

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**O CUIDADO EM SAÚDE POR MULHERES DO MOVIMENTO DOS
TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA: SABERES,
COMPETÊNCIAS E PRÁXIS**

por
Bianca Rückert

Belo Horizonte
2018

BIANCA RÜCKERT

**O CUIDADO EM SAÚDE POR MULHERES DO MOVIMENTO DOS
TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA: SABERES,
COMPETÊNCIAS E PRÁXIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde

Orientação: Prof. Dra. Celina Maria Modena
Coorientação: Profa. Dra. Daisy Moreira Cunha

Belo Horizonte

2018

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

R279c
2018

Rückert, Bianca.

O cuidado em saúde por mulheres do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra: saberes, competências e práxis / Bianca Rückert. – Belo Horizonte.

XI, 192 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 162 -171

Tese (doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde.

1. Atenção à Saúde 2. Saúde do Trabalhador Rural 3. Terapias Complementares/utilização I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). III. Cunha, Daisy Moreira (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 305.26

BIANCA RÜCKERT

**O CUIDADO EM SAÚDE POR MULHERES DO MOVIMENTO DOS
TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA: SABERES,
COMPETÊNCIAS E PRÁXIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva - área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde

Banca Examinadora

Profa. Dra. Celina Maria Modena (IRR-Fiocruz) - Presidente

Profa. Dra. Érica Dumont Pena (UFMG) - Titular

Prof. Dr. Geraldo Márcio Alves dos Santos (UFMG) - Titular

Prof. Dr. Léo Heller (IRR-Fiocruz) - Titular

Profa. Dra. Sônia Maria Roseno (UNESP) - Titular

Prof. Dr. Francisco Cecílio Viana (UFMG) - Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 14 de junho de 2018

AGRADECIMENTOS

Ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil (MST), por ter me acolhido neste coletivo, por se mostrar exemplo de luta mesmo em tempos mais sombrios e por me ensinar que os movimentos sociais podem ser sujeitos do conhecimento.

Às mulheres do Setor de Saúde do MST. Com vocês aprendi o valor do cuidado, da luta e da solidariedade! Especialmente às mulheres do MST da região do Vale do Rio Doce, por aceitaram participar dessa pesquisa e me acolherem de forma tão cuidadosa.

À Celina e Daisy, professoras de forte presença, exemplos de docência ética e engajada, que ficarão marcadas em minha história! À Celina, cuidado em pessoa, obrigada pela paciência, pela disponibilidade constante, por apoiar e comemorar a cada conquista minha. À Daisy pelo compromisso, por me ensinar o rigor do trabalho empírico e do trabalho conceitual e por todo cuidado desde o mestrado.

Aos professores que aceitaram compor a banca examinadora desta tese: Profa. Érica Dumont Pena, Prof. Francisco Cecílio Viana, Prof. Geraldo Márcio Alves dos Santos, Prof. Léo Heller, Profa. Sônia Maria Roseno. À Profa Eliana Villa pela contribuição no exame de qualificação.

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro concedido na forma de bolsa de doutorado, O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Às trabalhadoras e trabalhadores do Instituto René Rachou que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa. Especialmente à Patrícia Parreiras da Secretaria de Ensino, por toda colaboração nos momentos que precisei e à Professora Zélia Profeta, pelo exemplo de docência crítica.

Às amigas e amigos do Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas e Direitos Humanos em Saúde e Saneamento e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em especial, Priscila, Mateus de Faria, Josiane, Maria Inês, Bernardo, Janete, Daianinha, Fernanda Fonseca, Ana Regina, Anna Laura e Beré, pela convivência, pelos aprendizados e por tornar o nosso dia-a-dia mais alegre.

As mulheres que cuidaram de Maria para que eu pudesse escrever esta tese: Grazi, Solange, Belinha e professoras e cuidadoras da Escola Construir.

Aos meus pais, por acreditarem em mim, por me incentivarem e me apoiarem. Pelos exemplos de vida! A toda família pelo apoio e colaboração, especialmente Carol, Ninha e Raquel.

À Maria, com quem passei mais tempo junto ao longo desses quatro anos, pelo companheirismo, pela paciência nos momentos de ausência e por me tornar mais humana a cada dia.

Ao Márcio, meu amor, companheiro de vida, de sonhos e de lutas! Por toda paciência, dedicação e cuidado, não só ao longo desses quatro intensos anos, mas em toda nossa vida compartilhada.

A todas as pessoas que não tiveram seus nomes citados, mas, de uma forma ou de outra, contribuíram para o desenvolvimento desta tese, através do companheirismo, da solidariedade e do cuidado.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender o cuidado em saúde de mulheres do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) da região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil, sob o ponto de vista da atividade humana e da filosofia da práxis. Para a realização desta pesquisa, utilizamos o aporte metodológico da pesquisa qualitativa e os instrumentos da observação participante e da entrevista semiestruturada. Foram entrevistadas nove mulheres, sendo a maioria, integrantes do setor de saúde do MST. Estes dados se somaram aos previamente coletados por ocasião da pesquisa de mestrado. Para análise dos resultados foi utilizada análise de conteúdo construtiva interpretativa. Para seu desenvolvimento, utilizamos os aportes teóricos da ergologia e da filosofia da práxis, em diálogo com os conceitos de cuidado em saúde e medicina alternativa e complementar (MAC). A ergologia compreende a atividade do trabalho como realidade humana complexa, um processo no qual circulam valores e saberes que possibilitam a instituição de novas normas ao meio. A filosofia da práxis, por sua vez, constrói um conceito filosófico da atividade prática e propõe-se a atuar como guia filosófico dos processos de transformação da realidade. Os principais resultados evidenciam que o cuidado desenvolvido pelas mulheres do MST envolve o domínio dos saberes constituídos, que se expressa no acolhimento, na escuta qualificada e na apropriação dos recursos da MAC, em diálogo com a dimensão gestonária da atividade, no que tange ao cuidado de um paciente singular. Entre os valores que orientam o trabalho de cuidado destacamos o cuidado como possibilidade de fortalecimento de quem cuida, a crítica aos processos de medicalização social, a promoção da autonomia e da solidariedade, a preferência pelos recursos da natureza e por técnicas de fácil manejo. Tais valores, entretanto, esbarram nas limitações do meio que desaceleram o agir competente. Entre os motivos que levaram as mulheres a se engajarem no trabalho de cuidados, destacam-se a socialização familiar desses saberes, a necessidade própria de saúde ou de familiares e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Chama atenção a mobilização das mulheres para o trabalho de cuidados, expressando um diálogo com o meio que elas buscam recortar como seu, bem como a necessidade de maior aprendizado sobre os saberes do cuidado. Cada cuidadora apresenta sua contribuição que se complementa e se integra no trabalho coletivo, a partir das sinergias das entidades coletivas relativamente pertinentes. Observou-se a presença de uma dimensão formativa que se inscreve no setor de saúde, que proporciona a socialização e a produção dos saberes de cuidado, bem como formação de um novo sujeito sociocultural. A validação dos saberes de cuidado desenvolve-se a partir de um uso popular no contexto do movimento social que legitima e confere status a estes saberes, com base na eficácia instituída pela práxis. Por tanto, este é um processo que perpassa pelo reconhecimento dessas mulheres como sujeitas da práxis.

Palavras-chave: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Saúde da População Rural; Terapias Complementares; Atividade Humana do Trabalho; Filosofia da Práxis; Assentamentos Rurais.

ABSTRACT

This study aimed to understand the health care of women from the Landless Workers Movement (MST) of the Vale do Rio Doce region of Minas Gerais, Brazil, from the point of view of human activity and the philosophy of praxis. For the accomplishment of this research, we used the methodological contribution of the qualitative research and the instruments of the participant observation and semi-structured interview. Nine women were interviewed, most of them members of the MST health sector. To these data were added to those previously collected on the occasion of the master's research. For the results analysis it was used interpretive constructive content analysis. For its development, we used the theoretical contributions of ergology and praxis philosophy, in dialogue with the concepts of health care and alternative and complementary medicine (ACM). The ergology understand the work activity as a complex human reality, a process in which values and knowledge circulate allowing the institution of new standarts in the environment. The Philosophy of Praxis, on the other hand, constructs a philosophical concept of the practical activity and proposes to act as a philosophical guide for the processes of reality transformation. The main results show that the care developed by women in the MST involves the mastery of knowledge, which is expressed in the reception, qualified listening and appropriation of ACM resources, in dialogue with the management dimension of the activity, regarding the care of a single patient. Among the values that guide the work of care, we emphasize care as a possibility to strengthen the one who cares, to criticize the social medicalization processes, to promote autonomy and solidarity, and to understand the nature and the technique of easy handling. Such values, however, stamble in the environment constraints which slow down the action competence. Among the reasons that led the women to engage in care work include, family socialization of these knowledges, the need for their own or relatives' health and the difficulty of access to health services. Draws attention the mobilization of women for the care work, expressing a dialogue with the environment they seek to cut as their own, as well as the need for a greater learning about the care knowledge. Each caregiver presents their contribution that integrates and complements the collective work, based on the synergies of the relatively relevant collective entities. It was observed the presence of a formative dimension that is inscribed in the health sector, providing the socialization and the production of the care knowledge, as well as the formation of a new sociocultural subject. The validation of care knowledge develops from a popular use in the context of the social movement that legitimates and gives status to these knowledge, based on the effectiveness instituted by praxis. Therefore, this is a process that passes through the recognition of these women as subjects of praxis.

Key words: Health Knowledge, Attitudes, Practice; Rural health; Complementary Therapies; Work Human Activity; Philosophy of Praxis; Rural Settlements.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASBAMTHO - Associação Sino Brasileira de Acupuntura, Moxabustão e Terapias Holísticas
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CPT – Comissão Pastoral da Terra
DD3P – Dispositivo Dinâmico a Três Polos
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ECRP – Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
ELAM – Escola Latinoamericana de Medicina
ENSP/Fiocruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
EPSJV/Fiocruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz
ESP/MG – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IRR/Fiocruz – Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz
IEJC – Instituto de Educação Josué de Castro
ITERRA – Instituto Técnica de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
MAC – Medicina Alternativa e Complementar
MMC – Movimento de Mulheres Camponesas
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil
PIC – Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPCFA – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
SUS – Sistema Único de Saúde
UEPE – Universidade do Estado de Pernambuco
UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFV – Universidade Federal de Viçosa
USP – Universidade do Estado de Saúde Paulo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 TRABALHO, ATIVIDADE E PRÁXIS.....	17
3.1 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA	17
3.2 A FILOSOFIA DA PRÁXIS.....	24
3.3 A UNIDADE ENTRE TRABALHO E SABERES NA ERGOLOGIA	28
3.4 A UNIDADE ENTRE TEORIA E PRÁTICA NA FILOSOFIA DA PRÁXIS.....	31
3.5 TRABALHAR É FAZER HISTÓRIA.....	36
3.6 PRÁXIS E PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	39
4 TRABALHO DE CUIDADO EM SAÚDE.....	46
4.1 O CONCEITO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	46
4.2 A MEDICINA CIENTÍFICA OCIDENTAL	48
4.3 O CUIDADO EM SAÚDE	51
4.3.1 O cuidado como construção social	51
4.3.2 O cuidado na construção dos projetos de felicidade humana.....	53
4.3.3 A Integralidade como conceito estruturante do cuidado em saúde.	54
4.4 A MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR	56
4.4.1 Aspectos históricos e institucionalização da medicina alternativa e complementar	58
4.4.2 A medicina alternativa e complementar como promotora de inovação no cuidado em saúde	61
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS	66
5.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	66
5.2 O PERCURSO METODOLÓGICO	69
6. TRABALHO E SABERES DO CUIDADO DE MULHERES DO MST DA REGIÃO DO VALE DO RIO DOCE: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES	74
7. COMPETÊNCIAS E PRÁXIS NA DINÂMICA DE PRODUÇÃO, MOBILIZAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS SABERES DO CUIDADO DE MULHERES DO MST	84
7.1 TRABALHAR É SE APROPRIAR DE UM PROTOCOLO	85
7.2 TRABALHAR É GERIR AS INFIDELIDADES DO MEIO.....	96

7.3 TRABALHAR É UMA DIALÉTICA.....	103
7.4 O TRABALHO DOS VALORES	108
7.5 DA RELAÇÃO COM O SABER.....	116
7.5.1 Sobre como se tornaram cuidadoras.....	118
7.5.2 Sobre o movimento de busca por ser mais	126
7.5.3 Sobre o movimento de busca por saber mais	131
7.6 AS SINERGIAS DO TRABALHO COLETIVO.....	137
7.7 VALIDAÇÃO E LEGITIMAÇÃO DOS SABERES DE CUIDADO DAS MULHERES DO MST	152
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICES	174
APÊNDICE I – MAPA CONCEITUAL: TRABALHO, ATIVIDADE E PRÁXIS	174
APÊNDICE II – ARTIGO PUBLICADO EM PERÍODICO CIENTÍFICO	175
APÊNDICE III – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	193
APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	194
APÊNDICE V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	196
APÊNDICE VI - CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	198
ANEXOS	199
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO IRR – FIOCRUZ.	199

1 INTRODUÇÃO

De acordo com o IBGE, população rural refere-se a toda aquela que reside fora dos limites das áreas urbanas (BRASIL, 2000) e corresponde a 15,6% da população total, ou seja, quase 30 milhões de brasileiros (BRASIL, 2017). Contudo, para Bezerra e Bacelar (2013), este é um termo que define o rural por antagonismo ao urbano e, por isso, é uma definição “eminentemente físico-geográfica e arbitrária, por não considerar as relações e processos econômicos e sociais que constituem esses espaços sociais” (BEZERRA, BACELAR, 2013, p. 35).

A fim de se evidenciar a diversidade presente nesses territórios, outros conceitos são utilizados para se referir às populações rurais e adotados inclusive na formulação de políticas públicas voltadas para esse público. Trata-se dos termos populações do campo, da floresta e das águas, que são caracterizadas “por seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra” (BRASIL, 2013, p.8). Em especial, a população do campo define-se por se alicerçar nos saberes tradicionais e na relação com a natureza para produzir seu autossustento, bem como comercializar o excedente da produção. Nessa definição enquadram-se os agricultores familiares, os trabalhadores assentados ou acampados pela reforma agrária e os trabalhadores temporários, ainda que não residentes no campo (BRASIL, 2013).

