre ambiente. Esses conflitos podem ser locais ou, algumas vezes, alcançar maior magnitude, quando interesses pertinentes a outros atores são atingidos (Chavez, 2002).

2 - Território e contexto: referências teóricas para análise dos determinantes sociais de saúde.

Partimos do pressuposto que a abordagem geográfica pode ser um meio operacional de aproximação tanto para o entendimento quanto para a produção de informações acerca das necessidades sociais e dos problemas de saúde. A hipótese consiste que a produção da saúde ou da enfermidade varia espacialmente conforme a determinação de sua contextualidade (GIDDENS, 1989) e que, pode vir a ser entendida através da análise processual das condições de vida de populações.

Apesar de entendermos o espaço territorial (SANTOS, 1999) como um todo indissociável, esquematicamente dizemos que neste espaço existem elementos ou objetos naturais (rios,

montanhas, árvores, praias, planícies etc) e elementos ou objetos elaborados e/ou transformados pelo homem (edifícios, ruas, canais, reflorestamentos, shopping centers, fábricas, casas, estradas, cultivos, hidrelétricas, túneis, pontes, cidades etc).

Neste enfoque, o geógrafo Milton Santos “leva em conta todos os objetos existentes numa extensão contínua, todos sem exceção, supondo a existência dos objetos como sistemas e não apenas como coleções: a utilidade atual dos objetos, passada ou futura vem, exatamente do seu uso combinado pelos grupos humanos que os criaram ou que os herdaram das gerações anteriores” (1999, p. 46). Para ele, seu papel (do espaço) é tanto simbólico quanto funcional. Os objetos e suas formas aparecem como uma condição da ação, meios de existência que o agir humano deve, em um momento certo, levar em conta.

Entendemos que a localização de objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas, são de grande relevância para o (re)conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes que se efetivam em práticas sociais cotidianas que possam determinar vulnerabilidades importantes para a saúde coletiva.

Santos (1999) indica um caminho interessante para conduzir a nossa análise. Para ele, compreender o “conteúdo geográfico do cotidiano” (SANTOS, 1999) pode contribuir para desvendar a (re)produção da vida social, através de sua incontestável obviedade e concretude do dia-a-dia. A análise da “dimensão espacial do cotidiano” (SANTOS, 1999) permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado das ações e das formas geográficas que podem originar vulnerabilidades em saúde localizadas em contextos sociais do cotidiano.

Essa atenção voltada para o cotidiano é de muita utilidade no tratamento geográfico do mundo da vida, constituído pelas interações humanas no espaço e que acabam influenciando diretamente no uso de determinadas técnicas e objetos, condicionando dessa forma práticas sociais específicas.

Nesta abordagem, um aspecto de ímpar importância é a definição rigorosa do chamado nível local como recorte territorial. Santos (1999) ressalta que a proximidade local que nos interessa não é apenas a distância no espaço banal, mas sim, uma certa “contigüidade física entre pessoas numa mesma extensão, num mesmo conjunto de pontos contínuos vivendo com a intensidade de suas inter-relações”. Para Santos, a importância da dimensão local, e a redefinição da questão do lugar aparece atualmente como uma necessidade e resistência diante do esmagador processo de globalização.

Definimos o conceito “território usado” (SANTOS & SILVEIRA, 2001) como categoria de análise fundamental para a territorialização em saúde. Santos e Silveira (2001), afirmam que este conceito supera o antigo problema para o entendimento da interação homem-mundo através do

sentido da “interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana” (SANTOS & SILVEIRA, 2001).

Para os autores a categoria território somente pode ser aplicada através do reconhecimento dos atores que dele se utilizam, que se diferenciam conforme os períodos históricos fazendo com que se busque a “evolução dos contextos e assim as variáveis trabalhadas no interior de uma situação” (SANTOS & SILVEIRA, 2001).

Para entender o território usado deve-se analisar a “constituição do território” (Santos, 1999), que consiste numa proposta para uma geografia eminentemente empiricizável.

“O mundo das coisas, das ações e das relações é perceptível, ao menos tendencialmente, em todos os lugares (...) e o processo da construção da teoria pode fundar-se, então, muito mais no empírico, no realmente existente. Esta nova situação histórica é chamada de produção da universalidade empírica” (SANTOS & SILVEIRA, 2001, 45)

A ideia é conjugar o estudo da “constituição do território” de Milton Santos (SEABRA & LEITE, 2000), à teoria da estruturação do sociólogo inglês Anthony Giddens (1989) acerca da “constituição da sociedade”, para análise e compreensão dos contextos de uso do território por parte das populações.

2.1) O contexto de uso do território

A teoria da estruturação de Giddens (1989) é uma tentativa de formular uma descrição plausível da atividade humana e de sua estrutura. Centralizando seu corpo teórico, através da célebre frase de Karl Marx que “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem sob circunstâncias de sua escolha” ele assinala que a base de sua teoria, não é privilegiar o ator individual e nem a existência de qualquer forma de totalidade social, mas lançar os olhos sobre as práticas sociais cotidianas que são ordenadas no tempo e no espaço.

Como base de seu raciocínio, aponta dois temas que norteiam toda a elaboração de sua conceituação. Primeiro, contestando o velho tema sociológico dos dualismos reducionistas entre macro e micro, indivíduo e organização, sujeito e objeto social, processo e estrutura etc..., Giddens propõe superá-los através do conceito da Estruturação e a compreensão da relação entre Agente e Estrutura como Dualidade. Em segundo lugar, tematiza as determinações temporais e espaciais - embora ainda com uma certa prevalência do tempo sobre o espaço - das práticas sociais no âmbito do debate acerca da dialética Presença e Ausência (MONKEN, 1995).

Conforme Giddens, os autores que atacam o objetivismo - e a sociologia estrutural - são os que de algum modo estão influenciados pela hermenêutica ou pela fenomenologia, que por sua vez,

apontaram as deficiências daquele ponto de vista. Porém, estes inclinaram-se para o subjetivismo. Ele sugere outro tratamento, propondo que esse dualismo seja reconceituado como dualidade, mesmo que a sociedade não seja criação de sujeitos individuais, está também distante de qualquer concepção de sociologia estrutural (MONKEN, 1995).

Para a Teoria da Estruturação, os agentes têm como aspecto inerente a si próprio, a capacidade para entender o que fazem enquanto o fazem nos contextos da atividade social, monitorando rotineiramente aspectos sociais e físicos desses contextos. Para ele, os agentes possuem um “entendimento teórico” das bases de sua atividade (MONKEN, 1995).

Em suas atividades diárias, os agentes encontram-se uns com os outros em “contextos situados de interação”, fisicamente co-presentes. A importância da co-presença, diz respeito aos encontros entre agentes no cotidiano, em que a “fixidez das formas institucionais não existe a despeito, ou fora, dos encontros da vida cotidiana, mas está implícita nesses mesmos encontros” (GIDDENS, 1989, 56).

A ordenação das práticas sociais no tempo e no espaço se dá através da integração social, que significa sistemicidade em interação face a face - em circunstâncias de co-presença - e da integração sistêmica, que se refere às conexões com aqueles que estão fisicamente ausentes no tempo ou no espaço.

A integração sistêmica trata em si das questões básicas das instituições sociais, tanto normatizadas formalmente como as informais. Nelas estão contidos também outros ausentes históricos que deixaram suas contribuições nestas instituições. São nas conexões em torno da integração social e sistêmica, isto é, na natureza da interação em situações de co-presença e a conexão entre essas situações e as influências ausentes (das instituições), que serão relevantes para a caracterização e explicação da conduta social nos contextos. A ênfase de Giddens na inserção da ação humana em contextualidades de espaço e tempo é uma maneira de incluir o espaço e o tempo como categorias essenciais para a constituição das práticas sociais (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

As contextualidades são lugares em que os indivíduos e os grupos sociais penetram mentalmente sendo reconhecíveis na medida em que neles são difundidas características particulares - o que especifica o lugar, sua vida social e as suas instituições. Em outros termos, o contexto na concepção giddensiana atribui um significado singular ao lugar, como o resultado de uma rede de ações construídas historicamente, originadas tanto localmente como também distante no espaço, que interagem através dos usos dos objetos do território da vida cotidiana, concretizando-se dialeticamente num lugar (GIDDENS, 1989).

Resulta em territórios específicos que se materializam em espaços que não apenas concentram a interação, mas também intensificam e impõem sua delimitação. Giddens se refere ao

uso do espaço/território como cenário da interação que, por sua vez, é crucial para especificar a contextualidade. Dessa forma, entende-se que os lugares e sua constituição territorial tornam-se vitais para assegurar a fixidez subjacente às instituições. A conduta humana nestes contextos é reproduzida, pois as atividades humanas são recursivas, continuamente recriadas pelas pessoas através dos próprios meios (recursos) pelos quais elas se expressam, já que por intermédio de suas atividades, as pessoas reproduzem as condições que tornam possíveis essas próprias atividades.

Em outras palavras, a vida social ostenta uma repetitividade essencial (mas apresentando características sempre inovadoras) passível de aproximações metodológicas de seu entendimento (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

Para Giddens, as interações envolvem a reprodução de práticas sociais de pessoas e seus encontros, que apresentam uma regularidade ou estrutura, possibilitando assim a existência de práticas sociais discernivelmente semelhantes, em que as regras e recursos implicados nessa reprodução são vitais para a manutenção da vida social. Essas regras e recursos configuram assim uma expressão material no espaço territorial, definindo as ações e os objetos geográficos que são fundamentais para a reprodução da vida social local.

O contexto estruturador da interação humana, que interessa particularmente para as análises de situação de saúde, implica portanto, em reciprocidade das práticas baseadas nas regras e recursos (de autonomia e dependência) entre pessoas e coletividades.

O contexto como uma estrutura sócio-territorial pode ter pequena extensão, onde determinadas regras se manifestam na interação entre pessoas em situações de co-presença ou grande extensão, onde a expressão de outras regras não depende da co-presença, mas sim das instituições sociais. Desse modo, o “contexto liga os componentes mais íntimos e detalhados da interação às propriedades muito mais amplas da institucionalização da vida social” (GIDDENS, 1989, 96), ou seja, a contextualidade esta inerentemente envolvida na conexão de integração social e de sistema.

Giddens utiliza-se também da idéia de estação², “como lugar ou ponto de parada”, onde a mobilidade física das trajetórias dos agentes é suspensa ou reduzida nos encontros ou nas ocasiões sociais. Para ele, é onde acontece justamente essa interseção de atividades de diferentes indivíduos. É dessa maneira, que as características dos cenários são usadas rotineiramente para dar conteúdo significativo à interação (GIDDENS, 1989, 96).

Portanto, a idéia baseia-se em primeiro lugar, na compreensão dos contextos de uso dos territórios através da identificação, coleta e análise de informações sobre o sistema de objetos e ações existentes. Este conjunto de objetos e ações constitui um conteúdo geográfico do cotidiano

²Ele se utiliza desta noção, do geógrafo Hagestrand na pág.108 de seu livro *A Constituição da Sociedade*, São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1989.

que produz determinados contextos de integração social e sistêmica. Os contextos apresentam uma certa regularidade que de acordo com as regras e os recursos sociais locais terminam por estruturar a vida social dos territórios.

2.2 - As regras e os recursos sociais no contexto de uso do território

Os recursos que sustentam a reprodução da vida social podem ter uso comum, pelo coletivo social no território, estabelecido nos fluxos de pessoas e de materialidades (como as mercadorias, por exemplo) e os equipamentos sociais³. Os recursos individuais são relativos às condições do domicílio e as instalações sanitárias da habitação. O nível de rendimento individual em determinadas faixas de renda se materializa nestas condições do domicílio e na posse de equipamentos domésticos e de alimentação, que por sua vez podem condicionar regras específicas de comportamento.