Há que se considerar, portanto, a pluralidade e as dinâmicas inerentes aos territórios do campo, da floresta e das águas e seus grupos populacionais, sua convivência social, seus modos de produzir, suas questões culturais, ambientais e seus modos de organização comunitária específicos das áreas de reforma agrária, das aldeias indígenas, das comunidades tradicionais, entre outras (SILVA, 2015). Entre estes, destacamos os trabalhadores organizados no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra do Brasil, o MST, como um sujeito de forte expressão política e cultural, não só nacional, como internacionalmente (CALDART, 2004).

O MST é um movimento social de massas, de caráter autônomo, sindical e político que tem como objetivo “articular e organizar os trabalhadores rurais e a sociedade para conquistar a Reforma Agrária e um Projeto Popular para o Brasil” (MST, 2010, p. 1). Foi fundado em 1984 e sua base social encontra-se organizada em acampamentos e assentamentos, em 23 estados e no Distrito Federal.

A formação do MST origina-se como consequência dos processos históricos de concentração de terras no Brasil e suas respectivas manifestações e movimentos de luta pela

terra e resistência (FERNANDES, 2000). Dentre esses, destaca-se a modernização conservadora da segunda metade do século XX, que expulsou grandes contingentes populacionais do campo para as cidades e para as regiões de fronteiras do país. Uma parcela dos camponeses que resistiu em seus territórios de origem buscou, no final dos anos 1970, formas de luta pela terra, gerando a base social do MST. Ademais, na formação do MST destaca-se o fator ideológico, a partir influência do trabalho realizado pela Comissão Pastoral da Terra (CPT), e das lutas pela redemocratização do país (STEDILE, FERNANDES, 1999).

Apesar de se originar como movimento de luta por terra, ao longo dos anos, o MST passou se organizar para conquistar políticas sociais para o campo, como crédito para produção, infraestrutura, habitação, educação, saúde, cultura, entre outros. Para tanto, sua base social se organiza em instâncias representativas, como núcleo de famílias, coordenação de área, coordenações regionais, estaduais e nacionais, compondo a estrutura organizativa do movimento. De forma transversal às instâncias, são compostos os setores, para a realização de tarefas e discussões específicas.

Uma dessas instâncias é o Setor de Saúde, que possui como objetivos a luta contra o modelo biomédico de saúde¹ e o agronegócio²; a luta pelo direito à saúde e pela valorização do cuidado e das práticas populares; e o incentivo à participação dos militantes no conjunto do movimento (MST, 2007). Embora já se observasse alguma organização das equipes de saúde desde as primeiras ocupações de terra, foi apenas em 1998 que este trabalho passou a ser organizado a partir de um setor, isto é, enquanto instância do MST. Este foi um marco importante para a apropriação de reflexões do campo da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000) como direito à saúde, educação popular e saúde e determinação social do processo saúde-doença-cuidado (DAROS, DELLAZARI; ANDREATA 2007).

A organização do trabalho em saúde no MST foi um passo importante para se atuar face às iniquidades de saúde da população do campo. Nestes territórios, os índices de mortalidade infantil, de insalubridade e de doenças infecto-parasitárias são maiores do que nas

¹ O modelo biomédico de saúde assenta-se no paradigma newtoniano-cartesiano, e se estrutura nas disciplinas da fisiologia e da anatomia para o estudo das doenças, e na hipervalorização das tecnologias médicas para o seu combate (ANDRADE, COSTA, 2010). Uma descrição mais aprofundada do modelo biomédico pode ser encontrada na seção 4.2.

² O agronegócio é fruto da articulação entre o grande latifúndio, as transnacionais do campo da agricultura e o capital internacional, e tem como objetivo a produção de produtos agrícolas voltados para abastecer o mercado externo. Nesta articulação observam-se concomitantemente movimentos de concentração e centralização do capital, no qual poucas empresas controlam praticamente toda a cadeia produtiva no campo da agricultura. Aqui podemos citar a produção de soja, cana, eucalipto e pecuária, entre outros cultivos. As consequências do agronegócio para o campo brasileiro são várias, entre as quais podemos citar: aumento da concentração da propriedade da terra e, conseqüentemente, desigualdade social no campo; diminuição da oferta de emprego no campo; pobreza no campo; e deterioração do meio ambiente e da saúde humana.

idades (BRASIL, 2004) e refletem um quadro precário de saneamento, no qual apenas 28,9% dos domicílios são ligados à rede de abastecimento de água potável com canalização interna (BRASIL, 2011a). Por outro lado, são frequentes as Lesões por Esforços Repetitivos / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e morbidades relacionadas à intoxicação por agrotóxicos e metais pesados. Ademais, dados de 2011 mostram que 25,5% da população do campo enfrentam uma situação de extrema pobreza, 71% são negros e 26% analfabetos (BRASIL, 2011a, BRASIL, 2011b).

Outro agravante refere-se à deficiência de acesso e de qualidade dos serviços de saúde prestados à população do campo. Carneiro, Burigo e Dias (2012) alertam para a existência, ainda hoje, de um modelo assistencial de saúde marcado pela fragmentação e por uma lógica tipicamente urbana de acesso. Nessa perspectiva, as políticas de promoção da equidade visam “à garantia do acesso resolutivo e com qualidade para as populações em situações de vulnerabilidade.” (SILVA et al, 2017, p. 11). Uma dessas é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que tem o objetivo de promover “o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida” (BRASIL, 2013, p. 20).

Entre os objetivos da PNSIPCFA destaca-se o de reconhecer e valorizar os saberes tradicionais de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, de forma a respeitar suas particularidades (BRASIL, 2013). Tais saberes são concebidos através da apreensão e leitura do mundo pelas camadas populares, por meio de suas heranças culturais, de suas vivências e condições de vida (BRASIL, 2012b) e, não só trazem importantes contribuições para a promoção da autonomia, como também demonstram a “potencialidade das ações de saúde na reorientação da vida social” (VASCONCELOS, 2009, p. 287).

Assim, há que se considerar a multiplicidade dos saberes do cuidado em saúde, não só no MST, mas nos territórios camponeses, seja para se defrontar com os momentos de adoecimento, seja para se fortalecer a saúde, através das “plantas medicinais [...], sementes crioulas, rezas, benzimentos, erveiros, raizeiros, massagista, auriculoterapia, acupuntura, homeopatia, terapia comunitária, parteiras, Igrejas Católicas, Igrejas Pentecostais, Centro Espíritas, Terreiros, entre outros”. Trata-se de saberes incorporados à vida dessas populações e mobilizados cotidianamente para resolver os problemas de saúde de suas comunidades (SILVA, s/d, p. 213).

Nesse contexto inserem as práticas integrativas e complementares (PIC), ou medicina alternativa e complementar (MAC), recursos terapêuticos de crescente visibilidade no Brasil

contemporâneo. Além do seu reconhecimento pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e da sua crescente repercussão no campo da Saúde Coletiva brasileira, desde 2006 foram implantadas no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC-SUS) (ANDRADE, COSTA, 2010; LUZ, BARROS, 2012).

A idealização desta pesquisa foi motivada pela minha inserção, desde 2006, como integrante do Setor de Saúde do MST, em especial, por minha participação em processos de formação técnica e política de militantes da saúde. Ao longo desses anos, tive a oportunidade de contribuir para experiências próprias do setor de saúde ou em parcerias com instituições de ensino, que me provocaram reflexões acerca dos processos constitutivos da formação dessas pessoas e sua interface com o trabalho enquanto matriz educativa.

Para Arroyo (1998), os movimentos sociais trazem importantes reflexões a partir de experiências que integram educação aos processos de vida, situando-a nos seus projetos mais amplos, e trazendo visões da totalidade dos processos em que se encontram envolvidos. Por esse motivo, constituem-se como um espaço privilegiado do estudo de teorias pedagógicas, tendo em vista o enriquecimento teórico no campo trabalho e educação.

Ribeiro (2010) fala da experiência transformadora dos movimentos sociais, na medida em que incorporada em uma práxis. Para essa autora, as experiências são produzidas dentro de relações sociais determinadas, permeadas por diversos elementos, em especial, o trabalho e as formas de vida geradas por ele. Logo, a experiência do trabalho, ao corresponder a um saber acumulado, pode contribuir diante dos desafios colocados pelo cotidiano dos movimentos sociais populares.

Dessa forma, esta pesquisa de doutorado tem como objetivo compreender o cuidado em saúde de mulheres do setorial de saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) da região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil, sob o ponto de vista da atividade humana do trabalho e da filosofia da práxis.

Atividade humana do trabalho é a categoria central da ergologia que consiste em uma abordagem sobre o trabalho que leva em consideração a experiência dos trabalhadores (CUNHA, 2005). Nesta abordagem, toda atividade humana do trabalho é, em alguma medida, adesão a uma norma antecedente e, em outra medida, construção de novas normas no trabalho. Entre as normas antecedentes e o trabalho que se desenvolve de fato, há escolhas, decisões, que são da natureza dos valores. Com isso, o conjunto de normas, saberes e valores não determina por si só o que vai se passar na atividade de trabalho (SCHWARTZ, 2003). Por isso, a Ergologia propõe o olhar para as particularidades que se desenvolvem na atividade do

trabalho e a compreendê-las como um jogo, um debate, no qual se inserem normas e valores que são de ordem coletiva e individual, simultaneamente. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

A filosofia da práxis, por sua vez, propõe-se a atuar como guia filosófico dos processos de transformação da realidade. A práxis é composta por um conhecimento crítico e de uma ação radical contra os reais problemas da sociedade. “É uma filosofia que, vinculada conscientemente à prática, se propõe a ser instrumento teórico de transformação da realidade” (VÁZQUEZ, 2007, p. 235). Dessa forma, a práxis não significa o desenvolvimento da prática por si só, e nem se limita ao estudo da teoria sobre a prática, mas implica o desenvolvimento de ação prática e material, que não prescinde da teoria.

Esta pesquisa deu continuidade ao trabalho de mestrado em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no qual se investigou práticas de saúde de integrantes do MST na região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil. As práticas investigadas correspondiam ao trabalho docente envolvendo ações de saúde e ambiente; à produção agrícola de base ecológica e ao trabalho de cuidado desenvolvido por mulheres do coletivo regional de saúde. Utilizando-se o aporte teórico da Ergologia e da Saúde Coletiva, e considerando-se o projeto de saúde do MST como norma antecedente, verificou-se como esse ideal se apresentava nas práticas de saúde, quais suas particularidades e quais os confrontos de normas e valores inscritos nas mesmas (RÜCKERT, 2012).

Como resultados dessa pesquisa, observou-se que as práticas de saúde no MST promovem a circulação de valores relacionados: à saúde como resultado de melhores condições de vida e trabalho; ao direito à saúde; à luta pela reforma agrária e pela transformação da sociedade; à valorização das técnicas e dos saberes populares no âmbito da agroecologia e da saúde; à promoção da autonomia dos sujeitos diante do modelo capitalista de desenvolvimento para o campo, da indústria alimentícia e do complexo médico-industrial; ao cuidado com a vida e com a natureza; e à solidariedade. Além disso, observou-se certa renormalização das normas biomédicas nas atividades pesquisadas e, em alguma medida, a incorporação do projeto/herança da saúde do MST. Essa capacidade de renormalização da atividade mostrou-se mais potente à medida que atingiu os coletivos, evidenciando que a instauração de novas normas de saúde no MST passa pela organização política dos assentamentos e acampamentos e por sua própria via organizativa (RÜCKERT, 2012).

Assim, a pesquisa de mestrado permitiu aprofundar o conhecimento sobre os valores inscritos nas experiências de saúde do MST e favoreceu a compreensão das possibilidades de renormalização das normas biomédicas, dos desafios e dos avanços desse processo.

Neste trabalho de doutorado demos continuidade ao estudo sobre as experiências de saúde em áreas do MST na região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, agora com enfoque no trabalho de cuidado das mulheres do coletivo regional de saúde, bem como na dinâmica de produção, mobilização e validação desses saberes. Dados coletados no mestrado referentes aos saberes do cuidado em saúde foram aproveitados, aos quais se acrescentaram dados produzidos em novo trabalho de campo.

A escolha da região do Vale do Rio Doce obedece aos seguintes critérios: possuir áreas do MST e estar localizada no estado de Minas Gerais; ser referência na organização das ações de saúde para as demais regiões; ter consentimento do MST e da coordenação regional para realização da pesquisa; e dar prosseguimento à pesquisa de mestrado.

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizamos o aporte da metodologia qualitativa e da abordagem ergológica. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados a observação participante e a entrevista semiestruturada.

Na redação deste texto, inicialmente apresentamos os objetivos e os referenciais teóricos utilizados nesta pesquisa: a atividade humana do trabalho e a filosofia da práxis em interface com os saberes e a dimensão histórica do trabalho; o trabalho em saúde e sua relação com a medicina científica ocidental, com o cuidado em saúde e com a medicina alternativa e complementar (MAC).

Após o marco teórico, apresentamos os aspectos metodológicos do desenvolvimento dessa pesquisa, no qual caracterizamos os pressupostos metodológicos e o percurso de investigação. Os resultados e discussão foram apresentados em dois capítulos. O primeiro deles busca caracterizar de modo geral o trabalho e os saberes de cuidado das mulheres do MST, com maior ênfase nos recursos terapêuticos utilizados. O segundo capítulo refere-se a uma análise da dinâmica de produção e mobilização dos saberes de cuidado, a partir dos ingredientes da competência em diálogo com a filosofia da práxis. No final desse capítulo tecemos algumas considerações sobre os processos de validação e legitimação dos saberes de cuidado.

No último capítulo, nas considerações finais, finalizamos a nossa reflexão, buscando desenvolver uma síntese dos principais resultados dessa pesquisa, bem como possibilidades de investigações futuras.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o cuidado em saúde de mulheres do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) da região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil, sob o ponto de vista da atividade humana do trabalho e da filosofia da práxis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o trabalho de cuidado em saúde desenvolvido por mulheres do MST
- Analisar a dinâmica da produção, mobilização e validação dos saberes do cuidado em saúde de mulheres do MST
- Verificar a presença de saberes constituídos no cuidado em saúde.
- Analisar a práxis do cuidado em saúde de mulheres do MST.

3 TRABALHO, ATIVIDADE E PRÁXIS

Nesta seção tomamos como análise a abordagem ergológica do trabalho, que tem Yves Schwartz como seu principal expoente, e a filosofia da práxis na perspectiva de Adolfo Sanchez Vázquez, para discorrer sobre os conceitos de trabalho, atividade e práxis e suas interrelações com o processo de produção de conhecimento e a formação do sujeito histórico.