Os recursos coletivos compreendem um “conjunto dos sistemas naturais, herdados por uma determinada sociedade e os sistemas de engenharia, isto é, objetos técnicos e culturais historicamente estabelecidos” (SEABRA & LEITE, 2000), que são apenas condições. Sua significação real para a vida social advém das ações realizadas sobre eles. São objetos naturais e/ou criados que possuem a característica de estabelecer a conexão material e social das pessoas, promovendo ou limitando as ações humanas (SANTOS, 1999).

Os recursos e suas regras de uso referem-se portanto, às condições materiais necessárias à subsistência humana, relacionadas à habitação, trabalho e renda, alimentação, saneamento básico, recursos sociais, econômicos e culturais, dos serviços de saúde e de educação, de opções de lazer e de organização sócio-política. Esses recursos básicos, como vimos antes, configuram regras que se materializam em práticas sociais cotidianas (MONKEN & BARCELLOS, 2007).

Para compreender as ações das pessoas e suas práticas no dia-a-dia deve-se identificar como a vida acontece a partir do nível mais local, isto é, dos seus objetos-domicílio. A vida cotidiana é formada por suas identidades, seus recursos e regras, integradas socialmente a outros espaços da comunidade mais próximos, como por exemplo, as unidades de saúde e outros objetos construídos como recursos sócio-culturais de integração social e com o sistema como um todo (instituições, firmas, governo municipal, estadual e federal, por exemplo) ou locais para rotinas sócio-culturais principais (estações de encontro), como por exemplo: as igrejas, entidades civis (associações de mães, moradores etc) clubes e outros. Incluem-se aqui também os objetos para produção (que também são estações de encontro), como as indústrias, depósitos, comércio etc, assim como os objetos específicos para propiciar a circulação de pessoas e materialidades (ruas, estradas, pontes etc).

³ Milton Santos (1998) chama estes equipamentos de uso coletivo do território de sistemas de engenharia.

Os agrupamentos populacionais podem apresentar contextos de uso de recursos, que condicionam, muitas vezes, determinados comportamentos e práticas. O que devemos observar, é que o território socialmente usado adquire características locais próprias onde a posse de determinados recursos expressa a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva, isto é, da sociedade.

Isso permite dizer que o território “refletiria as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social, sendo, por isso, capaz de refletir as desigualdades existentes” (ALBUQUERQUE, 2001). Indica assim, que os “hábitos e comportamentos considerados como fatores causais ou protetores para essas doenças ou eventos, tais como fumo, alimentação, agentes tóxicos, uso de preservativos etc, parecem circular de forma diferenciada em grupos populacionais”. Essa abordagem, portanto, possibilita distinguir níveis e perfis de risco e de vulnerabilidade decorrentes das desigualdades sociais (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

CONTEXTO DE USO DO TERRITÓRIO:	
CONSTITUIÇÃO DO TERRITÓRIO – Milton Santos - “... pensar o território como ator e não como palco ...”;	CONSTITUIÇÃO DA SOCIEDADE – A Giddens “...os homens fazem sua história mas não a fazem como querem...” (Marx);
Eixo do pensamento: “mundo das coisas, das ações e das relações” – “O território é o resultado do acúmulo de processos históricos”	Eixo do pensamento: “práticas sociais cotidianas ordenadas no tempo-espaço”
- “Teoria para fazer falar o território”;	- Teoria para produzir uma “descrição plausível da atividade humana e sua estrutura social”
CATEGORIAS DE ANÁLISE	CATEGORIAS DE ANÁLISE
Conjunto indissociável de sistemas de objetos e ações	- conexão da interação social: co-presença e ausência presente (integração social e sistêmica)
Conteúdo geográfico do cotidiano Dimensão local (escala do cotidiano): co-presença, vizinhança, intimidade, emoção, cooperação e socialização com base na contiguidade física no espaço – horizontalidade;	Contextualidades: “redes de ações construídas historicamente” “Caráter situado da integração tempo-espaço ... envolve o encenamento da interação, a co-presença e as instituições”
Dimensão espacial do cotidiano: percursos; nós; estações	Estrutura dos contextos: Regras sociais e recursos alocativos (materiais do espaço) e autoritários (não materiais - domínio);
Os contextos de uso dos recursos do território influenciam regras sociais (práticas sociais normatizadas) que podem configurar os Determinantes Sociais da Saúde - DSS.	

3 - Os DSS e o território usado

Nas últimas décadas, alguns modelos foram desenvolvidos para analisar os determinantes sociais de saúde e as conseqüências na saúde. Dentre os principais modelos, há aqueles propostos por Dahlgren e Whitehead (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998, adaptado subsequentelemente por Diderichsen, Evans e Whitehead 2001); Mackenbach (1994); e o de Marmot e Wilkinson (1999). Esses modelos são particularmente importantes para demonstrar as formas de contribuição dos determinantes sociais de saúde sobre as iniquidades na saúde em vários grupos sociais. Neste trabalho utilizaremos somente o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

3.1 – O modelo de Dahlgren e Whitehead: as influências em camadas de determinantes.

Na década de 90 o aumento em relação a influencia do DSS no processo de adoecimento vem proporcionando mudanças nos objetivos estratégicos da área da saúde de diversos países. A diminuição das taxas de mortalidade e de morbidade teriam assim um forte componente na melhoria das condições de vida para toda a população (BATISTELLA, 2007).

A questão das desigualdades sociais em saúde faz com que a OMS, na sua 57 Assembléia Geral em maio de 2004, crie uma divisão para tratar deste assunto. A equidade passa a ser definida então pela posição social que as pessoas tem na hierarquia social e com isso, pelo grau de poder adquirido e acumulado a partir desse posicionamento. A partir disto, no Brasil é criada, em março de 2006, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). (Idem)

Dentre os vários modelos que se propuseram a abordar os DSS destaca-se um esquema que permite visualizar as influencias e hierarquias entre os diversos determinantes sociais. O modelo de Dahlgren e Whitehead tem como propósito analisar como as desigualdades sociais na saúde são conseqüências das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais (ver figura 1). Os indivíduos estão no centro da figura, e têm idade, gênero e fatores genéticos que sem a menor dúvida, influenciam seu potencial de saúde final. A camada imediatamente externa representa o comportamento e os estilos de vida das pessoas. As pessoas expostas a circunstâncias de desvantagem tendem a exibir uma prevalência maior de fatores comportamentais, tais como fumo e baixa alimentação, e também se deparam com barreiras financeiras maiores ao escolherem um estilo de vida mais saudável.

A influência da sociedade e da comunidade é demonstrada na próxima camada. Essas interações sociais e pressões ocultas influenciam o comportamento pessoal da camada abaixo, para

melhor ou pior. Para os grupos mais próximos do fim da escala social, compostos por pessoas que vivem em condições de carência extrema, os indicadores de organização comunitária registram uma disponibilidade menor de redes e sistemas de apoio, além de menos serviços sociais e lazer em atividades comunitárias e modelos de segurança mais frágeis. No próximo nível, encontramos fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais. Nesta camada, as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho, e acesso menor aos serviços.

Figura 1 - Modelo Conceitual para a CSDH - Dahlgren e Whitehead (1991)



O último dos níveis inclui as condições econômicas, culturais e ambientais prevaletentes na sociedade como um todo. Essas condições, como o estado econômico e as condições do mercado de trabalho do país, influenciam todas as outras camadas. O padrão de vida de uma dada sociedade, por exemplo, pode influenciar a escolha de um indivíduo sobre habitação, trabalho e interações sociais, assim como hábitos alimentares. Da mesma forma, alguns fatores podem influenciar o padrão de vida e a posição sócio-econômica, dependendo das crenças culturais sobre a posição das mulheres na sociedade, ou da atitude geral sobre as comunidades étnicas minoritárias.

3.2 – Território e assentamentos rurais: apontamentos para a análise dos DSS

As ciências sociais, na construção do conceito de movimento social, preocupam-se predominantemente com a forma de organização e com as relações sociais para explicar as ações

dos movimentos. Contudo, nos estudos geográficos, é fundamental compreender o processo de construção e constituição dos territórios pelos movimentos. Para Bernardo Mançano (2004), a intencionalidade da ação se constitui no conceito chave deste processo de apreensão e construção do território. Ele entende este movimento como o modo de compreensão que um grupo, uma nação, uma classe social ou até mesmo uma pessoa utiliza para poder se realizar e se materializar no espaço. É uma visão do mundo, uma forma, um modo de ser, de existir, constituindo-se assim em uma identidade. Por esta condição, precisa delimitar para poder se diferenciar e assim ser identificado.

Este autor evidencia ainda que as relações sociais em sua intencionalidade criam uma determinada leitura do espaço, que conforme o campo de forças em disputa pode ser dominante ou não. Para ele, a produção ou a construção do espaço geográfico acontece pela ação política, pela intencionalidade dos sujeitos para a transformação de suas realidades. Os movimentos sociais transformam espaços em territórios, também se territorializam e são desterritorializados e se reterritorializam e carregam consigo suas territorialidades, suas identidades territoriais constituindo deste modo uma pluriterritorialidade. Sendo assim, a construção de um tipo de território significa, quase sempre, a destruição de um outro tipo de território, de modo que a maior parte dos movimentos socioterritoriais forma-se a partir dos processos de territorialização e desterritorialização.

Neste processo de territorialização os movimentos ocupam terras que consiste numa das formas de luta da classe camponesa na busca da criação, recriação e reprodução de um modo de vida baseado principalmente na autogestão e na liberdade (Mançano, 2004). O Movimento dos Sem-terra ocupam terras em regiões onde o capital já se territorializou - latifúndios – propriedades capitalistas - terras de negócios e exploração – terras devolutas e ou griladas.

Leite (2000) lembra que não são apenas os trabalhadores dos movimentos sociais que estão envolvidos nos processos de desapropriação e criação de assentamentos, mas também o INCRA, o poder judiciário, as secretarias municipais e estaduais de agricultura, as prefeituras, as organizações não governamentais. Todas com o objetivo de minimizar as situações de conflito no campo. Mas, não podemos deixar de ressaltar, que existem forças do grande capital privado do campo que exerce reação contrária a estes movimentos da sociedade civil organizada junto aos aparatos formais que constituem o Estado.

O processo de ocupação de terras é uma ação que pode vir a ser individual ou coletiva em questionar e reivindicar um espaço que estava em desuso, parado. Um desuso que não significa que não haja fazendeiros ou empresas se utilizando desse desuso. Neste momento do processo são realidades em transformação com alta vulnerabilidade sócio-espacial em que, de modo geral, procuram um local estratégico para se territorializar, fato que nos leva diretamente para possíveis

problemas de saúde ambiental, dado a forma que produz este espaço em que o ambiente natural é fortemente transformado para a produção, moradia e circulação nos assentamentos, privilegiando neste processo de ocupação, os fundos de vale ou locais próximos de córregos, terras planas etc.

A territorialização da luta pela terra pode então ser compreendida como processo de conquistas de frações do território pelos movimentos socioterritoriais (Mançano, 2006) e expressa concretamente o resultado das conquistas da luta, e ao mesmo tempo, apresenta novos desafios a superar. Como vimos acima, os assentamentos podem ser entendidos como um processo de criação de novas unidades de produção agrícola por meio de políticas governamentais visando o reordenamento do uso da terra em benefício de trabalhadores rurais sem terra ou com pouca terra. Vem a ser assim, um processo que instaura uma geografia das unidades de produção camponesas (Mançano, 2006), pois o trabalho nesses assentamentos é em sua maioria de composição familiar, carregando consigo todo o universo simbólico e elementos estruturais de sua produção. (Mançano, 2007), instaurando um pluriterritorialidade em potência nos territórios dos assentamentos rurais.

4 - Contexto de uso do território e os DSS: definindo categorias para análise

A busca de definições teóricas em que as categorias de análise formam uma teia de conexões conceituais que visam o entendimento da realidade, tem uma intenção fundamentalmente operacional na pesquisa qualitativa. As possibilidades de uso de categorias que materializem concretamente os processos que se territorializam nos lugares através de um sistema de objetos e ações produzido historicamente vem de um movimento que não se limita nas ciências e seus métodos.

CONTEXTO DE USO DO TERRITÓRIO	<p style="text-align: center;">DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • comportamento e os estilos de vida das pessoas; • influência da sociedade e da comunidade; • condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais; • condições econômicas, culturais e ambientais.
<p>Conjunto indissociável de sistemas de objetos e ações – definidos a partir de regras sociais de uso dos recursos (materiais do espaço e os não materiais, de domínio/poder) do território;</p>	<p>Integração social com os objetos geográficos e os fluxos de pessoas e materialidades no território;</p> <p>Determina o status sócio-econômico pelo acesso a recursos domésticos e coletivos no território.</p> <p>Possível indicador de qualidade de vida.</p> <p>Acesso às tecnologias de informação e de conforto e bem estar. Indicador de recurso promotor de novas interações, indicador relativo de poder de informação e circulação nas redes de relações locais. Denota mais opções de lazer e capacidade de deslocamento.</p> <p>Recursos sanitários: indicador de qualidade de vida e vulnerabilidade às doenças infecto-parasitárias.</p> <p>Possibilita formar o perfil sanitário da população do território. Identifica se os hábitos da população no trato e destino de seus resíduos sólidos e de esgotamento sanitário que resultam em fatores de risco para a saúde, vetores e degradação ambiental.</p> <p>Identifica a presença do poder público municipal na coleta do lixo, vigilância ambiental e epidemiológica.</p> <p>Regras sociais de convívio com animais domésticos.</p> <p>Identifica diferentes tipos de problemas sócio-ambientais: de poluição atmosférica e sonora; contaminação de cursos d'água e poços; presença de vetores; fatores de risco e outras informações relevantes para a saúde humana.</p> <p>Identifica os tipos de problemas mais significativos que afetam a vida da população no território, definidos pelo acesso aos recursos e carências mais graves no território, na percepção do entrevistado. Apreender a relação entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde na qualidade de vida da população do território estudado.</p> <p>Recursos de serviços de saúde de que dispõe a população do território e identifica vulnerabilidades de pessoas sem acesso à assistência básica à saúde.</p> <p>identifica áreas e populações vulneráveis ou expostas a riscos e agravos de saúde pela precariedade das condições de moradia.</p>
<p>Conteúdo geográfico do cotidiano: contexto local (escala do cotidiano) construído historicamente definido a partir do caráter situado da integração tempo-espaço, envolve a cena da interação, a co-presença e as instituições sociais” - vizinhança, intimidade, emoção, cooperação e socialização com base na contiguidade física no espaço.</p>	<p>indicador de integração da comunidade no território;</p> <p>adaptação e instituição de vínculos de sociabilidade e de relações de poder estabelecidos no território;</p> <p>sentimento de cidadania, pertencimento e inserção no cotidiano do território;</p> <p>redes de poder ou condições de vida locais que impõem regras ou restringem o uso dos objetos e fluxos de ações aos moradores;</p>
<p>Dimensão espacial do cotidiano: (percursos; nós; estações) conexão materialística da interação social: co-presença e ausência presente: integração social e sistêmica no território.</p>	<p>permite diferenciar os indivíduos que só vivem e os que também trabalham no território, se tem trabalho remunerado ou voluntário no território, se recebe visitas, se anda pelo bairro, se frequenta serviço religioso, participa de atividades esportivas, se é consumidor do comércio local, cultiva amizades, possui laços de parentesco locais, frequenta encontro social ou comunitário, pratica alguma atividade coletiva de lazer, se frequenta praças, bar, restaurante ou biosca. Indica os nós de encontro dos moradores, fontes de interações, intimidades. Esses locais podem ser portadores de poder pelo fato de concentrarem interações.</p>

5.2) Histórico de ocupação e da luta pela terra nos assentamentos

“Córrego dos Tanques – Itapipoca-CE”

O assentamento “Córrego dos Tanques”, localizado no município de Itapipoca, no Ceará, possui uma história diferente da grande maioria dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

A luta neste território não se deu a partir da estratégia de conquista da terra adotada pelo movimento, baseada na ocupação do território para posterior reivindicação junto ao poder público, mas sim a partir de um conflito entre os arrendatários da fazenda que ali existia e seu proprietário.

Tudo começou com Sr Manoel Pereira Gomes e Dona Raimunda Paixão Pereira. O casal foi um dos primeiros habitantes da região, nos idos de 1930. Em 1982, quando o proprietário compra um terreno na região, se constitui a fazenda “Imburana”, passando o local a ser chamado de “Córrego dos Tanques”.

Assim, o Sr Manoel e seus filhos passam a trabalhar para o novo dono daquelas terras. O proprietário cobrava uma renda considerada cara pelos trabalhadores, já que 70% da produção ficava com o patrão e apenas os 30% restante com os trabalhadores. Além disso, os trabalhadores eram obrigados a pagar uma renda pela utilização da casa de farinha. Só o gerente morava nas terras da fazenda e os trabalhadores moravam em seu entorno.

O conflito inicia-se em 1999, quando os trabalhadores decidem utilizar a casa de farinha do Sr Manoel e de Dona Raimunda, que fica no entorno da fazenda Imburana, deixando de pagar, desse modo, pelo aluguel da utilização da casa de farinha da fazenda. Um dos trabalhadores foi denunciado pelo gerente da fazenda que chamou a polícia, iniciando-se desse modo a luta pela conquista da terra.

Desse conflito foi criada uma associação de moradores por iniciativa da maioria dos doze filhos de Sr Manoel e Dona Raimunda e por meio dessa associação, os moradores dialogaram com a Comissão Pastoral da Terra (CPT).

A CPT teve um papel fundamental na conquista do território ao dialogar com o Estado do Ceará e com o proprietário para desapropriar a terra. O proprietário já tinha interesse em vender a terra e deu prioridade à comunidade que já trabalhava nela, não dificultando a negociação.

Hoje o assentamento “Córrego dos Tanques” é constituído pelas famílias que já trabalhavam na fazenda Imburana e os descendentes diretos do Sr Manoel. Dos treze filhos que teve, apenas dois não moram no assentamento e das quarenta e duas famílias residentes, apenas sete não possuem parentesco direto com os “Pereira Gomes”. Dessa forma, a peculiaridade histórica do local faz das redes de parentesco, o vínculo associativo de maior expressão no território.

A relação com o MST se deu posteriormente à conquista da terra e os assentados, e na visão destes, essa inserção do Movimento foi fundamental para as conquistas que eles vêm alcançando, ao longo dos anos, como por exemplo, o projeto São José, que permite a plantação de cajueiro anão, fornecimento de energia elétrica, melhoria das habitações, entre outros.

Um outro fato importante, é que o assentamento está localizado numa região litorânea, que atualmente vive um processo de especulação imobiliária. O que torna ainda mais importante a inserção de uma grande rede como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra nas lutas travadas para a manutenção do território.

“Assentamento Conquista e Zumbi dos Palmares, Passos Maia-SC”

O município de Passos Maia está localizado à 512 km de distância da capital do estado de Santa Catarina – Florianópolis - na região oeste do Estado de Santa Catarina, fazendo parte da AMAI (Associação dos Municípios do Alto Irani). O Município foi fundado em 12 de Dezembro de 1991, data que hoje se constitui como festiva no município, por ocasião da emancipação da cidade de Ponte Serrada. Atualmente o prefeito da cidade está associado ao PMDB e o vice-prefeito ao PT, o qual mora no assentamento e tem uma boa relação com o MST. As secretarias municipais são: Agricultura e Reforma Agrária, Infra-estrutura, Saúde, Educação, Assistência Social e Administração.

Entre as principais atividades econômicas do município estão: indústria madeireira, monocultura de celulose, agricultura e pecuária de subsistência e comercial.

A população é de 4.578 habitantes, segundo o censo de IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), de 2000, na qual 70% desses habitantes vivem na área rural e 30% se encontram no centro do município.

Por conta desta estatística, a economia municipal tem por base a agricultura, seguida pelo setor madeireiro.

O MST chegou à região de Passos Maia no ano de 1990 e atualmente 484 famílias vivem em 16 assentamentos organizados pela Brigada Maria Rosa, chegando a 51% da população do município.

A história abaixo escrita pelos moradores do Assentamento Conquista dos Palmares relata o histórico da conquista da terra, na região.

“No dia 20 de novembro de 1995, no município de Passos Maia aconteceu uma grande e histórica ocupação de terras, com 800 famílias, vindas de vários municípios. Este acampamento foi chamado de Ameixeira.

Deste grande acampamento, saíram 33 famílias para ocupar outro latifúndio em Abelardo Luz. De lá, as famílias foram despejadas e voltaram novamente para o Zumbi dos Palmares, na mesma tarde foi planejada a ocupação da fazenda Boqueirão, realizada no dia 02 de agosto de 1996.

A ocupação foi realizada numa noite muito fria, onde o primeiro contato foi com uma família antiga moradora da região, o senhor Horácio Telles e Belami Telles. Neste acampamento ficaram vários meses organizados em núcleos, setores e coordenação.

Na fazenda Boqueirão, antes da ocupação organizada pelo MST, havia só capim e algumas vacas magras, sendo que na área morava apenas uma família, o capataz da fazenda que cuidava dos animais, mas não produzia nada. Na área sobravam apenas algumas árvores, pois o fazendeiro já havia cortado grande parte.

Durante este processo, tivemos várias negociações com a prefeitura, INCRA e os Governos Federal e Estadual. Contribuímos muito com a grande ocupação da fazenda Pecão e com o Acampamento Maria Rosa. Vencidos vários desafios conquistamos o Assentamento Conquista dos Palmares com 21 famílias. O decreto de desapropriação da área foi promulgado em 25 de novembro de 1997, e a emissão de posse em 27 de outubro de 1997. A criação do Projeto de Assentamento é 04 de dezembro de 1997.

Segundo depoimentos dos assentados foram muitas as dificuldades enfrentadas no início do assentamento, entre elas a discriminação, a segregação social e as perseguições envolvendo jagunços e policiais.

As famílias residentes no assentamento Conquista dos Palmares são provenientes, grande parte, dos municípios de Quilombo, Formosa, São Lourenço, Vargeão, Campo-Êre, Bom Jesus, Ponte Serrada, Mangueirinha e Xanxerê.

Hoje, passados vários anos no Assentamento, tivemos várias vitórias. Primeiro a nossa própria organização, construímos nossas casas e conseguimos a energia elétrica, que foi viabilizada com recurso próprio. Através da compra da infra-estrutura de acesso (postes e ramais), organizamos nossas propriedades. Temos hoje, associações como Clube de Mães, grupo de jovens e a sede comunitária. Através de nossa organização conquistamos uma indústria de farinha de mandioca.

Tudo isso aconteceu com muita luta e resistência, depois veio o sol forte e brilhoso, para clarear. Assim foi a nossa luta e a nossa história, e hoje, passado quase 14 anos, podemos ver em cada família o olhar de alegria e felicidade pela vitória conseguida através de nossa luta coletiva.

Moramos hoje na terra que é nossa, graças ao nosso esforço, coragem e dedicação, graças também ao MST. Hoje temos fartura, colhemos nossos alimentos, também lembramos e agradecemos as pessoas residentes em Passos Maia, que deram seu apoio à nossa luta, para que também fossemos cidadãos de Passos Maia. Além da persistência e da organização da comunidade, foram parceiros importantes no processo de estruturação do assentamento a Pastoral da Criança e a

Prefeitura de Passos Maia, que distribuíam gêneros de primeira necessidade para as famílias acampadas.”