A escolha pelo referencial da filosofia da práxis de Vázquez (2007) decorre de sua leitura da obra de Marx a partir de uma síntese dialética entre estrutura social e sujeito, isto é, entre determinação econômica e social e protagonismo histórico, em alguma medida desprezada por correntes estruturalistas do marxismo (MINAYO, 2001).

Da mesma forma, a escolha pela abordagem ergológica decorre de seu olhar clínico e seu enfoque nas questões subjetivas do trabalhador, oferecendo-nos um referencial apropriado para se investigar os problemas e os processos de produção e mobilização dos saberes e valores no trabalho (CUNHA, s/d; FRANZOI, FISCHER, 2015).

Tratam-se, portanto, de autores que se caracterizam por uma abordagem dialética sobre o trabalho, a produção de conhecimento e o sujeito histórico, guardando certas semelhanças e divergências, as quais buscaremos explicitar ao longo desta tese. Nas próximas seções apresentamos os conceitos chaves de cada uma dessas abordagens.

3.1 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA

O trabalho, conforme definido por Marx (2008), é um processo no qual o ser humano realiza um intercâmbio com a natureza, de forma a satisfazer suas necessidades. Neste, movimenta o seu corpo para apropriar-se dos recursos da natureza e modificá-los, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Trata-se de um processo que ocorre mediado por escolhas éticas, intencionais, conferindo um caráter teleológico à atividade prática humana. Nessa perspectiva, através do trabalho, o homem não só atua sobre a natureza externa modificando-a, como também modifica a sua própria natureza, imprimindo-lhe um caráter educativo.

Por essas características, o trabalho é considerado uma atividade exclusivamente humana (MARX, 2008). Enquanto o animal não consegue se diferenciar da sua atividade vital, o homem faz dela instrumento do seu desejo e da sua consciência e, por isso, sua atividade é livre (MARX, 2015, p. 312):

[...] o animal também produz. Constrói para si um ninho, habitações, como as abelhas, castores, formigas, etc. Contudo, produz apenas o que necessita imediatamente para si ou para sua cria; produz unilateralmente enquanto o homem produz universalmente; produz apenas sob a dominação da necessidade física imediata; enquanto o homem produz mesmo livre da necessidade física e só produz verdadeiramente na liberdade mesma; produz-se a si próprio, enquanto o homem reproduz a natureza toda; o seu produto pertence imediatamente ao seu corpo físico, enquanto o homem confronta livremente o seu produto (MARX, 2015, p. 312-3).

No trabalho, o homem transforma a natureza de acordo com um fim e, à medida que esse fim se materializa, ele se objetiva no seu produto. Ou seja, para Marx, o homem se constitui enquanto ser humano porque interage com seu meio, e nesse processo ele vem a ser. Nessa objetivação ele se constrói como ser social (VÁZQUEZ, 2007). A respeito do processo de objetivação, Konder (1992) afirma que:

A atividade de acordo com uma meta é a atividade *teleológica*, aquela que passa por uma antecipação do resultado visado na consciência do sujeito que pretende alcançá-lo. Sem essa experiência que lhe permite prefigurar o seu *télos* (o ponto aonde quer chegar), o sujeito humano não seria sujeito, ficaria sujeito a uma força superior à sua e permaneceria tão completamente preso a uma dinâmica objetiva como uma folha seca levada por um rio caudaloso (KONDER, 1992, p. 106, grifos do autor).

Além da atividade humana propriamente dita, integram o processo de trabalho: o objeto de trabalho - a matéria na qual se emprega a atividade - e os meios de trabalho - os instrumentos necessários para efetuar as modificações na matéria. Meio e objeto também podem ser denominados meios de produção. No processo de trabalho, a atividade humana modifica o objeto sobre o qual atua, por meio do instrumental de trabalho. Ao final desse processo, o trabalho se incorpora no objeto, dando origem a um novo produto (MARX, 2008). Esta é uma passagem da obra de Marx que nos aproxima da noção de atividade humana do trabalho. E, para Marx, a atividade é premissa fundamental ao intercâmbio material entre o homem e a natureza (MARX, 2008).

Outra importante passagem da obra de Marx que aborda o conceito da atividade humana refere-se a I Tese de Feuerbach (MARX; ENGELS, 2009):

O principal defeito de todo o materialismo existente até agora (o de Feuerbach incluído) é que o objeto [der Gegenstand], a realidade, o sensível só é aprendido sob a forma do objeto [Objekt] ou da *contemplação*, mas não como *atividade humana sensível*, como *prática*; não subjetivamente. Daí o lado *ativo*, em oposição ao materialismo, [ter sido] abstratamente desenvolvido pelo idealismo - que naturalmente não conhece a atividade real, sensível, como tal. Feuerbach quer objetos sensíveis [sinnliche Objekte] efetivamente diferenciados dos objetos do pensamento; mas ele não apreende a própria atividade humana como atividade objetiva [gegenständliche Tätigkeit]. Razão pela qual ele enxerga n'A *essência do*

cristianismo apenas o comportamento teórico como autenticamente humano, enquanto a prática é apreendida e fixada apenas em sua forma de manifestação judaica, suja. Ele não entende, por isso, o significado da atividade “revolucionária”, prático-crítica (MARX, ENGELS, 2009, p. 119, grifos do autor).

Como podemos perceber, a I Tese de Feuerbach confronta o materialismo empírico e o idealismo hegeliano no que diz respeito ao modo de compreender o objeto e, conseqüentemente, a capacidade do sujeito de lhe conhecer. No primeiro, a relação do sujeito diante do objeto é de inércia. O objeto é assimilado objetivamente, não como produto da *atividade prática*. Já o idealismo, por sua vez, reconhece a atividade subjetiva no processo do conhecimento, mas não inclui a atividade prática sensível. Por isso, é considerada por Marx uma atividade abstrata (VÁZQUEZ, 2007).

Em contraposição, Marx elabora uma concepção do objeto como resultado da atividade subjetiva, compreendida não na sua forma abstrata, mas como atividade objetiva e material. Conseqüentemente, o objeto do conhecimento é resultado da atividade humana. Assim, para MARX, “conhecer é conhecer objetos que se integram na relação entre o homem e o mundo, ou entre o homem e a natureza, que se estabelece graças à *atividade prática humana*” (VÁZQUEZ, 2007, p. 144).

Podemos afirmar que a noção de atividade apresentada, em alguma medida nos aproxima da noção de atividade humana do trabalho conforme proposta pela abordagem. De acordo com Trinquet (2010, p. 96), atividade “é o que se passa na mente e no corpo da pessoa no trabalho, em diálogo com ela mesma, com o seu meio e com os ‘outros’. [...] é o que faz com que o trabalho possa se realizar e de fato se realiza”. Para esse autor, o trabalho enquanto atividade humana é um conceito complexo, que não se restringe à sua dimensão técnica ou mecânica, mas pressupõe uma estreita relação com o homem (TRINQUET, 2010).

A abordagem ergológica considera a atividade do trabalho uma dialética, um encontro, entre três registros, indissociáveis e universais. O primeiro registro consiste no trabalho a ser realizado, para o qual se exigem conhecimentos específicos que tentam governar e antecipar a atividade, ou seja, as normas antecedentes. Este registro refere-se a tudo o que o humano converte em memória e convenções (objetos, técnicas, tradições, leis, procedimentos técnicos e científicos). O segundo registro representa o que Schwartz chama de encontro de encontros. Nele, o sujeito, com seu patrimônio histórico individual e coletivo – de saberes e valores -, faz a gestão das variabilidades presentes no meio e dá vida às técnicas e ao codificado. Por fim, o terceiro registro refere-se ao meio social, sempre infiel. A combinação desses três registros é ilimitada. Ainda que a variabilidade seja muito pequena, a atividade do trabalho é sempre

singular e historicamente situada. (SCHWARTZ, 2003; SCHWARTZ, 2010; TRINQUET, 2010).

Podemos pensar nesta dialética a partir de um triângulo de análise, que articule os valores, os saberes e a atividade, de forma a gerar uma reflexão epistemológica sobre a produção de conhecimento acerca do trabalho. Trata-se de agregar a visão daqueles que trabalham ao exame do trabalho, por meio do acesso aos valores, saberes e competências que são mobilizados na atividade do trabalho (CUNHA, s/d).

Assim, a ergologia nos permite melhor conhecer a realidade complexa do trabalho, olhar para as particularidades que se desenvolvem na atividade e a compreendê-la como um jogo, um debate de normas e valores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010; TRINQUET, 2010).

Nas palavras de Schwartz e Durrive (2010):

[...] uma das bases do que nós podemos chamar de perspectiva ergológica, [...] é a constatação de que *somos sempre apanhados pela retaguarda, no que tange à atividade humana*. Ela está sempre, em um dado meio, em negociação de normas. Trata-se de normas anteriores à própria atividade: a atividade negocia essas normas em função daquilo que são suas próprias. Qualquer que seja a situação há sempre uma negociação que se instaura. E cada ser humano – e principalmente cada ser humano no trabalho – tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem sucedida) recompor, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda. [...] Esta recomposição pode ser mínima ou mais significativa (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 31).

Atividade pode ser compreendida como o “uso de si, numa relação com o meio que é, ao mesmo tempo, uma relação com os outros” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2015, p. 158). Uma vez que atividade não é mera execução, no uso de si o sujeito busca gerir as infidelidades do meio. Nessa gestão, faz “uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e suas próprias escolhas” de forma a preencher o “vazio de normas”, já que as normas antecedentes por si só são insuficientes. Para isso, é imprescindível que ele conceda a si mesmo leis para suprir as lacunas. Nesse uso há um esforço para se recentrar – ainda que minimamente - o meio ao redor das normas próprias. E o meio, por sua vez, adquire uma dimensão ressingularizada. Cada pessoa reage a esse vazio de normas de forma diferenciada e usa, para isso, sua própria história e seus próprios valores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 190).

Trata-se, portanto, de um uso absolutamente singular, por parte do sujeito que trabalha, mas, também, de um uso que a sociedade faz dos trabalhadores, sob formas variadas. Um debate de normas que são, concomitantemente, debates consigo mesmo, ligados à economia ou racionalidade do corpo, e debates e valores de ordem social, que atuam como um

acordo entre as dimensões macro e micro. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 69). Ainda que escassa, trata-se de certa liberdade, pois, mesmo no trabalho mais simples, sempre existem escolhas a serem feitas, por menores que sejam. Conforme Trinquet (2010, p. 97), “um humano sempre hesita, porque é consciente e pode escolher, adaptar-se, atualizar e, portanto, inovar”.

Mas quem faz o uso? Para a ergologia, atividade nos remete ao “si”, ou, ainda, ao “corpo-si”. Schwartz e Durrive (2015, p. 159, 169) caracterizam o “si” como “entidade dotada de intenção e de um poder de decisão que se engaja no mundo”, o qual possui três dimensões:

[...] o si é parte do ser vivo, e a esse título ele procura criar para si suas próprias normas de vida no mundo que o cerca; o si é igualmente formado pela história humana e social, “o uso mais ou menos aceitável que se faz de mim (mesmo)”; o si é, finalmente, como que singularizado por uma história privada, constitutiva do psiquismo do indivíduo (SCHWARTZ, DURRIVE, 2015, p. 169, grifo dos autores).

O “corpo-si”, por sua vez, é utilizado em substituição ao termo “sujeito”, frequentemente utilizado pela literatura, e refere-se à “enigmática instância que arbitra no centro de uma atividade”. Essa expressão remete-nos à perspectiva de totalidade do ser – integralidade -, o qual decide pelo uso de si por si ou por outrem. Para este uso, o corpo-si “mobiliza, em graus variáveis, seu potencial, sua memória, sua força física - sua defesa à fadiga -, sua história, seus valores e sua cultura”. Mobilização que varia em função do engajamento do corpo-si na tarefa que lhe é solicitada, e resulta do debate de normas e valores na atividade. (SCHWARTZ, DURRIVE, 2015, p. 164). Vale ressaltar que a noção de corpo-si ultrapassa a dimensão física e perpassa “tanto pelo intelectual, o cultural, quanto o fisiológico, o muscular, o sistema nervoso” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 44).

Assim, toda forma de atividade, em qualquer conjuntura, demanda sempre a gestão de alguns aspectos, ou seja, escolhas a serem feitas – “arbitragens, ponderações, critérios e, portanto, engajamento”, o que Schwartz denomina de dramáticas do uso de si (SCHWARTZ, 1996, p. 152). Trata-se de uma gestão do debate de normas articuladas sobre um mundo de valores, uma negociação entre o uso de si por si e o uso de si pelos outros (SCHWARTZ, 2010). A esse respeito, Cunha (2007a) afirma que:

[...] a atividade industriosa é uma “*dramática do uso de si*”: de um lado execução de um protocolo experimental cujas condições e exigências operatórias foram definidas eliminando ou tentando eliminar as singularidades de espaço, de tempo e de pessoas (normas antecedentes), por outro lado, experiência singular, recolocando em jogo as próprias normas numa situação de “encontro” com um destino a ser vivido (renormalizações) (CUNHA, 2007a, p. 2-3, grifo da autora).

Schwartz e Durrive (2008) ressaltam que na origem desse termo há um *drama*, de natureza individual ou coletiva, presente nos eventos não previsíveis, que nos leva a enfrentá-los, ou seja, fazer uso de si. Conseqüentemente, este uso provoca novos eventos, que, por sua vez, mudam a relação com o meio e com as pessoas. À ergologia interessa, justamente, perceber as dramáticas do uso de si na atividade, os debates de normas e valores e as possíveis renormalizações, de forma a melhor compreender as circulações de saberes e valores no trabalho em ato, além de intervir nas situações de trabalho de forma a transformá-las (SCHWARTZ, DURRIVE, 2008; 2010).

Faz-se necessário destacar a contribuição da Filosofia da Vida de Georges Canguilhem (2009) à noção de debate de normas e valores da ergologia. Na perspectiva deste autor, vida é constante debate de normas, um encontro que ocorre entre o meio do homem e o meio social; um diálogo de valores entre a normatividade vital, fundada nos valores próprios do ser, e a normatividade social, fundada nos valores do meio.

Para Canguilhem, a vida não é indiferente ao meio, mas sim criação e instauração de novas normas no meio. O ser humano não aceita passivamente as normas impostas, mas renormaliza permanentemente, configurando-o como um ser normativo, capaz de criar novos padrões para si, sempre que necessário. Mas essa normatividade só pode ser pensada na relação do ser vivo com o meio, e não a partir do indivíduo isoladamente, uma vez que é a dinâmica da vida que traz o sentido normativo do homem. Com isso, a vida é debate com o meio e é próprio do homem é criar o seu próprio meio³, isto é, “o meio do ser vivo é também obra do ser vivo” (CANGUILHEM, 2009, p. 133).

Partindo desse pressuposto, o ponto de vista da atividade mostra que, em momento algum, nos encontraremos em situação estrita de invariabilidade ou em estado total de padronização. A variabilidade é, portanto, inerente à vida. Para Schwartz e Durrive, “[...] a atividade é vida. E a vida não pode se desenrolar sob o registro do estrito enquadramento, ou da estrita heterodeterminação, ou seja, do assujeitamento estrito ao meio; isso seria *invivível*” (SCHARTZ; DURRIVE, 2010, p. 95, grifo dos autores).

Assim, no ser humano, o primado dos valores sobre a vida ocorre mediado pela atividade do trabalho:

A vida não é, a bem da verdade, segundo nós, senão a mediação entre o mecânico e o valor, é dela que se tiram por abstração, como termos de um conflito sempre aberto, e por isto mesmo gerador de toda experiência e de toda história, o

³ Ao se referir ao meio, Canguilhem considera as dimensões do meio físico e as socialmente construídas – o que ele denomina de mundo da natureza e o mundo da cultura.

mecanismo e o valor. O trabalho é a forma que toma para o homem o esforço universal de solução do conflito. As normas do trabalho têm, portanto, inevitavelmente um aspecto mecânico, mas só são normas pela sua relação com a polaridade axiológica da vida, da qual a humanidade é a tomada de consciência (CANGUILHEM, 2001, p. 120-1).

Por outro lado, a Filosofia da Vida propõe um ser humano inacabado, em permanente construção, uma vez que “a vida estabelece valores não apenas no meio, mas também no próprio organismo” (CANGUILHEM, 2009, p. 175). Nessa perspectiva, a ergologia atribui ao trabalho essa capacidade de reconstrução permanente do ser. Considera-se que o trabalho não está dado, mas é sempre, em alguma medida, reinventado. Nesse processo, o ser humano constrói-se também a si mesmo.

Vale relembrar, ainda, que, em Marx, a atividade do trabalho possui uma dimensão teleológica, ou seja, é subordinada a um fim existente anteriormente na consciência do homem - orienta-se por escolhas éticas, intencionais. Sem essa dimensão teleológica, o ser humano não se tornaria sujeito, manter-se-ia em sua objetividade.

De acordo com a abordagem ergológica, o trabalho não pode ser exclusivamente heterodefinido por esquemas teóricos - ou seja, inteiramente delimitado, classificado ou medido. Cunha (2013) afirma que “o trabalho não seria uma realidade simples, historicamente datada, suscetível de caracterização unilateral”. E acrescenta que avaliar o trabalho pressupõe poder analisá-lo sem aprisioná-lo em limites rigorosos. A esse respeito, Schwartz e Durrive (2010, p. 35) reconhecem que “o ponto de vista da atividade descategoriza”, já que ele nos impede de adotar um sistema de análise único, ou mesmo de categorizar de antemão o que irá se passar na atividade do trabalho.

Por outro lado, a ergologia nos lança o desafio de considerar as continuidades/descontinuidades entre algumas noções, como as de trabalho e atividade humana. É fundamental perceber *atividade* e *trabalho* como categorias distintas, mas que apresentam certa continuidade, já que entre o trabalho e as demais atividades humanas, ocorrem circulações de valores e patrimônio – que implicam o “exercício da normatividade pelo corpo-si face ao meio”. Como decorrência, na perspectiva ergológica, incluímos a atividade do trabalho “num conjunto mais vasto e enigmático da atividade humana, denominando-a *atividade industrial*” (CUNHA, 2013, p. 29-30, grifo da autora).

3.2 A FILOSOFIA DA PRÁXIS

A palavra *práxis* origina-se do grego antigo e era utilizada para denominar a ação interpessoal ou intersubjetiva, que possui fim em si mesma, ou seja, que não produz objeto novo exterior ao sujeito ou à própria atividade. Diferentemente da *práxis*, a ação que cria um produto para além do sujeito e da atividade é denominada de *poiésis*, cujo significado corresponde à produção ou fabricação. Entretanto, tanto uma como outra demandavam conhecimentos específicos à sua concretização, relacionados aos respectivos poderes de atuação. Diante disso, um terceiro tipo de atividade consistia na *theoria*, que visava a procura da verdade (KONDER, 1992; VÁZQUEZ, 2007).

Assim, na filosofia grega é possível perceber uma separação da teoria da atividade prática, com superioridade da primeira sobre a segunda. O homem se elevava à categoria de ser humano, a partir da sua libertação de toda atividade prática material. Esta era considerada imprópria para os homens livres e, por isso, atribuição dos escravos. Aos gregos antigos interessavam o ócio, a atividade contemplativa e a atividade política (*pólis*). Também na atividade política a teoria possuía soberania, ainda que na *pólis* se pudesse admitir alguma unidade entre teoria e prática (VÁZQUEZ, 2007).

Para Vázquez (2007), a concepção de supremacia da teoria sobre a atividade prática material, característica da sociedade grega, advém de uma compreensão do homem como ser teórico ou racional por primazia. Tal concepção é reflexo do modo de produção escravista, no qual se desconsiderava o valor do trabalho humano e exaltava-se o produto, e não o produtor. O produto era considerado pelo seu valor de uso, ou seja, pela sua capacidade de atender à necessidade de outrem, em detrimento da atividade subjetiva que nele se materializava, isto é, de sua exteriorização como atividade humana.

De acordo com Konder (1992), tais ideias exerceram ampla influência na construção do pensamento ocidental sobre o conceito de trabalho. Desde então, a construção deste conceito foi marcado por numerosas divergências ao redor das dicotomias teoria/prática e ação/contemplação. Foi, contudo, com o advento do Renascimento que a concepção de ser humano como um “sujeito ativo, construtor e criador do mundo” passou a ser exaltada, sem que isso desconsiderasse o valor da atividade contemplativa (VÁZQUEZ, 2007, p. 43).

O contexto, marcado pelo nascimento do modo de produção capitalista, demandava impulsionar o desenvolvimento técnico e científico e conseqüente elevação do valor do trabalho humano. Para isso, o conhecimento científico cessa de ter fim em si mesmo para colocar-se em função das forças produtivas e ser fomentado por elas. A atividade prática

material deixa de ser atribuição específica dos escravos para ser obra dos homens livres. Entre estas, passam a ter maior prestígio, inclusive, as atividades consideradas secundárias em outros períodos históricos, por terem como objeto de trabalho coisas materiais. O produto passa a ser enaltecido em função do seu produtor, e a obra passa ter maior valor, justamente por se criação humana, especialmente as relacionadas aos trabalhos dos artesãos e dos artistas (VÁZQUEZ, 2007).

Entretanto, a reivindicação da atividade prática no Renascimento é limitada, uma vez que ela era determinada pelas necessidades da burguesia nascente (VÁZQUEZ, 2007). Nessa mesma perspectiva, Konder (1992, p. 102) destaca que: a “revalorização da atividade produtiva, da ação produtora de objetos materiais [...] não se fazia do ângulo dos homens que produziam”.

Em tal período histórico, “subsiste a separação de teoria e prática porque subsiste a divisão social do trabalho (intelectual e físico) que lhe serve de base” (VÁZQUEZ, 2007, p. 44). Ou, ainda, a cultura burguesa não possibilitava a articulação da práxis com a poiésis, uma vez que a práxis, como atividade consciente de cidadania, era exclusiva de uma classe social composta pelos proprietários dos meios de produção – e conseqüentemente, preparados intelectualmente para o exercício da política. Já as pessoas que vendiam sua força de trabalho - iletradas e inexperientes - não possuíam o direito ao voto. Assim, da valorização da poiésis pela sociedade burguesa não se inferia o direito do trabalhador ao exercício político da práxis (KONDER, 1992).

Foi Marx, quem, pela primeira vez, repensou a relação entre práxis e poiésis sob outro ângulo: o ponto de vista dos trabalhadores. Mas essa ressignificação só foi possível a partir do momento em que este autor, em seus estudos de economia política, percebeu o proletariado como a classe com a tarefa histórica de superar a sociedade burguesa. Para tanto, buscou a superação de duas perspectivas unilaterais antagônicas – o materialismo de Feuerbach e o idealismo hegeliano -, bem como do senso comum, para “pensar simultaneamente a atividade e a corporeidade do sujeito, reconhecendo-lhe todo poder material de intervir no mundo”. Esta intervenção é a práxis (KONDER, 1992, p. 115, VÁZQUEZ, 2007).

Na opinião de Vázquez, a práxis ocupa lugar central na filosofia marxista, que se propõe a ser guia filosófico dos processos de transformação do mundo. “À sua luz, devem-se abordar os problemas do conhecimento, da história, da sociedade e do próprio ser” (VÁZQUEZ, 2007, p. 51).

Assim sendo, a práxis na perspectiva marxiana é a

[...] atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformam-se a si mesmos. É a ação que para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa da reflexão, do autoquestionamento, da teoria; é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática (KONDER, 1992, p.115).

A consciência da práxis, por sua vez, ultrapassa os limites da sua atividade para perceber a dimensão antropológica, gnoseológica e social inscrita na mesma; percebe que seus atos envolvem os atos dos demais e estes refletem em sua própria atividade; percebe que seus atos contribuem para escrever a história humana e, por isso, compreende que precisa da teoria para captar o conteúdo da práxis em sua totalidade.

Contudo, a consciência da práxis é exigida pela própria história da práxis concreta, mas só foi possível quando já aperfeiçoaram ao longo da trajetória das ideias, os princípios teóricos necessários.

Essa consciência é a que historicamente foi se elevando por meio de um longo processo que é a própria história do pensamento humano, condicionada pela história inteira do homem como ser ativo e prático, a partir de uma consciência ingênua ou empírica da práxis, até uma consciência filosófica que capte sua verdade – uma verdade que nunca é absoluta – com o marxismo. [...] Ela só é alcançada historicamente, isto é, em uma fase histórica determinada – quando a própria práxis, isto é, a atividade prática material, chegou seu desenvolvimento em um ponto em que o homem já não pode continuar atuando e transformando de forma criadora – isto é, revolucionariamente – o mundo – como realidade humana e social -, sem cobrar uma verdadeira consciência da práxis (VÁZQUEZ, 2007, p. 36).

A práxis pode ser classificada como produtiva, política, artística ou experimental, de acordo com a matéria prima e os fins empregados na atividade prática. A práxis produtiva corresponde à relação de transformação que o ser humano constitui com a natureza, através do trabalho, para atender determinadas necessidades. É uma das formas fundamentais de práxis, pois através dela o homem não só cria um mundo humanizado, como também se produz a si mesmo. A práxis artística corresponde à criação de obras de arte. Assim como a produtiva, é, também, transformação de uma matéria, mas por uma necessidade de expressão e comunicação (VÁZQUEZ, 2007).

A práxis experimental, por sua vez, corresponde à atividade de experimentação que visa atender às necessidades de pesquisa teórica. Por fim, na práxis política o homem atua sobre o próprio homem como ser social, seja um indivíduo isolado, grupos, classes sociais ou mesmo a sociedade inteira, e tem por objetivo a “direção e estruturação da sociedade, de acordo com interesses e fins correspondentes”. Nessa forma de práxis, a luta desenvolvida por grupos e classe requer organização de seus membros, exige processos efetivos de luta e gira

em torno de conquista ou conservação de um organismo concreto que é o Estado (VÁZQUEZ, 2007, p. 231).

Vale ressaltar que na obra de Vázquez (2007) e de Konder (1992) também encontramos possibilidades de aproximação entre as categorias práxis e atividade. De acordo com Vázquez (2007, p. 219), “toda práxis é atividade, mas nem toda atividade é práxis”. Este autor concebe atividade como “ação, conjunto de atos que modificam uma matéria exterior ou imanente ao agente”. E salienta que, a atividade não deve ser analisada de forma separada do ato ou dos demais atos que a constituem, evidenciando as características de uma totalidade.

De acordo com Vázquez, a práxis é “atividade real transformadora do mundo” (2007, p. 112). É a *atividade prática* que se insere em uma práxis humana social, cujos atos individuais envolvem os atos dos demais que, por sua vez, refletem na própria atividade. Ou seja, a atividade material humana pode vir acompanhada de um processo reflexivo mais profundo que questiona a realidade concreta na qual os seres humanos se encontram, e buscar a transformação dessa realidade. Por isso, há, na práxis, “a elaboração de um conceito filosófico da *atividade prática*” (2007, p. 28, grifo nosso).

Konder (1992, p. 116) afirma que: “a práxis é a *atividade* que, para se tornar mais humana precisa ser realizada por um sujeito mais livre e mais consciente. Quer dizer, é a atividade que precisa da teoria”. Por consequência, o que a diferencia das demais atividades é a exigência da teoria, que permite ao ser humano retificar-se autocriticamente, aprimorar-se e atingir seus objetivos (seu *telos*) (KONDER, 1992).

Vale ressaltar ainda que essa perspectiva de renormalização da atividade do trabalho também pode ser percebida na obra de Konder (1992), sobre a filosofia da práxis, que afirma que:

Não há como pretender explicar o ser humano, esgotá-lo numa interpretação teórica, reduzir seus movimentos a qualquer lógica (por mais sofisticada que seja), porque sua atividade desborda de qualquer conhecimento, na medida em que ele está sempre inventando algo novo [...]. O ser humano nunca pode ser suficientemente conhecido em sua realidade imediata, que é uma realidade que está sendo constantemente superada. Por isso, o acesso a ele se dá através de uma mediação essencial, constituída pela atividade que ele desenvolve incessantemente na transformação do mundo e em sua autotransformação (KONDER, 1992, p. 107).

Dessa passagem da obra de Konder, podemos perceber a crítica à noção de heterodefinição do trabalho, em virtude da permanente capacidade de renormalização da atividade. Esta não é sem consequências para o ser humano, que se recria constantemente, dado o caráter educativo do trabalho. Nas próximas seções aprofundaremos esses dois aportes teóricos (atividade e práxis), em diálogo com os saberes e com a perspectiva histórica.

3.3 A UNIDADE ENTRE TRABALHO E SABERES NA ERGOLOGIA

Para discutir os saberes presentes na atividade do trabalho, apresentamos o que se denomina por saberes constituídos e saberes investidos na ergologia.