Pelo alto percentual de moradores assentados no município e pela dinamização que a produção nos assentamentos impõe à região, observa-se que a relação entre o poder público e as comunidades é trabalhada como uma via de mão dupla. As ações governamentais não são impostas de cima para baixo visto que há um diálogo entre comunidade e governo, além da comunidade assentada se fazer presente dentro do poder público.

Condições ambientais

Itaipoca: Características geográficas principais;

O estado Ceará possui 578 Km de área costeira, apresentando uma grande diversidade de ecossistemas costeiros, onde predominam praias arenosas, extensos cordões de dunas seccionadas por planícies flúvio-marinhas revestidas por manguesais. No estado do Ceará a agricultura ocupa espaços geográficos diferenciados de clima e solo, onde se distingue a zona litorânea, onde ocorrem precipitações médias anuais em torno de 1000 a 1500 ml, onde predominam culturas de milho, feijão, mandioca, caju, cana de açúcar e banana. Na zona litorânea, observa-se áreas de irrigação, para o cultivo de arroz, feijão, capim e cana de açúcar. A planície litorânea do extremo oeste do estado do Ceará apresenta condições e características excepcionais à exploração turística pela presença de um potencial representado pelas características ambientais: planície litorânea, tabuleiros litorâneos e depressão sertaneja.

Os rios se caracterizam pelo regime temporário, onde durante os períodos de chuvas, observa-se um volume de águas considerável. Devido sobretudo à baixa porosidade do terreno, durante as intensas precipitações pluviométricas, ocorre com frequência transbordamento de seus leitos, ocasionando grandes alagamentos das áreas ribeirinhas. Os recursos hídricos nesta região do Estado estão comprometidos, principalmente devido à escassez e irregularidades observadas nas precipitações pluviométricas.

Passos Maia-SC: Características geográficas principais;

Todo o território catarinense está situado no domínio da Mata Atlântica. A biodiversidade da floresta é surpreendente: estimativas da fauna indicam 1.361 espécies de mamíferos, aves, répteis e anfíbios, das quais 567 (41,6%) são endêmicas (só ocorrem ali), e 20 mil espécies de plantas (40% endêmicas). É a floresta mais rica do mundo em espécies arbóreas. No entanto, os diferentes ciclos de exploração econômica no Brasil reduziram esta cobertura vegetal para 7,9% da sua área original, de acordo com o Atlas dos Remanescentes Florestais da Mata Atlântica (ano-

base 2008), da Fundação SOS Mata Atlântica e do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe). Santa Catarina conseguiu manter uma proporção três vezes maior que a média brasileira: continuam preservados 23,39% da porção original da Mata no Estado.

A Mata Atlântica apresenta distintas formações florestais no território catarinense. Na planície costeira predomina uma vegetação de pequeno porte influenciada pelo oceano. Os mangues, as restingas e as dunas são característicos desta área. Na direção Oeste, após a vegetação litorânea, encontra-se a Floresta Tropical Atlântica. Nesse ambiente, a biodiversidade atinge seu ápice. Há árvores de até 35 metros, entremeadas por árvores menores e arbustos, formando uma comunidade densa. Essa floresta penetra até 150 km no interior. Nos aparados da Serra Geral e nas cristas da Serra do Mar, em altitudes acima de 1.200 metros, fica a Floresta Nebular, assim chamada por estar constantemente coberta de neblina.

No Planalto Ocidental, que constitui a parte mais extensa do território catarinense, a árvore típica é a *Araucaria angustifolia*. O domínio da Araucária é intercalado pela ocorrência dos campos e da floresta de transição. Também no Planalto, ao longo do Vale do Rio Uruguai e subindo por seus afluentes até altitudes de 600 a 800 metros, encontra-se uma floresta subtropical, caracterizada por árvores que perdem parcial ou totalmente as folhas durante o inverno.

Todo o território catarinense está situado no domínio da Mata Atlântica. A biodiversidade da floresta é surpreendente: estimativas da fauna indicam 1.361 espécies de mamíferos, aves, répteis e anfíbios, das quais 567 (41,6%) são endêmicas (só ocorrem ali), e 20 mil espécies de plantas (40% endêmicas). É a floresta mais rica do mundo em espécies arbóreas. No entanto, os diferentes ciclos de exploração econômica no Brasil reduziram esta cobertura vegetal para 7,9% da sua área original, de acordo com o Atlas dos Remanescentes Florestais da Mata Atlântica (ano-base 2008), da Fundação SOS Mata Atlântica e do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (Inpe). Santa Catarina conseguiu manter uma proporção três vezes maior que a média brasileira: continuam preservados 23,39% da porção original da Mata no Estado.

A Mata Atlântica apresenta distintas formações florestais no território catarinense. Na planície costeira predomina uma vegetação de pequeno porte influenciada pelo oceano. Os mangues, as restingas e as dunas são característicos desta área. Na direção Oeste, após a vegetação litorânea, encontra-se a Floresta Tropical Atlântica. Nesse ambiente, a biodiversidade atinge seu ápice. Há árvores de até 35 metros, entremeadas por árvores menores e arbustos, formando uma comunidade densa. Essa floresta penetra até 150 km no interior. Nos aparados da Serra Geral e nas cristas da Serra do Mar, em altitudes acima de 1.200 metros, fica a Floresta Nebular, assim chamada por estar constantemente coberta de neblina.

No Planalto Ocidental, que constitui a parte mais extensa do território catarinense, a árvore típica é a *Araucaria angustifolia*. O domínio da Araucária é intercalado pela ocorrência dos campos e

da floresta de transição. Também no Planalto, ao longo do Vale do Rio Uruguai e subindo por seus afluentes até altitudes de 600 a 800 metros, encontra-se uma floresta subtropical, caracterizada por árvores que perdem parcial ou totalmente as folhas durante o inverno.

5.3) Análise dos dados dos questionários das entrevistas sobre as condições de vida e os determinantes sociais da saúde realizadas nos dois trabalhos de campo – Passos Maia-SC e Córrego dos Tanques-CE (primeira aproximação)

As entrevistas foram realizadas através de questionários que foram aplicados nos assentamentos estudados sendo que, 48% do total dos questionários foram utilizados no Ceará e 52% em Santa Catarina.

As entrevistas tiveram como predominante um percentual de mulheres entrevistadas em Santa Catarina (65%) e o de homens no Ceará (61%).

A maioria dos entrevistados em ambos os Estados, moravam há mais de dez anos nos assentamentos (77% no Ceará e 53% em Santa Catarina) o que faz com que os assentados tenham maior sentimento de pertencimento e de identidade com o processo de luta pela terra dos assentamentos.

O local de última moradia foi majoritariamente rural, com 97% no Ceará e 85% em SC, sendo diferente a condição de moradia anterior ao assentamento. No Ceará, a maioria morava em propriedade cedida por empregador (35%), enquanto que em SC a maioria, também 35%, morava em casa própria. Isso explica a grande quantidade de moradores que antes do assentamento trabalhavam como empregados em fazendas e como arrendatários no Ceará, 32% eram arrendatários e 23% empregados em fazendas, e o grande número de pequenos proprietários em SC, 44%.

As moradias eram predominantemente de tijolo em ambos os Estados, 90% no CE e 56% em SC, porém em SC há uma significativa quantidade de residências feitas de madeira também (35%), que deve ser atribuído às características do próprio ecossistema da região com forte presença de vegetação de araucária de grande porte e que já se encontra fortemente desmatada.

A energia utilizada nas residências é predominantemente elétrica, 97% no CE e em SC, embora haja considerável utilização de lenha nos três assentamentos, 55% no CE e 50% em SC, o que explica também o problema do desmatamento nos três assentamentos e que provavelmente foi mais intenso na região oeste de Santa Catarina local dos assentamentos de Passos Maia Estes dados não podem ser confirmados através deste estudo.

Existe uma diferença considerável entre os assentamentos em relação ao modo de abastecimento de água, no que diz respeito à condução da água que chega aos domicílios. Do total da pesquisa, cerca de 91% das residências em SC possuem água encanada enquanto apenas 16% no Ceará. Diferem também em relação às fontes de abastecimento de água. No Ceará o acesso à água se dá por meio de poços (58% no próprio lote e 16% fora do lote) ou não se dá (26% não possuem fontes próprias de abastecimento de água). Já em SC, 68% dos entrevistados têm acesso à água de nascentes e apenas 3% não possuem abastecimento de água. Logo, a água em Passos Maia não requer tratamento quanto no Ceará, 91% não tratam a água em SC e 94% usam cloro para tratar a água no Ceará.

Em relação ao destino da produção, observa-se que em SC ela é mais direcionada à comercialização, enquanto que no CE é mais para o sustento familiar. Do total em Passos Maia, 74% da produção vão para o sustento familiar e a comercialização, no Ceará isso significa 48%. Porém, 48% dos entrevistados no Ceará produzem apenas para o sustento familiar, enquanto que no Sul para o sustento familiar apenas, só 21% dos entrevistados.

No Ceará, a maioria das famílias tem acesso a algum tipo de bolsa governamental para incrementar a renda familiar, 77% dos entrevistados tem acesso, sendo 23 % os que têm acesso ao Programa Bolsa Família. Em SC apenas 38% tem acesso a bolsas governamentais e 3% ao Programa Bolsa Família. A maioria dos entrevistados no Sul tira a renda familiar por meio da produção agrícola (79%), animal (59%) ou agrícola e animal (47%). No entanto, em SC os assentados possuem um acesso maior ao crédito agrícola, foram 41% dos entrevistados que relataram ter acesso ao crédito, enquanto que no Ceará apenas 19% dos entrevistados possuem acesso.

Perguntados sobre algum odor que os incomodem, 21% dos entrevistados em SC alegaram sentirem-se incomodados com o odor liberados pelas indústrias do entorno, enquanto que esse problema inexistente no Ceará.

Os problemas ambientais que mais ocorrem nos assentamentos de SC foram desmatamento (59%) e queimadas (32%). Já no Ceará os mais citados foram esgoto não tratado (26%) e lixo não tratado (29%). Os produtos químicos foram citados como sendo utilizados nas plantações em ambos os Estados. No Ceará, 71% dos entrevistados alegaram usarem agrotóxicos nas plantações. No Sul esse número chega a 94%. No entanto, em SC 74% responderam que as pessoas que lidam com estes produtos usam EPIs, enquanto apenas 29% no Ceará. Outro agravante é que 26% dos entrevistados cearenses alegam deixar as embalagens destes produtos no próprio terreno, esse número no Sul corresponde a 6%. Em Santa Catarina, a maioria (79%) alega entregar as embalagens em postos de coleta, contra apenas 3% no Ceará.

5.3) Disponibilidade e acesso aos serviços essenciais – saúde;

Depoimentos de entrevistados sobre a percepção de saúde dos assentados;

“Eu vejo que saúde pros assentados é em primeiro lugar nós ter nossa terra, conquistar a nossa terra, ter casa, ter produção, alimentação. Não digo coisas, assim... Ganância né, mas nós ter o necessário pra nós viver. Viver mais ou menos bem. Ter dignidade, em primeiro lugar né” (Coordenação Zumbi dos Palmares).

“Eu acho que a melhor coisa pra nossa saúde é a gente plantar na nossa terra, colher, ter fruto pra nós comermos fruto bom né, de boa qualidade e sempre gerenciando nossa horta. Plantar coisas que a gente consegue colher sem veneno. Isso sempre que a gente se reúne a gente discute, até mesmo nas reuniões, de clube de mães... nas reuniões que a gente faz a gente discute isso aí porque a gente não sabe o que colocam nos produtos de mercado. Então acho que a gente, como mãe, e a gente sabe que vai dar um bom produto prum filho comer né. Eu acho que a melhor forma de se viver, de ter uma boa saúde, é a planta que a gente planta e colhe, que sabe que o vai comer” (Coordenação assentamento Conquista dos Palmares).