Os saber constituído é o que se encontra anteriormente e exteriormente à atividade do trabalho e possibilita a produção da norma. Conhecido como saber, ou saber acadêmico, consiste em “tudo o que é conhecido, formalizado nos ensinamentos, nos livros, nos softwares, nas normas técnicas, organizacionais, econômicas, nos programas de ensino, etc” (TRINQUET, 2010, p. 100). Contudo, por maior o destaque que se dê a esses saberes, este por si só não é apto a esclarecer o trabalho real. Isso, pois, o saber constituído é genérico, generalizável, independente de circunstâncias particulares, e, assim, caracterizado como em desaderência à atividade.

De acordo com Schwartz (2013):

Há em toda situação de trabalho uma dimensão estabelecida de “protocolo” – felizmente – que podemos manipular, ensinar mais ou menos à distância, mais ou menos independente de sua execução em situação real e singular: saberes se traduzindo em sequências estabelecidas, procedimentos lógicos, técnicos, organizacionais, jurídicos... Protocolos se expressando em um conjunto de conceitos, com a ambição de generalidade que define todo o uso de conceitos. [...] saberes legitimamente descontextualizáveis, saberes constituídos em relativa desconexão do aqui e agora – que eu denomino relativa “desaderência” (SCHWARTZ, 2013, p. 19).

Entretanto, tampouco os saberes disciplinares são suficientes para se explicar o que se passa na atividade do trabalho. É importante fazer emergir outro tipo de saber, o saber investido, que apenas as pessoas em situação de trabalho são portadoras. Tratam-se dos saberes produzidos e mobilizados na gestão entre as normas antecedentes e as renormalizações, ou seja, no debate de normas. Resultado da história individual e coletiva, aprendido nas experiências de trabalho e de vida, este é um saber entrelaçado à atividade em questão e produzido em tempo real, não formalizado ou registrado em algum lugar. Um saber que habita a mente e o corpo, o “corpo-si”. Por isso, também denominado como saber em aderência à atividade (TRINQUET, 2010).

Schwartz, em seu artigo “A experiência é formadora?”, aborda a relação entre os saberes investidos e a experiência, e reconhece o corpo-si como lugar que abriga o patrimônio histórico, substrato desses saberes:

[...] não sabemos jamais exatamente, contrariamente a um protocolo o qual controlamos (*tentamos* controlar) todos os determinantes, qual é a entidade, a pessoa, o sujeito que faz a experiência. É sempre presente seu patrimônio histórico, que é o substrato com o qual esse ser vai fazer a experiência de um acontecimento particular em um misto de inteligência, de saberes, mais ou menos claros para si mesmo. Nessa experiência, encontramos uma parte que alguns afirmarão rotinizadas outros falarão de uma memória que não se verbaliza nem se conscientiza no instante, finalmente somos confrontados ao enigma do corpo. Não é verdadeiro apenas para as atividades ditas manuais, mas igualmente nas relações de serviço: nas quais também o corpo é implicado no trabalho, as posturas, a modulação da voz, que fazem parte da maneira como a pessoa mobilizará esse patrimônio da história para tratar de qual ou tal maneira a pessoa que ela tem em face. É por isso que não sabemos bem *quem* faz a experiência. Tenho uma expressão para designar esse enigma, *corpo-si* ou a *pessoa-si*. Nisto que *faz experiência*, há história de nossos fracassos, nossos sofrimentos, nossos sucessos, nossos engajamentos uns com os outros, atravessados pelas nossas relações com os valores; e nosso corpo carrega essa história, sem que nós a saibamos muito bem (SCHWARTZ, 2010, p. 43, grifos do Autor).

Há uma série de formas intermediárias de aderência dos saberes investidos, desde os saberes mais próximos dos conceitos e mais verbalizáveis, aos mais ocultos no corpo e mais inconscientes. Também os saberes constituídos possuem níveis de desaderência, se comparamos, por exemplo, uma norma de uma empresa a um texto jurídico, ou a uma fórmula química (SCHWARTZ, 2009; SCHWARTZ, 2010).

Como o intuito de promover o diálogo entre os saberes constituídos e os saberes investidos, o Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P) foi criado a partir da necessidade de se admitir uma postura ética e epistemológica na construção de um novo saber a respeito da atividade humana (SCHWARTZ, DURRIVE, 2008).

No DD3P, o primeiro polo, dos saberes constituídos, refere-se aos conhecimentos disciplinares e acadêmicos que antecedem e tentam governar a atividade - normas antecedentes. O segundo polo, dos saberes investidos, refere-se aos saberes criados e recriados no debate de normas das experiências de trabalho. (TRINQUET, 2010). O terceiro polo, por sua vez, os das disposições éticas e epistemológicas possibilita que os protagonistas envolvidos no dispositivo retrabalhem seus próprios recursos e construam um projeto de cooperação em comum, a partir de uma postura de escuta e diálogo (SCHWARTZ, 2009; CUNHA, 2010).

A respeito do terceiro polo, Schwartz (2000) destaca que:

Ele se articula sobre uma determinada filosofia de humanidade, uma maneira de ver o outro como seu semelhante. Isto quer dizer que vemos o outro como alguém com quem vamos aprender coisas sobre o que ele faz, como alguém de quem não pressupomos saber o que ele faz, quais são seus valores e como eles têm sido "(re)tratados". O "desconforto intelectual" consiste em admitir que generalidades e modelizações devem ser sempre reapreciadas. Esta disposição não se ensina, mas *se*

empresta, no sentido de que nos impregnamos no contato recíproco com aqueles que estão no outro polo. Vemos como funciona sua relação com o trabalho e com os valores, impregnamos-nos da ideia de que, quando vemos alguém trabalhar é preciso tentar reconstituir, em parte, suas “dramáticas do uso de si”. O terceiro polo, contrariamente aos dois outros, não contém saberes pré-estocados ou saberes investidos nas atividades, mas impõem, de uma parte, certa humildade dos universitários⁴ para retornar a palavra à atividade e, de outra parte, uma aceitação da disciplina do conceito e de sua aprendizagem pelos protagonistas das atividades (SCHWARTZ, 2000, p. 44-5).

Partindo desses pressupostos, a ergologia nos convoca a desenvolver um olhar clínico sobre o tratamento e re-tratamento do saber e do valor, e o debate de normas e renormalizações realizadas no âmbito da atividade. Nesse processo, “o saber e o valor seriam como que substâncias que, em permanência, se desenvolvem, transformam-se, aprendem-se e eventualmente se aplicam nas atividades de trabalho configurando-se no que chamamos de competência”. O estudo sobre as competências nos ajuda a compreender a articulação entre o saber técnico, social e os valores que atravessam a atividade (CUNHA, 2005, p. 10).

As competências refletem saberes de diversos tipos, desde o técnico ao relacional, e quando requeridas, deslocam-se entre situações, já que resultam da trajetória de vida, formação e experiências profissionais anteriores. É, portanto, no contexto de trabalho que as competências entram em exercício, produzindo – mais ou menos – eficácia, produtividade e capacidade de gerir os riscos à saúde (CUNHA, 2005).

Na caracterização das competências, seis elementos heterogêneos - denominados por Schwartz de ingredientes - se combinam. De acordo com esse autor, é indispensável a associação de um determinado número desses ingredientes para o agir em competência de determinada pessoa em certa circunstância (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Assim, essa análise deve ocorrer de forma contextualizada, uma vez que “tais ingredientes interagem dinamicamente ante os desafios, no instante em que as competências são requisitadas” (CUNHA, 2005, p. 11).

O primeiro ingrediente da competência refere-se à capacidade de apreensão do protocolo, ou seja, os saberes constituídos. Esse ingrediente diz respeito à compreensão da linguagem formal, dos conceitos, dos regulamentos, das técnicas, tudo que diz respeito à norma antecedente (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

O segundo ingrediente refere-se à capacidade de governar as variabilidades que aparecem durante o trabalho, para o qual o sujeito utiliza a sua experiência, sua história e seus hábitos (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Trata-se de uma competência de “difícil

⁴ Representantes do polo um

transmissão, o que requer tempo de incorporação, e, sendo feita em situação, requer cooperação daqueles que *conhecem* o trabalho”. Nesse processo, o sujeito também “se qualifica, consolida e/ou recria tipos de saber, ele ganha em experiência”. (CUNHA, 2005, p. 12-3, grifo da Autora).

O terceiro ingrediente refere-se à capacidade de associar, dialeticamente, os ingredientes um e dois no ato de trabalho. Tal ingrediente pode ser percebido na capacidade de fazer escolhas adequadas ao confrontar o prescrito do trabalho às situações específicas (CUNHA, 2005).

O quarto ingrediente da competência remete ao trabalho dos valores que atravessa a atividade industriosa. Este ingrediente consiste na adesão do trabalhador ao projeto, na perspectiva de desneutralizar o meio de trabalho, ou seja, marca-lo com suas escolhas próprias. Neste ingrediente ocorre, portanto, um julgamento subjetivo da atividade, uma vez que a atividade a prestar é analisada a partir do “si”. A depender do sentido conferido ao trabalho, a sua atuação pode corresponder a um uso de si adequado ou deturpado (MAILLIOT, DURRIVE, 2015).

O quinto ingrediente atua como consequência do debate de valores que atravessa a atividade. A depender do seu engajamento na tarefa, “o indivíduo tem de mobilizar seus recursos e colocar em correspondência sua intenção com um dado ambiente de trabalho”. Para isso, potencializa os ingredientes anteriores, como fazer melhor uso dos saberes constituídos ou investidos, e produzir melhor sinergia entre ambos (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 218).

Por fim, o sexto ingrediente da competência refere-se a gerir e produzir cooperação entre indivíduos e coletivo de trabalho. Constantemente aplicado em trabalhos coletivos, o ingrediente seis possibilita a complementaridade dos demais ingredientes, já que provoca o processo de avaliação individual e coletiva, de forma a melhorar a ação coletiva (CUNHA, 2005).

3.4 A UNIDADE ENTRE TEORIA E PRÁTICA NA FILOSOFIA DA PRÁXIS

Na práxis, teoria e prática formam uma unidade indissolúvel na construção de um conhecimento crítico e de uma ação transformadora sobre a realidade (FREIRE, 1987). Vale relembrar as palavras de Konder (1992, p. 116), ao afirmar que: “a práxis é a *atividade* que,

para se tornar mais humana precisa ser realizada por um sujeito mais livre e mais consciente. Quer dizer, é a atividade que precisa da teoria”.

Destaca-se a criticidade assumida pelo conhecimento científico e pela atividade prática, uma vez que a práxis, na perspectiva marxiana, não se refere à unidade teoria e prática, simplesmente, mas à sua articulação na perspectiva da transformação social. Na XI Tese de Feuerbach essa compreensão fica evidente, quando Marx afirma que “os filósofos apenas interpretaram o mundo de diferentes maneiras; o que importa é transformá-lo” (MARX, ENGELS, 2009, p. 122).

Para Vázquez (2007), essa passagem de Marx estabelece o vínculo histórico entre a filosofia marxista e a prática, superando, por sua vez, a filosofia tradicional. Tal crítica refere-se à filosofia que, enquanto mera interpretação, admite a realidade tal como ela é, ou seja, não contribui para a sua transformação. Não se trata de negar a teoria, mas de vinculá-la à práxis, a serviço da transformação. Contudo, esta transformação deve se orientar por uma interpretação de natureza teórica e científica (VÁZQUEZ, 2007).

Dessa forma, a práxis impõe que não se limite à compreensão da realidade. Em hipótese alguma, entretanto, pode-se renunciar ao empenho interpretativo, que possibilita retificar-se, aprimorar-se e atingir suas finalidades (o telos) (KONDER, 1992). Entre teoria e prática, filosofia e realidade pressupõe-se uma estreita relação, na qual ambas precisam se extinguir para dar uma origem à práxis. A esse respeito Vázquez afirma que:

Por meio da práxis a filosofia se realiza, se torna prática, e se nega, portanto, como filosofia pura, ao mesmo tempo em que a realidade se torna teórica no sentido de que se deixa impregnar pela filosofia. Portanto, a passagem da filosofia à realidade requer a mediação da práxis (VÁZQUEZ, 2007, p. 116).

Este processo possibilita com que a prática se dê a uma reflexão e crítica. Ou seja, a prática, quando tomada como curiosidade, desperta possibilidades. Um processo que proporciona o amadurecimento político dos grupos populares, à medida que seus participantes discutem os aspectos e as circunstâncias da prática e compõem um entendimento coletivo sobre os obstáculos e suas soluções. Por isso, “interpretar a realidade é uma ato coletivo” (FREIRE, NOGUEIRA, 2009, p. 58).

Dessa forma, a reflexão sobre a prática supera a ingenuidade, aproximando-a da utopia (FREIRE; NOGUEIRA, 2009). Vale lembrar que o homem comum é portador de uma curiosidade ingênua, de um “saber de pura experiência feito” (FREIRE, 1996, p. 29). Ele percebe sua “atividade prática como um simples dado que não requer explicação” e crê que é

possível viver distante de toda teoria e reflexão, pois os objetos apresentam significação por si só. Para o homem comum, a teoria só lhe prejudicaria nas respostas às demandas práticas do seu dia-a-dia. Ao observar a atividade prática política, considera-a desnecessária, pois, na sua visão, não produzirá as mudanças efetivas. Este atitude, afirma Vázquez, acaba por depreciar o homem como um ser da transformação e provoca seu afastamento em relação à atividade política em geral (VÁZQUEZ, 2007, p. 31).

Na mesma perspectiva, Vázquez (2007) afirma que o homem comum possui certa idealização da práxis, à qual seguira persistentemente à medida que não se libertar da cotidianidade para alcançar o nível reflexivo. Entre a consciência comum ou espontânea e a consciência reflexiva existem diversos níveis da práxis. É uma vez que a consciência comum não atravessa a distância à consciência reflexiva, não pode sustentar uma autêntica práxis.

Embora extensa, vale a pena transcrever um trecho da obra Freire (1987) que nos ajuda a compreender essa relação entre teoria e prática na filosofia da práxis:

Ao defendermos um permanente esforço de reflexão dos oprimidos sobre suas condições concretas, não estamos pretendendo um jogo divertido em nível puramente intelectual. Estamos convencidos, pelo contrário, de que a reflexão, se realmente reflexão, conduz à prática.

Por outro lado, se o momento já é o da ação, esta se fará autêntica práxis se o saber dela resultante se faz objeto da reflexão crítica. É neste sentido que a práxis constitui a razão nova da consciência oprimida e que a revolução, que inaugura o momento histórico desta razão, não pode encontrar viabilidade fora dos níveis da consciência oprimida.

A não ser assim, a ação é puro ativismo.

Desta forma, nem um diletante jogo de palavras vazias – quebra-cabeça intelectual – que, por não ser reflexão verdadeira, não conduz à ação, nem ação pela ação. Mas ambas, ação e reflexão, como unidade que não deve ser dicotomizada (FREIRE, 1987, p. 52-3).

Podemos observar, assim, certa oposição entre teoria e prática de caráter relativo, pois à medida que nos aproximamos dessa relação percebemos mais uma diferença do que uma oposição. Uma real oposição só se observa quando a relação entre teoria e prática se estabelece sobre uma estrutura falsa, ou seja, fora da práxis. Trata-se de “uma diferença no seio de uma unidade indissolúvel” em que ambas possuem “autonomia e dependência de uma com relação à outra” (VÁZQUEZ, 2007, p. 243).

Uma análise histórica da relação entre teoria e prática, nos leva a perceber a prática como fundamento da teoria, uma vez que é possível observar uma progressão do conhecimento científico a partir das demandas apresentadas pela produção material. Em outras palavras, é a prática “que determina o horizonte de desenvolvimento e progresso da ciência” (VÁZQUEZ, 2007, p. 243). Em diferentes períodos históricos, um baixo nível de

desenvolvimento científico está relacionado a um escasso desenvolvimento das forças produtivas. Foi, contudo, com o nascimento e ascensão da burguesia, na modernidade, que ambos, produção e ciência, foram impulsionados.

É necessário que também observemos esta relação sob outro enfoque: a partir de uma correlação na qual a teoria antecipa a prática. Para além de dar respostas às práticas que já existem, a teoria pode estar vinculada a uma prática inexistente ou que se desenvolve ainda de forma embrionária. Nesse caso, o que determina a teoria é uma antecipação ideal da prática, ou seja, a atividade teleológica humana, um projeto que só se concretiza no encontro com a teoria. Com isso, a prática exige uma nova prática, ainda inexistente, e que posteriormente se vinculará à teoria. Esta é uma forma de vinculação recorrente na história da ciência e que impulsiona a produção de teorias em resposta a dilemas e contradições de outras já existentes. (VÁZQUEZ, 2007).

O fato de a prática atuar como fonte e como fim da teoria mostra-nos que esta relação não deve ser concebida de forma simplificada. Pelo contrário, trata-se de “um processo complexo no qual algumas vezes se transita da prática à teoria, e outras desta para à prática”. Por outro lado, essa submissão da teoria em relação à prática nos leva a constatar que: a teoria responsabiliza-se pelas demandas práticas e tem sua origem na prática; e “a prática – concebida como práxis humana total – tem a primazia sobre a teoria”. Este supremacia, entretanto, não deve ser percebida como uma confrontação à teoria, mas como uma profunda dependência (VÁZQUEZ, 2007, p. 257).

Por maior que seja a primado da prática sobre a teoria, esta jamais se torna teórica por si só, isto é, não transparece sua racionalidade ou sua verdade. Mas para isso, é necessário que esta prática tenha certo conhecimento da realidade que altera e das demandas que atende. Vale mencionar aqui a VIII tese de Marx a Feuerbach, que afirma que: “A vida social é essencialmente *prática*. Todos os mistérios que induzem a teoria ao misticismo encontram sua solução racional na prática humana e na compreensão dessa prática” (MARX, ENGELS, 2009, p. 125). A prática científica, por exemplo, só pode ser desvendada pelo cientista que possui uma chave de leitura para interpretá-la e analisa-la. Do mesmo modo, as lutas sociais por si só não possibilitam a compreensão da “missão histórico-social” do proletariado. Sem o papel interpretativo da teoria, a prática permanece oculta.

Mas se a práxis não adota uma concepção empirista da prática – ao admitir que a prática não fala por si mesma – tampouco uma concepção idealista – que nega a prática como critério de verdade – possibilita-nos compreender o que se passa na práxis. Esse pensamento é explicitado na II Tese de Marx a Feuerbach, ao afirmar que:

A questão de saber se ao pensamento humano cabe alguma verdade objetiva [*gegenständliche Wahrheit*] não é uma questão da teoria, mas uma questão *prática*. Na prática tem o homem de provar a verdade, isto é, a realidade e o poder, a natureza ceterior⁵ [Diesseitigkeit] de seu pensamento. A disputa acerca da realidade ou não realidade de um pensamento que se isola da prática é uma questão puramente *escolástica* (MARX, ENGELS, 2009, p. 124, grifos dos autores).

Dessa passagem, pode-se compreender que a verdade objetiva da realidade não pode ser definida teoricamente. Pelo contrário, é preciso extrapolar o pensamento e encarnar na própria realidade, através da atividade prática objetiva. Para além da atividade, não é possível atestar a validade de uma teoria, “pois a verdade não existe em si, no puro reino do pensamento, mas sim na prática”, afirma Vázquez (2007, p. 146). E como então avaliar se nossos pressupostos teóricos estão corretos? À medida que atividade tem um caráter teleológico, a finalidade de uma atividade baseia-se no conhecimento que se tem da realidade a qual se pretende modificar. Se esses fins são alcançados quando colocados em prática, então o conhecimento da realidade é verdadeiro. Ou seja, “é na ação prática sobre as coisas que se demonstra se nossas conclusões teóricas a seus respeitos são verdadeiras ou não” (VÁZQUEZ, 2007, p. 146).

A respeito da compreensão teórica da prática e desta como critério de verdade, Vázquez (2007) afirma que:

Certamente cada ciência dispõe dos conceitos e métodos que lhe permitem utilizar a prática correspondente como critério de verdade. Mas essa impossibilidade da prática determinar por si só se algo é verdadeiro ou falso, isto é, sem a mediação da teoria, não significa que ela não seja, em última instância, o critério de verdade, nem que devemos buscar este critério em uma comprovação com os procedimentos teóricos, internos ou lógicos, oferecidos exclusivamente pela atividade teórica (VÁZQUEZ, 2007, p. 259).

Por sua relação de unidade com a prática, a teoria pode usufruir de certa autonomia, ainda que relativa, diante das necessidades práticas. Tal autonomia é fundamental para que a teoria auxilie a prática, sem, contudo, ficar a reboque dela, mas, em alguma medida, precedê-la. A partir do conhecimento do objeto em questão, pode-se transformá-lo mentalmente e transportá-lo para uma ocasião provável. Essa idealização, em alguma medida, ajuda a antever e planejar direções do seu desenvolvimento. Sem isso, a teoria não seria mais do que

⁵ Em algumas traduções o termo “natureza ceterior de seu pensamento” é substituído pelo termo “o caráter terreno de seu pensamento”.

exteriorização de uma prática e não cumpriria o papel de ser instrumento da práxis (VÁZQUEZ, 2007).

Mas para a teoria apresentar certa autonomia em relação à prática, fazem-se necessários alguns ingredientes teóricos, como: o conhecimento da realidade a ser transformada (objeto de trabalho); o conhecimento dos meios para transformar a realidade (os meios de trabalho); o conhecimento sistematizado sobre a prática; e a própria atividade orientada a fins, os quais devem estar voltados para responder as demandas da realidade. Dessa forma, vale relembrar, que na transformação prática do mundo, teoria e a prática formam uma relação de interdependência recíproca, ainda que se admita a primazia da prática sobre a teoria.

3.5 TRABALHAR É FAZER HISTÓRIA

Se, como já afirmava Canguilhem, a vida não é indiferente ao meio, mas também instituição do seu próprio meio, então a atividade é sempre, de imediato, debate de normas entre um ser vivo e um meio saturado de valores. “Constatar que os trabalhadores se apropriam das normas, mascaram, transgridem, jogam com elas inventando novas normas, em resumo, renormalizam permanentemente, significa que há vida, significa a possibilidade de dominar o sistema” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010 p. 81). Do contrário, se o prescrito é a realidade, então o homem é escravo do sistema.

Para Schwartz e Durrive (2010), tais debates, por serem escolhas regidas por valores, consistem em opções políticas. Ou seja, na ergologia, os valores inscritos nos debates de normas podem atender a interesses privatistas e mercantis, ou a valores de interesse público. Instaura-se um jogo entre dois polos. De um lado, o polo orientado por valores mercantis, mensuráveis e quantificáveis que visam utilizar a “atividade humana sob o enquadramento de contratos mercantis”, e de outro, os “valores referentes ao bem viver em comum”, que não são mensuráveis, e que se espera e se reivindica que sejam assumidos pelo Estado - polo da sociedade de direito (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 250).

Esses polos apresentam entre si relação problemática, mas interagem, consideram-se (um influencia o outro) e integram-se ao conjunto das normas antecedentes (como dimensão macro) que, por sua vez, se entrelaçam com a atividade (dimensão micro). “Do mais local na atividade ao mais global na escala da sociedade: debates permanentes de normas e valores” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 250).

Assim, a ergologia propõe o olhar para as particularidades que se desenvolvem na atividade do trabalho e a compreendê-las como um jogo, um debate, no qual se inserem normas e valores que são de ordem coletiva e individual, simultaneamente (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 32). Trata-se de um debate de normas que são, ao mesmo tempo, debates consigo mesmo, ligados à economia ou racionalidade do corpo, e debates e valores de ordem social, que atuam como um acordo entre as dimensões macro e micro. E através da atividade, temos acesso aos valores pelos quais os trabalhadores se engajam e que expressam as suas referências concretas.

Ou seja, na Ergologia pressupõe-se o trabalho da dialética do singular e do geral no âmbito da própria atividade. O singular se expressa ao olharmos para a vivência dos trabalhadores e reconhecermos que existem variabilidades no âmbito da atividade. Já o geral se expressa ao considerarmos que toda subjetividade exprime-se no quadro de escolhas sociopolíticas. Os processos globais não deixam de ser considerados, pelo contrário, eles podem ser interpretados nos postos de trabalho. Na atividade concreta do trabalho, esses processos podem ser apreciados: é o que Schwartz chama de *o ponto de vista da atividade* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Instaura-se um “vai e vem entre o microscópico da atividade e o macroscópico da vida social” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 264). Esse vai e vem é potencializado por meio de grupos coletivos, constituindo uma pressão ao polo do mercado ou ao polo do político. Contudo, antes de se estabelecer essa pressão, é preciso que o debate se instaure no mais micro da atividade, nas dramáticas do uso de si, ao nível de cada pessoa. E assim, a atividade apresenta-se como forma de colocar-se na história. Nela expressam-se contradições e crises.

Mas se acreditarmos que o trabalho é pura execução, então nada circula entre as pessoas. Do contrário, se acreditarmos que há uma distância que se coloca entre o trabalho prescrito e o trabalho real, reconhecemos que este é influenciado diretamente pelas histórias dos sujeitos que trabalham. Diferentemente da execução, o uso de si é uma tentativa de recentrar o meio em torno daquilo que são suas próprias normas, para o qual é essencial a circulação de valores e saberes. No uso de si, o trabalhador faz uso do seu corpo, da sua inteligência, da sua história, da sua sensibilidade e seus gostos. E assim, o trabalho é encontro de um sujeito com o que ele é, o que viveu, e o seu vir a ser, e como tal portador de possibilidades várias de mudanças frente às infidelidades do meio (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

Vale relembrar aqui o que Schwartz e Durrive (2010) denominam como triângulo da atividade. No registro um, o prescrito do trabalho, os saberes constituídos visam orientar e

enquadrar a atividade. No registro dois, o real do trabalho, através do patrimônio histórico dos conhecimentos, saberes, competências e valores que possuem, ocorre a ressingularização da atividade e desneutralização das normas antecedentes. O registro dois refere-se ao encontros de encontros, no qual ocorre a conjunção de coletividades humanas com os meios técnicos e materiais, e produz “[...] algo inédito, jamais inteiramente inédito, ao menos em parte” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 95).

Conforme Schwartz (2003):

Diante das normas antecedentes de todos os tipos, mais ou menos indispensáveis, mas todas parcialmente “inacabadas”, a atividade do trabalho, individual e coletivamente, deve – e esta é uma obrigação à qual ninguém pode se subtrair – dar-se normas de tratamento aqui e agora. E então, ao mesmo tempo, “fazer história” e produzir formas originais de saber para efetuar este tratamento. Toda “aplicação” de princípios técnicos-científicos é sempre, mais ou menos, uma “dramática do uso de si”, situada entre estas normas antecedentes e a necessidade de dar-se a si mesmo normas, aí onde as primeiras são “inacabadas” (SCHWARTZ, 2003, p. 26, grifos dos autores).

Assim, toda atividade de trabalho é atravessada pela história, já que carrega em si produtos que são herança da humanidade e dos povos anteriores, corresponde a um momento singular da história e, além disso, produz história. Não reconhecer a dimensão histórica que atravessa a atividade do trabalho significa desconsiderar as renormalizações efetuadas no âmbito da mesma, bem como desconsiderar que ela é influenciada diretamente pela história dos sujeitos e coletividades (SCHWARTZ, 2003). Em outras palavras, “a dialética permanente desses dois registros é um dos elementos da história humana” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 99).

Ainda de acordo com Schwartz (2003):

[...] nenhuma situação humana, sem dúvida, concentra, “carrega” com ela tantos sedimentos, condensações, marcas de debates da história das sociedades humanas com elas mesmas quanto as situações de trabalho: os conhecimentos acionados, os sistemas produtivos, as tecnologias utilizadas, as formas de organização, os procedimentos escolhidos, os valores de uso selecionados e, por detrás, as relações sociais que se entrelaçam e opõe os homens entre si, tudo isto cristaliza produtos da história anterior da humanidade e dos povos (SCHWARTZ, 2003, p. 23).

Trinquet (2010) reconhece que a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real e suas respectivas transgressões e renormalizações esclarecem, em alguma medida, a permanente evolução do trabalho humano. Do contrário, o produto do trabalho seria sempre o mesmo, assim como fazem as abelhas e as formigas. Essa evolução do trabalho relaciona-se diretamente ao que Schwartz denomina por *uso de si*.

Mas nesse processo, faz-se necessário destacar o conceito de entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP), que de acordo com Schwartz e Durrive (2010), existem em toda organização humana que tenha como finalidade a transformação do seu meio. O termo busca exprimir um agrupamento de pessoas (coletivo) em processos de trabalho, a partir de fronteiras não tão bem delimitadas, no qual circulam informações pertinentes ao desenvolvimento da atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010).