“Em primeiro lugar água de qualidade, alimento, e moradia, saneamento básico as necessidades básicas” (ACS Assentamento Conquista dos Palmares).

“Eu acho que dentro do movimento a gente trabalha muito com os remédios também né, que precisa né, mas alternativo. Se puder evitar o de farmácia, por que a gente toma remédio de farmácia ou de posto que faz bem pra um problema, mas me dá mais dois ou três. Então o que eu puder resolver em casa, a gente acostumou assim desde o acampamento, acho que todos nós em um primeiro momento fazemos chás, às vezes não dá certo, mas muita coisa a gente resolve em casa, sem precisar ir pro médico. Isso é uma coisa que faz parte do movimento e faz parte de nós, assentados. E nós não temos dinheiro também pra pagar remédio né” (Coordenação Zumbi dos Palmares).

“Eu acho talvez que os problemas de saúde daqui vêm do próprio alimento com veneno né. O ar hoje está poluído por questão de veneno. Eu acho que a razão do povo estar doente é isso” (Coordenação assentamento Conquista dos Palmares).

Assentamentos em Passos Maia-SC

Entrevistas com a Secretaria de saúde;

Na visão da secretaria de saúde do município de Passos Maia, a situação de saúde dos acampados do MST melhorou muito depois que começaram a ganhar as casas. Em meados da década de 90, a população do município era de um pouco mais de dois mil habitantes, e com as ocupações de 1996 a 2000 a população dobrou em número. No início tinha muita verminose, pneumonias, problemas de desnutrição, mortalidade infantil, mas desde a implantação do PSF os indicadores vêm melhorando.

O município conta com duas equipes completas de PSF constituídas por médicos, enfermeiros, agentes de saúde, técnicos de enfermagem e dentistas. Está previsto nos meses próximos a implantação do NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com a participação de psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêutico. Esses NASFs não são financiados pelo governo federal e sim pelo estado. No município muitos agentes de saúde agem com o MST, alguns deles fazem parte do movimento, o que é uma vantagem já que eles trazem as demandas de dentro do movimento.

O município não tem hospital, nem pronto atendimento. Quando tinham dois médicos, eles trabalhavam no esquema de sobre aviso. Mas no momento da entrevista existia só um médico e o município fez acordo com o hospital do município vizinho Ponte Serrada para o atendimento. A prefeitura disponibiliza motorista, técnico de enfermagem, desloca o paciente ao outro município e depois do atendimento trás ele de volta a Passos Maia. Quando acontece alguma emergência é encaminhado ao município de Xanxerê.

Em Passos Maia é realizado exames laboratoriais, ultra-som e eletrocardiograma. Ponte Serrada tem internação clínica básica e raio x; outros atendimentos de alta complexidade são realizados nos hospitais regionais de Xanxerê e Chapecó. Tem também um consórcio de municípios da região, o Cisamoc. O município paga um valor para esse consórcio e eles disponibilizam exames de média complexidade e cota de CTI, sobretudo em Xapecó.

O encaminhamento para outras localidades é feito numa van. O agendamento é feito de acordo com a cota, existindo um limite financeiro para gastar. O dia agendado, o paciente vem

numa van, que geralmente está lotada. A van leva para outro município, seja para realizar exame ou consulta. A van volta quando acabar o último atendimento, geralmente agenda-se até as duas da tarde, para possibilitar que o carro consiga voltar.

As maiores demandas são de psiquiatria, neurologia, gastroenterologia e oftalmologia. A fila de espera é muito grande, e pode demorar dois meses.

Em relação ao uso de agrotóxicos, sobretudo pela plantação de fumo, o pessoal que usa é bem reduzido. Antigamente era muito comum aparecer intoxicação, agora é raro.

Um dos problemas no município é alta incidência de pessoas que tomam remédios controlados, seja porque possuem alguma patologia específica como depressão, ou porque estão tristes. Existem pelo menos quatrocentas pessoas cadastradas com medicamento controlado, numa população de quatro mil habitantes.

As conquistas da secretaria de saúde foram aumentar o nível de assistência à população, acabar com a rotatividade dos agentes de saúde através da lei do emprego público que conseguiu efetivar os agentes de saúde que a lei permitia, ampliação da farmácia, melhorar a estrutura física para o transporte dos pacientes por meio da renovação da frota (van, carro, ambulância), abertura da administração e destinar recursos para a saúde, melhoria dos indicadores. Quanto aos desafios, fazer funcionar plenamente o PSF é o principal deles.

Conquista dos Palmares

No assentamento Conquista dos Palmares existe uma agente comunitária de saúde e na região como um todo tem 18 ACS. Essa ACS participa das reuniões do Conselho Municipal de Saúde como profissional da saúde, mas não como moradora. Os problemas do assentamento são levados e discutidos na secretaria de saúde pela representação de um dos secretários da prefeitura que mora no próprio assentamento. A ACS entrevistada tem vínculo com a prefeitura e é militante do MST e diz não existir obstáculos para o desempenho das duas atividades simultaneamente.

Em relação ao encaminhamento de pacientes em situação de emergência, a ambulância chega até a casa do assentado, geralmente 20 minutos após a chamada, com uma enfermeira que acompanha o paciente. Caso a ACS esteja trabalhando e acontece de alguém precisar ser encaminhado, ela acompanha na ambulância. Como o assentamento não tem telefone fixo, e o celular não pega na área, se deslocam ao assentamento Maria Rosa, vizinho a Conquista dos Palmares, para chamar a ambulância.

Assentados que pertencem aos programas de diabetes, hipertensão, as gestantes, pessoas que precisam fazer análises em Passos Maia, entre outros, são levados no transporte escolar tanto de ida como na volta e ganham lanche. Os diabéticos e hipertensos têm carteirinha para poder entrar no

ônibus de graça. Nas vacinações de rotina, as mães mostram a carteirinha da criança e entram de graça no ônibus, para a volta recebem a passagem no posto de saúde.

As gestantes têm adicionalmente um curso e ganham enxoval constituído por pijama, camisetas para o neném, edredom, fraldas, isto é, ganha um kit completo para chegar direto no hospital. Para o parto, primeiro as gestantes são levadas a Passos Maia, e daí são encaminhadas a Varjão. Passos Maia não tem hospital nem maternidade.

A entrevistada é ACS há mais de quatro anos e fez concurso para entrar na atividade. Entre os requisitos para ingressar menciona ter segundo grau completo, morar na comunidade, fazer a prova escrita que tem perguntas de conhecimentos técnicos. Foi capacitada ao ingressar no cargo e recebeu também capacitação na área de meio ambiente e saneamento, mas não na área de produção. A entrevistada já atuou no setor saúde do movimento desde a época que estava acampada, fazia medicamento de plantas caseiras e dava suporte aos doentes e pessoas que precisavam.

A equipe de PSF da entrevistada é constituída por médico, dentista, técnicos de enfermagem e ACS. Na outra equipe, tem nutricionista, psicóloga. O médico vem uma vez por mês ao assentamento. As atividades da ACS incluem promoção à saúde através de palestras diversas sobre hipertensão, diabetes, dengue, visita e orientação as famílias, sobretudo às crianças, gestantes e doentes. Acompanham atividades promovidas pela assistente social como viagens a cachoeiras, parques, bailes, etc. A orientação frente a problemas de saúde simples, como dores diversas, é tomar um remédio caseiro, um chá, fazer uma massagem. Se a moléstia continua, encaminham para o posto de saúde, que no caso do assentamento Conquista dos Palmares, é em Passos Maia. A atuação do ACS inclui questões ambientais como o lixo, mas não as queimadas e o desmatamento.

A ACS entrevistada cobre 80 famílias, em 3 assentamentos (Quilombo dos Palmares, Conquista dos Palmares e Madre Cristina) e tem 13 famílias que estão fora dos assentamentos, são pequenos agricultores. A extensão territorial equivale aproximadamente a 40 km. Por dia, caminha de 15 a 20 km fazendo as visitas. Não sempre consegue voltar para casa para almoçar, muitas vezes ganha almoço nas casas que visita. As visitas às famílias são feitas a pé, podem aproveitar o transporte escolar quando passa, mas ele só transita nas vias grandes.

Assentamento Zumbi dos Palmares

O assentamento Zumbi dos Palmares possui um posto de saúde dentro do assentamento (além de uma escola). Ali são realizadas as consultas médicas do PSF. Já tiveram épocas que dois médicos realizavam as consultas, no momento da entrevista não tinha médico no posto. O dentista do PSF atende na escola, tanto crianças como adultos.

As lideranças do assentamento são cientes quando expressam “não é o posto em si que vai melhorar nossa qualidade de vida, nossa saúde”, mas que é importante quando se precisa da

consulta médica. E mais, se questionam “Mas a gente se pergunta, será que é isso mesmo que a gente quer? É posto de saúde? Não, nós temos que fazer é nossas ações pra gente ter saúde né. Posto e médico, isso aí é chamar a doença né, nós não queremos trabalhar com a doença, nós queremos trabalhar com a saúde mesmo né.”

Em relação ao encaminhamento de pessoas que precisam ir a Passos Maia, é utilizado o carro de um dos vizinhos cadastrados e depois a prefeitura paga a corrida do carro, repõe a gasolina como se fosse um táxi. O médico deve atestar que o paciente esteve no consultório e que foi levado no transporte. Na ausência de um dos motoristas/carros cadastrados, qualquer um pode levar até a cidade e ser pago depois.

Na comunidade não existem atualmente parteiras, mas tem pessoas que diante de uma emergência podem atender o parto. Existem várias benzedeiras.

Além dos diabéticos, hipertensos e gestantes que não pagam passagens de ônibus, fomos informados que aqueles que têm consulta de fisioterapia, psicologia, também não pagam as mesmas.

5.4) Redes sócio-comunitárias:

Assentamento Córrego dos Tanques-CE

Devido à peculiaridade histórica do assentamento “Córrego dos Tanques”, as redes de parentesco constituem o vínculo associativo de maior expressão no território. “Córrego dos Tanques” está socialmente estruturado, sobretudo em vínculos decorrentes do desmembramento da família “Pereira Gomes” pela área da fazenda “Imburama”, onde hoje se localiza o assentamento.

Os primeiros habitantes da região foram o Sr Manoel e Dona Raimunda, que tiveram treze filhos e destes apenas dois não moram no assentamento. Das quarenta e duas famílias residentes, apenas sete não possuem parentesco direto com os “Pereira Gomes”.

Ali existe uma vasta rede de parentesco que atenua parcialmente as necessidades materiais e afetivas e nestas interações familiares se encontram sistemas de reciprocidade estruturados sob normas sociais cuja regra principal é a relação de solidariedade parental.

Assentamento Passos Maia-SC – Conquista dos Palmares e Zumbi dos Palmares:

Os dois assentamentos visitados em Passos Maia apresentaram um grau de organização comunitária muito elevado. O fato da grande maioria dos moradores desses assentamentos terem

vivido juntos na época do acampamento, pode ser um fator que contribuiu para o fortalecimento do laço entre as famílias.

“As pessoas se conhecem bem porque da ocupação da fazenda Micheira? em 20 de novembro de 1995, que foi a primeira grande ocupação em Passos Maia (800 famílias), se originaram os assentamentos Zumbi dos Palmares, 20 de novembro e Conquista dos Palmares em Passos Maia e outros assentamentos que se localizaram fora do município. Por isso todos se conhecem bem, todos têm uma mesma história e foram partícipes da mesma luta pela conquista da terra.” (Depoimento Wolmar – liderança no Assentamento)

Foram mapeadas diversas redes de solidariedade nesses assentamentos tais como: produção coletiva, clube de mães, grupo de jovens, mutirão, empréstimo de material, troca de dias na colheita e redes de vizinhança. Nessas redes circulam vários bens, materiais e simbólicos que são fundamentais para a representação que os indivíduos fazem de si mesmo, contribuindo positivamente para as situações de saúde.