A instituição e o sucesso de uma ECRP requerem que se construa uma relação de igualdade e se partilhem projetos comuns entre todos, para que se possa fluir a troca entre seus integrantes e se permita o avanço das ‘micro-criatividades’. Por meio dela, propicia-se a dialética entre o polo dos valores, dos debates, ou polo político, e o polo no qual esses valores se processam por meio da atividade (um nível local). As ECRP oferecem “um lugar de transição entre o político e o trabalho” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 165); “[...] reprocessam valores que estão em jogo, local e globalmente, contribuindo à construção histórica” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010 p. 151).

E assim, esse não é simplesmente um agregador de trabalhadores; eles funcionam juntos, constroem critérios, regras e modelos que são compartilhados (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, p. 78).

3.6 PRÁXIS E PERSPECTIVA HISTÓRICA

Assim como a ergologia, na qual o uso de si mostra-se como uma reação do corpo-si às normas do meio, na práxis, a esfera subjetiva se relaciona à objetiva na construção do resultado real. Por se constituir como unidade dialética entre teoria e prática, a práxis possui duplo sentido: é subjetiva, por ser resultado de uma consciência, e é também objetiva, uma vez que se constitui de atos que podem ser averiguados objetivamente por outros sujeitos, atua sobre uma realidade material, utiliza-se de processos, meios e instrumentos objetivos e, por fim, dá origem a um produto ou resultado objetivo (VAZQUEZ, 2007).

O ponto de partida da práxis é um resultado ideal, uma finalidade ou teleologia, que existe idealmente na consciência do sujeito e que se propõe a atuar como guia do processo de transformação material. Como decorrência da resistência do meio à sua transformação, sempre ocorre certa dissonância entre o modelo ideal e sua realização. Isso ocorre, pois, “na medida em que entram em jogo elementos não propriamente ideais [...] já se está em uma esfera imprevisível na qual seu próprio domínio está também em jogo” (VÁZQUEZ, 2007, p.

263). Mas a consciência não pode se dar ao luxo de propor uma finalidade inicial inalterável, pois a dinâmica do meio e a singularidade do processo requerem uma consciência dinâmica. Ou seja, a consciência precisa permanecer ativa ao longo da práxis, seja para propor seu ideal, seja para modificá-lo de acordo com as circunstâncias. Com isso, ambas as esferas, objetiva e subjetiva, adaptam-se de forma recíproca e, seguindo por caminhos diversos, confluem no resultado real da práxis.

A esse respeito, Ramos (2010) conclui que:

A atividade prática é, por isso, simultânea e unitariamente, subjetiva e objetiva, dependente e independente de sua consciência, ideal e material. O sujeito não prescinde de sua subjetividade, mas também não se limita a ela, sobretudo porque entre o idealizado por sua consciência e o resultado da atividade existem as condições objetivas em que ela se realiza, que inclui a resistência que a realidade opõe ao fim que se pretende realizar. Assim, a atividade prática implica não só a sujeição do real ao idealizado como também a modificação do ideal em face das exigências do próprio real. Isso só pode ser assegurado, se a consciência se mostra ativa ao longo de todo o processo prático, o que demonstra, ainda mais vigorosamente, a unidade entre o teórico e o prático (RAMOS, 2010, p. 121-2).

Mas esta definição de atividade subjetiva na práxis, que pressupõe uma mente ativa ao longo do processo para dar resposta às imprevisibilidades do meio, não nos aproxima do conceito de uso de si da ergologia, o qual busca gerir o vazio de normas da atividade industriosa?

Assim como na ergologia, Vázquez também admite que o trabalhador possa ter grande conhecimento acerca do seu trabalho, mas este jamais é suficiente para dar conta das imprevisibilidades do meio, ou de acordo com a filosofia da práxis, da matéria. Nas palavras desse autor:

É certo que o sujeito prático enfrenta a matéria com certo conhecimento de suas propriedades e possibilidades de transformação, assim como dos meios mais adequados para submetê-la, mas a particularidade do fim ou projeto que se quer plasmar sempre dá lugar a uma modalidade específica à resistência da matéria, que torna impossível conhecê-la plenamente ou prevê-la de antemão (VÁZQUEZ, 2007, p. 268).

Essa constatação, entretanto, não elimina a função que a finalidade inicial desempenha na práxis. Esta, apenas, modifica-se ao longo do decurso e converte-se “em lei que rege a totalidade do processo” (VÁZQUEZ, 2007, p.269). Contudo, esta lei apenas pode ser revelada posteriormente, conferindo à lei, ao decurso e ao produto da práxis um caráter singular, inesperado e inimitável, atributo de toda criação genuína.

Pode-se falar em diversos níveis da práxis, conforme a capacidade da consciência em se manter ativa ao longo do processo prático e a intensidade de criação ou objetivação da matéria transformada. São elas: práxis criadora ou reiterativa, e práxis reflexiva ou espontânea. De modo geral, a práxis criadora possui estreita relação com a práxis reflexiva, assim como a reiterativa possui com a espontânea. Esses vínculos, contudo, não são estáticos, ou seja, a práxis espontânea pode levar a um processo criativo, assim como a práxis reflexiva pode estar articulada a uma práxis reiterativa (VÁZQUEZ, 2007).

O que diferencia a práxis reiterativa da criadora é o fato de a primeira se concretizar em consonância com uma lei concebida a priori e, por isso, sempre originar produtos com propriedades similares, enquanto a segunda se efetiva sem se adaptar integralmente a uma lei planejada anteriormente, criando um produto inédito e exclusivo. Vázquez (2007, p. 267) considera a práxis criadora como determinante na práxis humana total, pois é ela que nos permite atender a “mais vital necessidade humana”, ou seja, a capacidade de criação e, com isso, produzir um mundo humano e o próprio homem. Nas palavras desse autor:

Do ponto de vista da práxis humana, total, que se traduz definitivamente na produção ou autocriação do próprio homem, a práxis criadora é determinante, já que é justamente ela que lhe permite enfrentar novas necessidades, novas situações. O homem é o ser que tem de estar inventando ou criando constantemente novas soluções. Uma vez encontrada uma nova solução, não lhe basta repetir ou imitar o resolvido; em primeiro lugar porque ele mesmo cria novas necessidades que invalidam as soluções alcançadas, e, em segundo, porque a própria vida, com suas novas exigências, se encarrega de invalidá-las. Mas as soluções alcançadas têm sempre, no tempo, certa esfera de validade; daí a possibilidade e a necessidade de estendê-las, isto é, de repeti-las enquanto essa validade se mantenha. A repetição se justifica enquanto a própria vida não reclama uma nova criação (VÁZQUEZ, 2007, p. 267).

Ainda que essencialmente criadora, a práxis humana total caracteriza-se por essa alternância entre a criação e a reiteração de uma práxis já constituída. Vale lembrar que na práxis criadora é necessária uma unidade sólida entre subjetivo e objetivo, isto é, uma consciência ativa ao longo da prática material. Esta se caracteriza, ainda, pela: “imprevisibilidade do processo e do resultado; pela unidade e irrepitibilidade do produto” (VÁZQUEZ, 2007, p. 269).

A práxis reiterativa, por sua vez, distingue-se da criativa pela inexistência das três características apresentadas acima, ou por manifestá-las de forma insignificante. Nessa forma de práxis ocorre a quebra da unidade entre subjetivo e objetivo e a finalidade inicial permanece imutável ao longo da práxis, reproduzindo um produto já existente. Aqui há pouca abertura para a imprevisibilidade, uma vez que o planejamento e a realização se assemelham.

De acordo com Vázquez (2007, p. 275), “o resultado real do processo prático corresponde plenamente ao resultado ideal”. Para esse autor, a práxis reiterativa não gera mudanças na realidade, apenas amplifica o que já foi criado, e por isso deve ser considerada uma práxis inferior à criadora.

Vázquez (2007) reconhece que é possível perceber os efeitos negativos da práxis repetitiva na produção excessivamente mecanizada, especialmente no trabalho em cadeia e segmentado, opondo-se de forma considerável ao trabalho em seu caráter concreto, conforme caracterizado por Marx. Enquanto na práxis criadora é possível constatar a coesão entre consciência e corpo e o produto da práxis expressa o trabalhador que o produziu (objetivação), na práxis reiterativa, o fracionamento do trabalho implica na fragmentação do próprio homem, que se engaja em uma única atividade, que diz respeito a um só procedimento da produção. Nessa fragmentação, exige-se do trabalhador o mínimo de mediação da consciência. Embora extensa, vale citar um trecho da obra desse autor, no qual ele caracteriza a produção mecanizada como um espaço de mínima (ou inexistente) intervenção do operário:

A atividade parcelada, unilateral e monótona do operário foi fixada previamente, sem que ele tivesse nenhuma participação nisso. Isto é, não só se fixa antecipadamente, e de forma acabada, o fim de sua atividade, o objeto real que há de se realizar, como todos e cada um dos passos que ele dará também são determinados de antemão, sem possibilidade de desvios. Não só se conforma o fim, como também a própria atividade para evitar todo desvio e concluir, portanto, qualquer margem de imprevisibilidade, com a particularidade de que o operário não só não intervém com sua consciência nessa atividade prévia ideal, como nem sequer é consciente do lugar que ocupa essa sua atividade parcelada dentro do processo total do qual ela não é mais do que um fragmento. Para evitar toda imprevisibilidade no resultado global que se deseja obter, determinam-se até o máximo o ritmo, o tempo e os movimentos do operário, tendendo-se a torná-los mais simples e reduzidos, pois quanto maior for o número de movimentos que a mão realizar, e quanto mais delicados eles forem, maior também será a probabilidade de desvio da norma fixada. E ainda que a intervenção consciente do operário pudesse corrigir o erro, os desvios da norma devem ser excluídos por princípio, em nome dos lucros econômicos que a produção deve assegurar acima de tudo (VÁZQUEZ, 2007, p. 281).

Nesse aspecto podemos perceber certo distanciamento da filosofia da práxis em relação à perspectiva ergológica, pois esta pressupõe que a atividade jamais é pura execução de uma lei concebida a priori, ou seja, ela se reinventa a todo o momento e, por isso, possui sempre, em alguma medida, um caráter criador.

No entanto, em outra passagem da obra de Vázquez (2007), esse autor reconhece que toda atividade exige alguma presença da consciência, ainda que seja para garantir o cunho mecânico do procedimento e suprimir suas intervenções. Ou seja, suprimir a consciência da práxis não deixa de ser uma atitude plenamente consciente.

Ao analisar o papel da consciência na práxis, Vázquez (2007) discute o que ele denominou como consciência prática e consciência da práxis. De acordo com esse autor, a consciência prática é a que atua no percurso criativo para transformar o resultado ideal em real. Já a consciência da práxis é a que, além de projetar, moldar a atividade prática, também se percebe a si mesma como consciência planejada ou, “sabe que a atividade que rege as modalidades do processo prático é sua, e que, além disso, é uma atividade procurada ou desejada por ela” (VÁZQUEZ, 2007, p. 293). A consciência da práxis é, portanto, a que retorna sobre si mesma e à atividade ao qual constituiu.

Trata-se de duas formas distintas de consciências, que não se misturam, mas de alguma forma se relacionam, dado que:

[...] por um lado a consciência prática como atividade ideal que se materializa, torna possível que se transpareça ou se eleve a consciência do que está se plasmando, e que, por sua vez, a consciência da práxis pode contribuir para enriquecer a atividade real, material e, com isso, elevar a consciência (prática) que nela se plasma. Podemos dizer, assim, que a consciência da práxis vem a ser autoconsciência prática (VÁZQUEZ, 2007, p. 293).

Considerando-se os níveis de expressão da autoconsciência prática, é possível distinguir a práxis em reflexiva e espontânea. Em ambas estão presentes a consciência prática, mas o que diferencia a primeira da segunda é que na práxis reflexiva é possível observar uma alta consciência da atividade prática em desenvolvimento, enquanto na práxis espontânea esta consciência é baixa ou inexistente. Não se deve confundir, entretanto, a práxis espontânea com a práxis repetitiva, já que esta é caracterizada tanto pela ausência da criação quanto pela ausência de espontaneidade. Por outro lado, a práxis criadora pode se caracterizar como reflexiva ou espontânea.

Freire (1998) nos relembra que os homens são os únicos seres que conseguem fazer da sua atividade e de si próprios, objetos da consciência, o que lhes possibilita infundir sua existência criadora e transformadora no mundo. Ao contrário dos animais, os homens não apenas vivem, mas também existem. E por que “são consciência de si, [...] porque são um ‘corpo consciente’, vivem uma relação dialética entre os condicionantes e sua liberdade”. Ou seja, o fato de se distanciarem de sua atividade e do mundo permite-lhes ir além das “situações limites” e percebê-las como “dimensões concretas e históricas de uma dada realidade”, a serem superadas através dos “atos-limites” (FREIRE, 1987, p. 90).

E uma vez que não são as situações-limites por si só que promovem a falta de esperança, mas sim a compreensão delas como algo insuperável, a partir do momento em que

homens e mulheres distanciam-se da realidade de forma crítica, desenrola-se um ambiente de esperança, que os levam a empenharem a construção do inédito viável. Mas, superadas as situações-limites, outras aparecerão, impulsionando novos atos-limites. E assim, é inerente ao ser humano confrontar-se com uma realidade marcada pelas situações-limites e inserir-se no movimento de busca por *ser mais* através da práxis (FREIRE, 1987).

Esse autor afirma ainda que:

A diferença entre os dois, entre o animal, de cuja atividade, porque não constitui “atos-limites”, não resulta uma produção mais além de si e os homens que, através de sua ação sobre o mundo, criam o domínio da cultura e da história, está em que somente estes são seres da práxis. Práxis que, sendo ação e reflexão verdadeiramente transformadora da realidade, é fonte de conhecimento reflexivo e criação. Com efeito, enquanto a atividade animal, realizada sem práxis, não implica a criação, a transformação exercida pelos homens a implica.

E é como seres transformadores e criadores que os homens, em suas permanentes relações com a realidade, produzem, não somente os bens materiais, as coisas sensíveis, os objetos, mas também as instituições sociais, suas ideias, suas concepções.

Através de sua permanente ação transformadora da realidade objetiva, os homens, simultaneamente, criam a história e se fazem seres histórico-sociais (FREIRE, 1987, p. 92).