O clube de mães foi uma rede muito citada nas entrevistas. Trata-se de um grupo que não agrega apenas mães, mas todos do assentamento. Esse termo é o nome de registro do grupo, que possui CNPJ e é responsável pela realização de festas e eventos nos assentamentos. Observamos também o caráter “empoderador” que essa rede exerce sobre seus participantes, como observa-se na fala da assentada entrevistada: *“nós estamos buscando experiência porque nós já viemos de um mundo onde nós não enxergava nada né, e agora nós queremos experiência, então quando tem alguma coisa que nós sabemos que é bom pra nós, pra nossa saúde, pro nosso dia a dia, nós vamos em busca (...) Isso sempre que a gente se reúne a gente discute, até mesmo nas reuniões, de clube de mães...”* (entrevistada no assentamento “Zumbi dos Palmares”, 2011)

5.5) A Técnica de Mapeamento no Processo de Territorialização das Condições de Vida e Situação de Saúde em Assentamentos do MST;

O processo de territorialização como instrumento para o reconhecimento do território, se baseia amplamente na utilização de mapas, normalmente efetuado através da elaboração de um ou mais mapas, que permitem visualizar e analisar informações georreferenciadas onde todas as informações são associadas a um território, isto é, são localizadas geograficamente, propiciando a incorporação de variáveis para a análise da situação de saúde.

Não podemos encarar o método cartográfico como meramente descritivo como pode parecer, mas sim para possibilitar interpretações, relacionamentos e montar cenários. O mapeamento permite sobremaneira, trabalhar a síntese geográfica aproximando e (re)construindo sua totalidade, buscando suas expressões territoriais e representando-as através de mapas condicionados pela própria entrada de dados. Além disso, os mapas possuem grande capacidade pedagógica (e comunicativa) na aprendizagem das interações humanas e dos objetos geográficos que a sustentam. Estes recursos do território são elementos concretos do espaço cuja base física codificada por intermédio de sinais e convenções facilitam a síntese interpretativa.

Ao trabalhar o contexto dos territórios da vida cotidiana de populações, tendo como instrumental o mapeamento, deve-se ter em mente, que a territorialidade humana tem que ser entendida como produto da prática social. Esse processo envolve assim a apropriação, os limites e a intenção de poder sobre uma porção precisa do espaço (RAFFESTIN, 1993). Essa territorialidade é decisiva para a compreensão das questões essenciais, para a correta, e adequada, delimitação do espaço geográfico que se constituirá na arena de implementação de práticas de saúde e na expressão de territorialidade que a ele se associa.

O mapeamento nesta pesquisa foi realizado somente no assentamento de Córrego dos Tanques-CE por doze assentados através de um croqui. Num primeiro momento fizeram uma exposição da história do assentamento e da configuração territorial dos recursos (objetos) naturais e sociais, bem como da constituição das famílias.

Num segundo momento, os assentados foram orientados a desenhar num papel o que haviam apontado. Nesta fase a equipe orientou que os assentados identificassem no mapa os limites do assentamento e caracterizasse a situação geográfica do entorno, como: estradas; centros urbanos; localidades; empreendimentos; hidrografia; comércio etc. Em relação à configuração territorial do assentamento, orientamos que eles identificassem em relação aos recursos naturais: a geomorfologia (descrição de relevo, rios, encostas, vales, erosão); vegetação (tipologia); clima (umidade, pluviometria, temperatura). No que se refere aos recursos sociais: as estradas (condições de pavimentação, calçamento, drenagem); represa/açude (volume, cerca, tratamento/filtro, distribuição); escolas (séries, abrangência); posto de saúde; galpão (equipamentos de uso coletivo,

armazenamento de produção - tipo); área de pasto (cerca, tipo d criação); área de lazer (campo de futebol etc); plantações (gêneros); galpão / sede (conteúdo – cozinha, salas, auditório etc); locais de encontro; (de mulheres, de homens, de crianças e adolescentes espaços para encontros religiosos, transporte (transporte escolar). Em relação aos domicílios: condições da moradia, habitação - estrutura das casas, (alvenaria, parte elétrica, material do telhado, armazenamento de água, n.º cômodos, metragem dos terrenos, topografia, criação de animais, plantações).

No terceiro momento, o grupo apresentou o mapa para a equipe de pesquisa localizando e relacionando os recursos, a configuração do território, resgatando o processo histórico do assentamento e fazendo referência às situações de risco ambiental visualizados através da localização no mapa. Nesta fase iniciou-se uma discussão sobre os problemas destacados procurando relacionar os determinantes sociais que influenciam as situações de risco identificadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As demandas de saúde postas pelo MST surgem das necessidades existentes no processo de construção dos espaços de reforma agrária (assentamentos). Este processo começa com a ocupação e construção dos acampamentos, que com a posse da terra transformam-se em assentamentos onde as famílias começam a estruturar suas vidas em função da certeza da permanência.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) incluem as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade, e se relacionam com as condições sociais de vida e trabalho de seus membros como saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias, exercendo influência direta sobre a qualidade de vida dos diferentes segmentos da população e estão estreitamente relacionados com as maneiras de adoecer e morrer. São as características sociais dentro das quais a vida transcorre que apontam tanto para a especificidade do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde.

Os DSS são produzidos no processo histórico em que os movimentos sociais transformam espaços em territórios, em que estes se territorializam num processo em que foram desterritorializados e se reterritorializaram carregando consigo suas territorialidades, suas identidades territoriais constituindo deste modo uma pluriterritorialidade. Sendo assim, a construção de um tipo de território significa, quase sempre, a destruição de um outro tipo de território com determinantes sociais específicos produzidos neste processo.

Os DSS nos assentamentos estudados afetam de forma aguda a situação de saúde dos assentados e a saúde ambiental nos seus territórios. Os assentamentos estudados apresentam forte influência de uma série de determinantes sociais conforme sintetizamos no quadro abaixo:

QUADRO COMPARATIVO DOS PRINCIPAIS DETERMINANTES SOCIAIS NOS ASSENTAMENTOS CONQUISTA DOS PALMARES E ZUMBI DOS PALMARES EM SANTA CATARINA (2009) E CÓRREGO DOS TANQUES NO CEARÁ (2011)

DETERMINANTES SOCIAIS	SANTA CATARINA		CEARÁ
	Conquista dos Palmares	Zumbi dos Palmares	Córrego dos Tanques
População do município (censo 2010)	4.429 hab.	116.065 hab.	116.065 hab.
Número de famílias no assentamento	21 fam.	42 fam.	42 fam.
Histórico da Ocupação	Ocupação do território para posterior reivindicação junto ao poder público	Ocupação do território para posterior reivindicação junto ao poder público	Conflito entre trabalhadores e patrão com posterior negociação pacífica com presença da CPT
Relação com Poder Público	Boa (vice-prefeito e 2 secretários são do MST)	Boa (vice-prefeito e 2 secretários são do MST)	Pouca presença
Redes Sociais	Moradores estiveram juntos na época do acampamento, fator que contribuiu para o fortalecimento do laço entre as famílias.	Moradores estiveram juntos na época do acampamento, fator que contribuiu para o fortalecimento do laço entre as famílias.	Redes de parentesco constituem o vínculo associativo de maior expressão no território
CONDIÇÕES AMBIENTAIS			
Disponibilidade de recursos hídricos	Abundante	Abundante	Escasso
Qualidade do solo	Boa	Boa	Ruim
Desmatamento	Sim	Sim	Moderado
Queimadas	Sim	Sim	Não
Poluição do ar	Não	Sim	Não
CONDIÇÕES SANITÁRIAS			
Coleta de lixo	Não	Não	Não
Fonte de abastecimento de água	Nascente e poço	Nascente e poço	Poço
Rede de Esgotamento sanitário	Não	Não	Não
Moradia	Alvenaria e madeira	Alvenaria e madeira	Alvenaria
PRODUÇÃO AGROPECUÁRIA			
Agrícola	milho, feijão, arroz, mandioca, batata, legumes, verduras e frutas	milho, feijão, arroz, mandioca, batata, legumes, verduras e frutas	milho, feijão, mandioca, cajueiro
Pecuária	Predomina gado (94%), porco, galinha	Predomina gado (94%), porco, galinha	Predomina galinha, porco, gado (39%)
DISPONIBILIDADE E ACESSO A SERVIÇOS ESSENCIAIS - SUS			
Hospital / maternidade no município	Não	Não	Sim
Posto Saúde no assentamento	Não	Sim (no momento sem médico)	Ponto de Apoio (sem médico)
Existência de ESF rural	Sim	Sim	Somente PACS
Deslocamento do ACS no campo	a pé	a pé e moto própria do ACS	bicicleta fornecida pela prefeitura ou moto própria
Transporte gratuito garantido para	Sim	Sim	Não

consultas/análises agendadas			
Ambulância chega até a residência em caso de emergência	Sim	Sim	Sim
EDUCAÇÃO			
Escola no assentamento	Não	Sim	Sim
Níveis de ensino oferecidos	---	Pré-escolar, Ensino fundamental, médio e EJA	EJA
Transporte escolar	Sim	Sim	Sim (precário)
OUTROS SERVIÇOS			
Acesso a Luz elétrica no assentamento	Sim	Sim	Sim
Acesso a telefone fixo no assentamento	Não	Sim (na escola e um orelhão em frente a escola)	Não
Sinal de telefonia celular no assentamento	Não	Sim	Sim cobertura parcial
Acesso à internet no assentamento	Não	Sim (na escola)	Não
Conservação das estradas	Regular	Precária	Boa

Através dos resultados dessa pesquisa, advogamos a necessidade premente do desenvolvimento de programas de formação em saúde ambiental voltado para a saúde da população do campo. Estes programas deverão estar permeados pela emancipação dos sujeitos trabalhadores do campo e pela ênfase na promoção da saúde e na construção de espaços saudáveis nos territórios da reforma agrária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência & Saúde Coletiva* 9 (3): 605-615

ANCA. Lutar por saúde é lutar por vida. 2ª Edição. São Paulo. Coletivo Nacional de Saúde, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 200. caderno de saúde n.1. 16p.

ARROYO, Miguel G. As relações sociais na escola e a formação do trabalhador. In: FERRETI, C. j. (Org.) Trabalho, Formação e Currículo: para onde vai a Escola? São Paulo: Xamã, 1999. p.13-41.

BARATA RB. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.

BARCELLOS C, SANTOS, SM. Colocando dados no mapa: a escolha da unidade espacial de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento. *Inf Epidemiol SUS* 1997;4:21-9.

BARCELLOS, C; MONKEN, M. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa Saúde da Família. In: Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D'Andrea Corbo. (Org.). O território e o processo saúde-doença. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. , p. 225-265.

BARCELLOS, C. 2003 A saúde nos Sistemas de Informação Geográfica: apenas uma camada **a mais?** *Cad. Prudentino de Geografia*. Presidente Prudente, v.25: p. 29-43, 2003.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Ed. Crítica, 2002.

BARRETO M, Genser B, Strina A, Teixeira MG, Assis AM, Rego RF, Teles CA, Prado MS, Matos SM, Santos DN, dos Santos LA, Cairncross S. Effect of city-wide sanitation programme on reduction in rate of childhood diarrhoea in northeast Brazil: assessment by two cohort studies. *Lancet*. 2007 Nov; 370(9599):1592-3.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da XII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Plano Operativo da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, 2007b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes Gerais da Estratégia de Atenção à Saúde para a População do Campo. Brasília, 2004a (versão preliminar digitada).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Políticas de Atenção à Saúde para a População do Campo. Brasília, 2004b.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 5 (1): 163-178

CARNEIRO, FF. A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unai, Minas Gerais, 2005. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Tese de Doutorado, 2007.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva* 9 (3): 669-678.2004

DAROS, Diana; DELLAZERI, Dirlete Teresinha; ANDREATTA, Marcelo. O Curso Técnico em Saúde Comunitária do IEJC. *Cadernos do ITERRA*. Ano VII. nº 13, P.129-177. Set. 2007.

DELLAZERI, Dirlete. Saúde significa realizar a reforma agrária In: página da web, disponível em <<http://www.mst.org.br/mst/pagina.php?cd=1497>>, acessado em 15/01/2008.

FERNANDES, Bernardo Mançano. MST: formação e territorialização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

GONDIM, G. & MONKEN, M.. **Saúde, Educação, Cidadania e Participação: a experiência do Proformar**. Trabalho, Educação e Saúde, EPSJV/FIOCRUZ, v. 01(02), p. 35-39, 2003.

ITERRA. Cadernos do ITERRA. Instituto de Educação Josué de Castro. Método Pedagógico. Ano IV, n. 9, Dez. 2004.

KAVACHI I. Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and mortality. In: Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG, editors. The Society and Population Health Reader. New York: The New Press; 1999. p. 222.

MANÇANO, Bernardo Fernandes e MOLINA, Mônica Castagna. O campo da Educação do Campo. In: MÔNICA, C. M. e SONIA, M. S. A. J. (Organizadoras). Contribuições para a Construção de um Projeto de Educação do Campo: por uma educação do campo. Brasília, DF: Articulação Nacional "Por Uma Educação do Campo. nº 5. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. . O território na promoção e vigilância em saúde. In: Angélica Ferreira Fonseca; Anamaria D'Andrea Corbo. (Org.). O território e o processo saúde-doença. 1 ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, v. , p. 177-224.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na Vigilância Sanitária. In: Gustavo Azeredo Furquim Werneck; Maria Christina Fekete.. (Org.). Textos da VISA na Atenção Básica. Belo Horizonte: Cooperativa editora e Cultura médica, 2007, v. 1, p. 43-87.

MONKEN, M; GONDIM, G. . Caderno de Atividades do Trabalho de Campo. Série Didática do PROFORMAR.1ª. ed. Rio de Janeiro: , 2004. 64 p.

MONKEN, M. e BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, M; GONDIM, GMG.; PEITER, P; ROJAS, LI.; BARCELLOS, C; GRACIE, R. O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In Saúde, Ambiente e Território, Ed. FIOCRUZ, 2008 .

MST – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. Reforma agrária: por um Brasil sem latifúndio: São Paulo: MST, 2000.

MST – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA . Proposta de Reforma Agrária do MST-1995. III Encontro Nacional do MST. In: STÉDILE, João Pedro. A questão agrária no Brasil vol. 3: Programas de reforma agrária: 1946-2003. 2ª ed. São Paulo, Expressão Popular, 2005.

NERI MC. Trata Brasil: saneamento e saúde. Rio de Janeiro: FGV, IBRE, CPS; 2007.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos reflexões, tendência*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003 p. 161-174.

PAIM JS. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 7-30.

PORTUGAL, JL. Sistema de informações geográficas para o Programa de Saúde da Família. 2003. 120f. Tese (Doutorado Institucional em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

PRADO Jr., Caio. A questão agrária. 5ª edição, São Paulo, Editora Brasiliense, 2000.

ROJAS, LI; BARCELLOS, C; PEITER, P. Utilização de mapas no campo da epidemiologia no Brasil: reflexões sobre trabalhos apresentados no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia. *Inf Epidemiol SUS* 1999; 8:25-35.

RIGOOTO RM. Saúde Ambiental & Saúde do Trabalhador: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 6(4): 388-404.

SAÚDE E REFORMA AGRÁRIA – uma escola em Movimento, relatos de uma construção. Veranópolis: Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa em Reforma Agrária/ Escola Josué de Castro. Curso Técnico em saúde Comunitária. 2005 In: CARNEIRO, Fernando Ferreira. A saúde no Campo: das políticas oficiais aa experiência do MST e das famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. 2007.143f. Tese (Doutorado em Ciência Animal), escola de veterinária – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007, p.44.

SILVA JM, Novato-Silva E, Faria HP, Pinheiro TMM. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):891-903.

STEDILE, João Pedro & FERNANDES Bernardo Mançano. *Brava Gente: A trajetória da luta pela terra no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.

STÉDILE, João Pedro (org). *A questão agrária no Brasil, o debate da esquerda: 1960-1980*. São Paulo, Expressão Popular, 2005.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

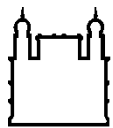
SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Editora Hucitec, 1988.

TEIXEIRA, CF; PAIM, JS; VILLASBÔAS, AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7:7-28.

UNGLERT, CVS. *Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública*. São Paulo, 1986. [Tese de Doutorado-Faculdade de Saúde Pública USP].

UNGLERT, CVS et al. Acesso aos Serviços de Saúde – uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, S.Paulo 21(5) 439-46, 1987.

UNB, Universidade de Brasília. *Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária / Universidade de Brasília, Centro de Estudos de Saúde Pública, Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra. Série Avaliação n. 7*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.



ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Concessão de entrevistas

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Determinantes Sociais da Saúde nos Territórios de Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): elementos para a elaboração de proposta de formação em saúde ambiental para a população do campo”**.

Você foi selecionado para responder um questionário e/ou participar da elaboração do mapa local. Salientamos que sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.

O objetivo deste estudo é analisar os determinantes sociais da saúde nos territórios dos assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) selecionados para o estudo, buscando distinguir os componentes ambientais destes determinantes, com o propósito de identificar os elementos necessários para a elaboração de proposta pedagógica de formação em saúde ambiental para a população do campo pesquisa se realizará nos anos de 2009 a 2011.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, preservando assim a integridade de suas relações cotidianas e de trabalho.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da instituição, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura ou digital do(a) participante

Maurício Monken (coordenador da pesquisa)

Local e data: _____

Contato com os pesquisadores:

Maurício Monken - mmonken@fiocruz.br

José Paulo Vicente Silva - zepa@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Laboratório de Educação Profissional de Vigilância em Saúde, sala 319

Av. Brasil, 4365 – Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ CEP: 21040-900 Telefone: (21) 3865-9775

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Cessão de Uso de Imagem

Eu, Maurício Monken, professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, coordenador da pesquisa “Determinantes Sociais da Saúde nos Territórios de Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): elementos para a elaboração de proposta de formação em saúde ambiental para a população do campo”, solicito permissão para realizar o registro fotográfico do assentamento, bem como a livre utilização de imagem e som da voz das pessoas neste ato. Estas fotos e imagens farão parte de um acervo acadêmico para serem usadas nesta pesquisa e em atividades educativas do corpo docente desta instituição, com divulgação restrita na mídia acadêmica (sites da EPSJV/FIOCRUZ, na internet, jornais e revistas de divulgação acadêmica). As fotos serão armazenadas em formato digital e ficarão à disposição das pessoas retratadas, da organização a que pertencem e membros da equipe da pesquisa em foco. Junto às fotos serão registradas e guardadas opiniões, sugestões, críticas e outras informações colhidas na comunidade e/ou junto aos servidores.

Assumo os seguintes compromissos com as pessoas que autorizarem a utilização de suas imagens:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e depoimentos;
2. Não divulgar imagem e/ou opiniões constrangedoras;
3. Não causar nenhum prejuízo ou constrangimento às pessoas que não desejarem participar da pesquisa em foco ou ceder suas imagens para a mesma;
4. Destruir as fotos e/ou relatos no momento que a pessoa não desejar mais fazer mais parte da pesquisa;
5. Em caso de fotos e/ou depoimentos de alguma situação degradante, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Maurício Monken
Coordenador da pesquisa

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Obs: Preferencialmente entrevistar a/o responsável do domicílio ou membro adulto (> 18 anos).

Data da entrevista: ___/___/___

Nome do entrevistador: _____

Nome do entrevistado: _____

I - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1- Quem é o responsável pela família? (Em relação ao entrevistado)

- (1) pai (3) filho (a) (5) outros, especifique: _____
 (2) mãe (4) cunhado (6) O próprio entrevistado:

Obs.: Se for o próprio entrevistado ir para a pergunta 3, se não, ir para a questão seguinte.

2- Quem está respondendo? (Em relação ao responsável pela família)

- (1) pai (3) filho (a) (5) outros; especifique:
 (2) mãe (4) cunhado _____

3- Data de nascimento: ___/___/___

4- Idade Informada: _____

5- Sexo: (1) F (2) M

6- Tempo no assentamento: _____ (em anos)

7- Quanto tempo você esteve em acampamento (considerar todos os acampamentos)? _____ (em anos)

8- Local de última moradia: (1) zona urbana (2) zona rural

9- Município de última moradia: _____

10- Estado de última moradia: _____

11- Sua última moradia era:

- (1) própria (3) cedida por empregador (5) outro; especifique:
 (2) alugada (4) ocupação em acampamento _____

12- Qual a sua atividade de trabalho anterior ao assentamento?

- (1) bóia-fria (4) pequeno(a) proprietário(a) (7) outros; especifique
 (2) meeiro (5) assalariado (a) urbano (a) _____
 (3) empregado(a) fazenda (6) conta-própria (urbano)

II. ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS

13- Como se mantém informado (a)?

- () jornal () TV () Internet
 () revista () rádio () outros; especifique : _____

14- N° de pessoas residentes no domicílio: _____

15- Renda mensal da família:

- (1) menos de 1 salário mínimo (inferior a R\$ 465,00)
- (2) de 1 a 2 salários mínimos (R\$ 465,00 a R\$ 930,00)
- (3) de 2 a 4 salários mínimos (R\$ 930,00 a R\$ 1860,00)
- (4) acima de 4 salários mínimos (acima de R\$ 1860,00)

III - RENDA

16 - Destino da produção do assentamento:

- (1) sustento familiar
- (2) comercialização
- (3) sustento familiar e comercialização
- (4) outros; especifique: _____

17- Outros rendimentos da família:

- (1) aposentadoria e/ou pensão
- (2) doação recebida de não-morador
- (3) renda mínima/bolsa-escola, seguro-desemprego, etc
- (4) empregado com carteira assinada
- (5) empregado não registrado
- (6) autônomo /conta própria
- (7) servidor público
- (8) trabalho temporário /avulso
- (9) outros, especifique:

18- Acesso ao crédito agrícola: (1) sim () não () não sabe

19- De onde provem a renda da família?

- (1) produção Agrícola
- (2) produção Animal
- (3) beneficiamento (produção caseira)
- (4) produção agrícola e animal
- (5) Outros, especifique _____

20- Quais animais são criados:

- (1) gado
- (2) cabra
- (3) porco
- (4) galinha
- (5) não cria
- (6) outros; especifique _____

21- Equipamentos utilizados no trabalho com a terra no assentamento:

- (1) trator
- (2) colheitadeira
- (3) sementeira
- (4) pulverizador
- (5) costal
- (6) enxada
- (7) mais de um

22.a – Existem ferramentas de uso coletivo? (1) sim () não () ignorado

22.b – Quais são? _____

23- Identificação dos residentes no domicílio em relação ao nível de escolaridade:

Nome	Sexo	Idade	Frequência a escola (S/N/D)	Nível de escolaridade	Escolaridade Quadro - III
1.					01- creche
2.					02 - pré-escolar
3.					03 - classe de alfabetização
4.					04 - alfabetização de adultos
5.					05 - ensino fundamental completo
6.					06 - ensino fundamental incompleto
7.					07 - ensino médio completo
8.					08 - ensino médio incompleto
9.					09 - pré-vestibular
10.					10 - graduação completa
					11- graduação incompleta
					12- pós-graduação

IV. HÁBITOS FAMILIARES

- 24- Quais são os alimentos consumidos pela família.? (Marque as quatro opções principais)
- () legumes /verduras () carnes e derivados (ovos, peixes, aves, carnes)
- () frutas () grãos (feijão, soja, lentilha, grão de bico, arroz)
- () carboidrato (pães, massas)

25- Qual a origem dos alimentos consumidos?

- () produção do assentamento () produção do lote individual () mercado

26- Tem fumante na família?

- (1) sim. quantos ? _____ (2) não

27- Alguém na família ingere bebida alcoólica?

- (1) sim (passe para a questão seguinte) (2) não (passe para a questão 22)

28- Quantos e com que frequência?

N.º pessoas	Frequência
	Uma vez por semana
	Todos os dias
	Apenas em eventos e festividades
	Finais de semana

29 - Quais as práticas religiosas adotadas pela família?

- () católica () nenhuma
- () protestante () outras; especifique _____
- () espírita _____

30- Quais as atividades que a família participa? (selecionar apenas uma opção – marcar a mais frequente).

Local \ Atividade	Dentro do assentamento	Arredores do Assentamento	Centro da cidade	Outro município
festividades				
esportes				
Passeios				
Reuniões com amigos				
Cinema				
Encontros religiosos				
outros				
Especifique				

V. CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO:

31- Tipo de Moradia (não perguntar, apenas OBSERVAR E MARCAR!)

- (1) tijolo (5) lona (9) outros; especifique: _____
- (2) madeira (6) lona e madeira
- (3) tijolo e madeira (7) lona e tijolo
- (4) papelão (8) pau-a-pique

32- Qual tipo de energia utilizada no domicílio?

- (1) elétrica (2) solar (3) lenha (4) gerador elétrico (5) outros; especifique: _____

33- Que eletrodomésticos possui?

- () geladeira () telefone fixo () computador
 () TV () celular () outros; especifique: _____
 () rádio () vídeo-cassete/ DVD

34- Como é o abastecimento de água utilizado neste domicílio?

- (1) ligada à rede geral (2) não ligada à rede geral

35 - A frequência do abastecimento é:

- (1) diário/permanente (2) irregular (3) não tem

36- A água utilizada neste domicílio chega:

- (1) canalizada em um cômodo (2) canalizada em mais de um cômodo (4) não canalizada
 (3) canalizada só na propriedade ou terreno

37 - Que outras fontes de abastecimento existe no domicilio?

- (1) captação de água de chuva (4) poço (fora do lote) (6) outros: especifique _____
 (2) nascente (5) rio (7) não tem
 (3) poço (no próprio lote)

38- Existe algum tipo de tratamento na água que ingere? Qual?

- (1) cloração (3) não é tratada
 (2) fervura (4) não sabe

39- Neste domicílio existe sanitário utilizado pelos moradores? Onde está localizado?

- (1) dentro do domicilio (3) não tem
 (2) fora do domicilio (no próprio terreno/lote) (4) outros; especifique _____

VI - CONDIÇÕES AMBIENTAIS

40- Qual o destino dos dejetos do domicílio? (resíduos líquidos)

- (1) rede geral de esgoto (4) vala (6) outro escoadouro;
 (2) fossa séptica (5) rio, lago ou mar especifique _____
 (3) sumidouro

41- Como é feita a coleta de lixo?

- (1) não existe (2) diária (3) dias alternados (4) irregular

42- O que é feito com o lixo orgânico?

- (1) adubação / compostagem (4) enterrado (fora do lote) (7) outros;
 (2) alimentação animal (5) coleta por serviço de limpeza especifique _____
 (3) enterrado (no lote) (6) jogado em rio /lago

43- O que é feito com o lixo inorgânico:

- (1) enterrado no lote (5) jogado em terreno baldio ou (8) jogado em rio, lago ou mar
 (2) enterrado fora do lote logradouro (9) outros; especifique _____
 (3) queimado no lote (6) coleta por serviço de limpeza
 (4) queimado fora do lote (7) reciclado

44- Quantos e quais animais de estimação, você tem? (Marcar o número de animais)

N.º	Animal
	cachorro
	gato
	Outros especificar: _____

45- Os animais são vacinados?

- (1) sim
(2) não
(3) não sabe

46- Existem no assentamento os seguintes vetores e/ou animais peçonhentos: (Ler as categorias para o entrevistado)

- () barata () carrapato () bicho de pé
() mosquito () formiga () morcego
() rato () piolho () lagarta
() cobra () escorpião () aranha
() outros; especifique _____

47- No assentamento costuma ocorrer acidentes com animais peçonhentos e/ou morcego?

(1) sim : Qual animal?

(1.a) cobra (1.b) escorpião (1.c) morcego (1.d) aranha (1.e) lagarta (1.f) mais de um animal (1.g) outros;
especifique: _____

- (2) não
(3) não sabe

48- Ocorrem alagamentos/inundações no assentamento?

- (1) sim (2) não (3) não sabe

49- Existe algum ruído que incomode?

- (1) aeroporto (3) indústria (5) outros;
(2) bar/clube (4) maquinário especifique: _____

50- Existe algum odor que incomode?

- (1) esgoto (4) produtos (6) indústria
(2) lixo agrícolas/agrotóxico (7) outros, especifique: _____
(3) ração (5) queimadas (8) não

51- Que outros problemas ambientais vocês enfrentam no assentamento?

- (1) queimadas (4) esgoto não tratado (7) outros; especifique _____
(2) desmatamento (5) lixo não tratado
(3) desertificação (6) poluição do ar

52- Você já ouviu falar em agroecologia e/ou produtos orgânicos?

(1) sim (1a) No movimento (1b) Fora do movimento: Por quem? _____

(2) não

53- Você já teve no seu lote alguma experiência com agroecologia?

- (1) sim (1a) Qual: _____
(2) Não

54- Como você vê a produção agroecológica do assentamento em relação à produção total?

- (1) muito baixa: até 20% (2) baixa: 20/30 % (3) média: 40/60 %
(4) média Alta: 70/80 % (5) alta: 90/100%

55- Nas plantações do assentamento são utilizados produtos químicos?

- (1) sim (3) não sabe (passar para questão nº 59)
 (2) não (passar para questão nº 59)

56- Por indicação de quem é realizada a compra dos produtos químicos (agrotóxicos)?

- (1) agrônomo (4) não sabe (5) especifique _____
 (2) conhecido (4) outros _____
 (3) vendedor

57- Há algum tipo de proteção das pessoas que lidam com estes produtos?

- (1) sim, com EPI (2) não (3) não sabe

58 - Qual o destino das embalagens destes produtos?

- (1) o mesmo do lixo doméstico (2) entregue em postos de coleta específicos (3) deixado no próprio terreno (4) outros; especifique _____

59- Realiza algum tipo de correção no solo?

- (1) sim: Especificar: (1.a) adubação orgânica (1.b) adubação química
 (2) não
 (3) ignorado

VII. RECURSOS SOCIAIS

Como avalia o uso dos recursos sociais?

60- Serviços de saúde:

- (1) o atendimento é ruim e a acessibilidade é difícil; (3) o atendimento é bom mas a acessibilidade é difícil;
 (2) o atendimento é ruim mas a acessibilidade é fácil; (4) o atendimento é bom e a acessibilidade é fácil;

Acessibilidade: possibilidade de conseguir o atendimento a demanda:

61- Educação (fora do assentamento):

- (1) O ensino é ruim e o acesso é difícil; (3) O ensino é bom, mas o acesso é difícil;
 (2) O ensino é ruim mas o acesso é fácil; (4) O ensino é bom e o acesso é fácil;

Acessibilidade: condições de deslocamento entre o assentamento e a escola

62- Transporte:

- (1) Não existe meio de transporte do assentamento para a cidade;
 (2) O meio de transporte entre assentamento e a cidade é precário;
 (3) Não há problemas quanto aos meios de transporte entre assentamento e a cidade;

63- Comércio:

- (1) O comércio local (entorno) é bom. Não é necessário ir a cidade;
 (2) O comércio local (entorno) é ruim. Na maior parte das vezes, é preciso ir a cidade;

64- Segurança pública:

- (1) A segurança no assentamento não é garantida pelo poder público e a do entorno ou cidade é ruim;

- (2) A segurança no assentamento não é garantida pelo poder público, mas a do entorno e/ou cidade é boa;
- (3) A segurança no assentamento é garantida pelo poder público mas o serviço é precário.
- (4) A segurança no assentamento é garantida pelo poder público e é boa.

65- Qualidade das ruas e estradas:

- (1) As ruas/estradas do assentamento são precárias, bem como as do entorno e/ou da cidade;
- (2) As ruas/estradas do assentamento são precárias, mas é boa a qualidade das ruas/estradas do entorno e/ou da cidade;
- (3) As ruas/estradas do assentamento são de boa qualidade bem como as entorno e/ou da cidade;

66- Telefonia:

- (1) Não há serviço de telefonia no assentamento (nem fixo nem móvel)
- (2) Não há serviço de telefonia fixa no assentamento. Apenas se utiliza o serviço móvel e ele é bom;
- (3) Existe serviço de telefonia fixa e móvel dentro do assentamento mas a qualidade do sinal é ruim;
- (4) Existe serviço de telefonia fixa e móvel dentro do assentamento e ambos são de boa qualidade;

67- Energia / iluminação pública:

- (1) A energia doméstica e a iluminação pública não são garantidas pelo poder público;
- (2) A energia doméstica e a iluminação pública são garantidas pelo poder público, mas o serviço é ruim (interrupção de energia / falta de manutenção);
- (3) A energia doméstica é boa mas o serviço de iluminação pública é precário ou não existe;
- (4) A energia doméstica é boa e a iluminação pública também;

68- Saneamento:

- (1) A rede coletora do assentamento não é garantida pelo poder público e a do entorno ou cidade é ruim;
- (2) A rede coletora do assentamento não é garantida pelo poder público, mas a do entorno e/ou cidade é bom;
- (3) A rede coletora do assentamento é garantida pelo poder público, mas ainda é precária;
- (4) A rede coletora do assentamento é garantida pelo poder público e é de boa qualidade;

VIII. SAÚDE

69 - Como é a sua saúde?

- (1) boa (2) regular (3) ruim

70- Como é saúde de sua família?

- (1) boa (2) regular (3) ruim

71 - Quais as principais doenças que ocorrem na sua família? (Ler as opções)

- () diabetes () hanseníase () problemas na coluna () não sabe
- () hipertensão () catarata () câncer () outros;
- () tuberculose () glaucoma () não tem especifique_____

72 - Que tipo de tratamento é realizado?

- () medicamentos farmacêuticos () fisioterapia
- () tratamentos alternativos; especifique_____ () outros; especifique _____

73- Ao adoecer, qual o primeiro local onde procura atendimento?

- (1) posto de saúde no assentamento (2) posto de saúde fora do assentamento (3) hospital (4) benzedeira (5) curandeiro (6) farmácia (7) outros; especifique: _____

74- Quanto tempo você leva do assentamento a unidade de saúde citada acima?

- (1) menos de 30 minutos (3) de uma a duas horas
(2) de 30 minutos à uma hora (4) mais de duas horas

75- Qual tipo de transporte você utiliza para fazer este trajeto?

- (1) ônibus (2) carro próprio (3) carro de terceiros (4) animais (5) carroça (6) outros

76- As pessoas da sua família são vacinadas?

- () sim, em campanhas de vacinação () não
() sim, em postos de saúde/hospitais () não sabe

77- Ocorrem doenças transmitidas por animais ou insetos:

- (1) sim, especifique: _____
(2) não
(3) não sabe

78- Você faz uso de ervas medicinais para cuidar de sua saúde?

- (1) sim
(2) não
(3) ignorado

79- Em caso positivo, explique por quê.