Desta passagem é importante destacar a articulação entre reflexão e o processo criativo, inerente à práxis, e sua relação com o desenvolvimento da história e a constituição dos homens enquanto seres histórico-sociais.

Por outro lado, esse autor reconhece à esperança como um fator imprescindível à experiência histórica, pois seria uma incoerência se, em seu processo de busca por *ser mais*, o ser humano buscasse sem esperança. “Sem ela não haveria História, mas puro determinismo” (FREIRE, 1996, p. 72). Enquanto a esperança leva-nos a não aceitar a realidade como dada, como determinada, o conformismo é negador da humanização. Por isso, o ser humano, enquanto ser histórico é um ser da esperança.

É bastante conhecida a frase de Paulo Freire (1987, p. 82) que afirma que: “Não é, porém, a esperança um cruzar de braços e esperar. Movo-me na esperança enquanto luto e, se luto com esperança, espero”. Dai que a esperança seja inerente ao inacabamento dos homens, inserindo-os em um movimento de permanente busca por *ser mais*. Entretanto, vale lembrar, a superação da realidade opressora só se valida objetivamente, ao passo em que se valoriza a importância da subjetividade no enfrentamento pelas mudanças estruturais. Dessa forma, é importante confrontar-se com o “imobilismo subjetivista” de quem espera inerte (FREIRE, 1987, p. 37).

Na terceira Tese sobre Feuerbach é possível perceber como Marx compreendeu a unidade das dimensões objetivas e subjetivas na práxis:

A doutrina materialista sobre a modificação das circunstâncias e da educação esquece que as circunstâncias são modificadas pelos homens e que o próprio educador tem de ser educado. Ela tem, por isso, de dividir a sociedade em duas partes – a primeira das quais está colocada acima da sociedade.
A coincidência entre a altera[ção] das circunstâncias e a atividade ou automodificação humanas só pode ser apreendida e racionalmente entendida como prática revolucionária (MARX, ENGELS, 2009, p. 120, grifo dos autores).

Nesta passagem podemos perceber uma crítica à ideia iluminista de que a sociedade é passível de mudanças apenas por meio da educação, desconsiderando-se o papel da prática transformadora. Para Marx, os homens não são simples resultado das circunstâncias, mas também as produzem. Essa passagem alerta-nos para o papel ativo do homem diante do meio e nos lembra de que os educadores também precisam ser educados, superando-se, assim, o dualismo educador / educando. Mas essa superação requer a “ideia de uma práxis incessante e contínua, na qual se transformam tanto o objeto quanto o sujeito” (VÁZQUEZ, 2007, p. 149).

Vázquez (2007) chama atenção para a categoria sociológica que emerge da terceira Tese de Feuerbach, ao se estabelecer os requisitos da transformação da sociedade: mudança das circunstâncias e do próprio ser humano. É a unidade dessas transformações é o que caracteriza a práxis. Dessa forma, a atividade transformadora requer dos trabalhadores uma alta consciência da práxis, para que possam atuar de forma reflexiva, conscientes de sua missão histórica.

4 TRABALHO DE CUIDADO EM SAÚDE

4.1 O CONCEITO DE TRABALHO EM SAÚDE

Pode-se considerar que o trabalho em saúde originou-se desde o momento em que o ser humano buscou construir respostas às suas necessidades de saúde. Estas necessidades variam entre sociedades e períodos históricos e, com isso, modificam também as intervenções no processo saúde-doença. Assim, tanto as necessidades de saúde, quanto as respostas construídas para respondê-las carecem de ser compreendidas a partir da totalidade social da qual integram, ou seja, “a reprodução das necessidades de saúde e a constituição do trabalho em saúde devem ser entendidas em suas conexões com os modos históricos de produção da existência” (LIMA, 2007p. 58).

Na abordagem histórica hegemônica, o trabalho em saúde é percebido como uma prática ‘neutra’, ou melhor, como campos disciplinares que manipulam um conjunto de instrumentos técnicos e científicos sobre o corpo biológico. Nesta abordagem, o trabalho em saúde é considerado como uma sucessão linear de descobertas e desenvolvimentos tecnológicos, sem explicitar os pressupostos implicados na construção deste campo científico. Desconsidera-se que esta forma de trabalho responde “a exigências que se definem a margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas, entre as quais se inclui” (DONNANGELO, PEREIRA, 1979, p. 15). É dessa articulação da saúde com as demais práticas sociais que se apreende seu caráter histórico.

Partindo dessas reflexões, Mendes Gonçalves (1992, p. 26) afirma que:

[...] enquanto processo de trabalho específicos, os processos de trabalho em saúde não contêm, como dados invariantes internos a si próprios, nenhum objeto “natural” e nenhuma necessidade “natural”. Seus objetos, e as necessidades que satisfarão, serão sempre humanamente naturais, isto é, social e historicamente determinados. Sua própria existência como processos de trabalho individualizados, reiteradamente realizados por agentes sociais que então se definiriam como ‘trabalhadores em saúde’, dentro de uma divisão social do trabalho, mesmo essa existência não é “natural”, mas histórica e socialmente determinada (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 26, grifos do autor).

Como exemplo, este autor reconhece o trabalho do xamã como uma das manifestações mais antigas de um trabalho que visa responder às necessidades de saúde. Neste caso, tanto as necessidades, quanto o trabalho, devem ser compreendidas a partir da totalidade da sociedade primitiva da qual fazem parte (MENDES GONÇALVES, 1992).

Na sociedade capitalista contemporânea, por sua vez, o trabalho em saúde deve ser compreendido na sua importância estratégica tanto para o capital quanto para os trabalhadores. No primeiro caso, como possibilidade de “controle das tensões sociais, a partir do aumento do consumo das classes subalternas”, e no segundo caso, pelas possibilidades de “ampliação dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde” (LIMA, 2007, p. 58).

De modo geral, a temática das necessidades de saúde é abordada a partir de uma perspectiva restrita, confundindo-as com necessidades dos serviços de saúde. Tal equívoco difunde a ideia de que estas são atendidas, obrigatoriamente, por meio dos serviços de saúde, fortalecendo o fenômeno da medicalização social. Pelo contrário, no seu sentido ampliado, necessidades de saúde “não expressam apenas carências ou problemas de saúde (doenças, agravos e riscos), mas também projetos ou ideais de saúde” (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 34-6).

Cecílio (2001) aborda a temática das necessidades de saúde a partir de uma taxonomia fundamentada em quatro grandes grupos. O primeiro deles diz respeito às boas condições de vida, ou seja, a forma de inserção no processo produtivo, acesso à educação, moradia, saneamento, lazer, entre outros. O segundo refere-se a conseguir consumir toda tecnologia de saúde capaz de aperfeiçoar e estender a vida. O terceiro consiste na criação de vínculos entre usuários e profissionais de saúde. E por fim, o quarto grupo, relaciona-se a poder ter níveis progressivos de autonomia na sua forma de viver a vida.

Ou seja, as “necessidades de saúde não se esgotam na demanda”, que são necessidades sentidas e não se reduzem a “problemas de saúde, pois podem envolver as condições necessárias para o gozo da saúde”, através de ações e políticas intersetoriais (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014, p. 35).

Mehry e Franco (2009) discutem a produção de saúde a partir do conceito de ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho em realização que estabelece a produção do cuidado (e por que não dizer, atividade humana do trabalho?). Este se articula aos instrumentos e normas, constituindo o que se denomina por processo de trabalho, no qual interatuam diversas formas de tecnologias. Todo trabalho é interposto por tecnologias e, a depender da maneira como elas são utilizadas, há maior ou menor liberdade de criação, ou, para usar um termo da ergologia, de renormalização das normas antecedentes.

Com certa frequência, presenciamos uma redução do conceito de tecnologia em saúde ao seu sentido restrito, no qual esta passa a ser considerada um “bem em si mesmo”, com consequente enaltecimento da intervenção por meio dos equipamentos e medicamentos.

Entretanto, a análise do trabalho em saúde enquanto prática social buscar romper com esta visão de que “o modo de operar a prática e as relações correspondentes entre os indivíduos envolvidos seria situação derivada das tecnologias materiais” (SCHRAIBER, MOTA, NOVAES, 2009, p. 386).

Pelo contrário, as normas sociais se inscrevem na conformação do trabalho em saúde, produzindo um arranjo geral que é recriado em arranjos singulares nas particularidades das técnicas. Há, portanto, reinvenções no trabalho em saúde e não apenas reprodução desse arranjo geral. Estas reinvenções adquirem concretude no “saber que orienta esses modos de produzir técnica e socialmente, os cuidados” (SCHRAIBER, MOTA, NOVAES, 2009, p. 387).

Como consequência, o debate sobre as tecnologias em saúde possibilita reflexões acerca dos modelos tecnológicos de organização do trabalho, quer dizer, dos modelos assistenciais em saúde (SCHRAIBER, MOTA, NOVAES, 2009). Mehry e Franco (2009, p. 432) afirmam que este é um debate fundamental para se refletir sobre a “organização da assistência à saúde”, sobretudo quando nos debruçamos sobre a “micropolítica de organização do trabalho”, ou, para usarmos novamente um termo da ergologia, sobre o trabalho em sua perspectiva clínica.

Esta discussão provoca reflexões sobre os pressupostos da medicina científica ocidental, a biomedicina, enquanto paradigma hegemônico da organização do trabalho em saúde, temática que abordaremos na próxima seção.

4.2 A MEDICINA CIENTÍFICA OCIDENTAL

Foi Descartes quem formulou as principais contribuições do modo de produção do conhecimento adjetivado de cartesiano, racional ou mecanicista. Esta perspectiva envolve uma sequência de procedimentos de divisão de um objeto aos seus componentes mais simplificados. No pensamento cartesiano, conhecer algo implica resumir este objeto às suas partes e destas para o todo. Para Almeida-Filho (1997), este paradigma, que possui suas raízes no Renascimento e na sua revolução artístico-cultural, “trata, muito bem, dos objetos simples” (ALMEIDA-FILHO, 1997, p. 8). Esta era a demanda apresentada pelo então emergente modo de produção capitalista industrial, para que a produção de objetos simples resultasse na produção dos objetos complexos da indústria. Como consequência, a ciência ocidental evoluiu

a partir da lógica da especialidade e da disciplinaridade, isto é, a partir da permanente construção de novas disciplinas científicas e novas profissões (ALMEIDA-FILHO, 1997).

No âmbito da saúde, a medicina científica ocidental, biomedicina ou modelo flexneriano, apresenta suas raízes no pensamento cartesiano, que possibilitou as bases para a medicina se desenvolver e propor procedimentos de diagnóstico e intervenção a uma série de enfermidades contemporâneas. O adjetivo flexneriano decorre de uma homenagem a Abraham Flexner, que, em 1910, publicou um relatório sobre as escolas médicas dos EUA e Canadá, fundando as bases de legitimação do modelo científico na medicina e trazendo profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Entre as principais contribuições do Relatório Flexner para a formação dos profissionais médicos e demais profissionais da área da saúde, destacam-se: “introdução do ensino laboratorial; [...] expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; [...] ênfase na pesquisa biológica; [...] estímulo à especialização médica”, para citar os mais relevantes (CAMPOS, AGUIAR, BELISÁRIO, 2008, p. 1014).

De acordo com Luz (2012b), a trajetória de constituição da racionalidade médica ocidental é marcada por uma divisão histórica e cultural entre os dois componentes básicos da medicina, ou seja, o conhecimento das doenças e a arte de curar. Esta autora cita quatro momentos de crise e mudanças na conformação deste paradigma. A primeira delas ocorreu por volta dos séculos V à III a.C. e foi marcada por um crescimento da racionalização e da teorização acerca das doenças e dos recursos terapêuticos. Neste período, a ‘arte de curar’ ainda conduzia o conhecimento médico, mas já se iniciavam as pesquisas no âmbito das patologias. Observou-se, também neste período, a fundação da corporação médica como a detentora do saber sobre as doenças.

A segunda crise data do período dos séculos XVI-XVII e caracteriza-se pelo grande crescimento do conhecimento (episteme) das patologias, que se torna superior aos conhecimentos da arte de curar e do reestabelecimento da saúde. Nesse mesmo período ocorreu a formação das disciplinas de anatomia, fisiologia e patologia (LUZ, 2012b).

A terceira crise ocorreu no final do século XVIII e início do século XIX e é marcada pela gênese da clínica contemporânea a partir do avanço dos estudos das patologias e da administração de fármacos (LUZ, 2012b). Sobre a terceira crise, Luz (2012b) afirma que:

Nesses pensar e agir, a vida passa a ser vista através da morte (cadáveres examinados) e o instrumento de ação fundamental é o ‘olhar clínico’, sistematizador do trajeto das doenças em direção à morte, trajeto que pode ser atalhado pela

intervenção médica através do fármaco ou do bisturi. Os médicos passam a ser, nesse contexto, não mais os aliados da vida, mas os combatentes da morte. Conhecer o inimigo, seus porta-vozes (doenças) e tropas (sintomas, síndrome) suas táticas e estratégias ('evolução' das doenças) se torna a prioridade básica da ciência médica. A terapêutica tende a tornar-se, nesse imaginário bélico, arsenal de drogas, um conjunto de armas de sofisticação e poder de fogo variados, com efeitos colaterais incomensuráveis (LUZ, 2012b, p. 38).

Por fim, a quarta crise ocorreu no século XX, especialmente após a segunda guerra mundial e sofreu grande influência do Relatório Flexner. Presenciou-se a transferência do ensino de medicina para os hospitais e o progresso das especialidades médicas, da indústria farmacêutica e dos equipamentos hospitalares. Este momento foi marcado por uma cisão na prática clínica, isto é, no agir terapêutico, uma vez que a tecnologia médica se inseriu entre o médico e o corpo do usuário, gerando afastamento entre o terapeuta e o paciente. Este afastamento não é sem consequências para o paciente, que vive uma alienação do seu próprio corpo e passa a fetichizar a tecnologia médica. Consequentemente, observou-se uma “implosão da relação milenar terapeuta paciente” (LUZ, 2012b, p. 40).

Podemos, então, observar na medicina científica ocidental uma tripla cisão: entre a ciência das doenças e a arte de curar; entre a diagnose e terapêutica na prática médica e entre a unidade terapeuta – paciente no agir clínico (LUZ, 2012b).

Ayres (2004a, p. 82) reconhece que as recentes transformações tecnológicas no campo da medicina trazem consequências positivas e negativas. Como consequências positivas, o autor cita o maior poder de diagnóstico, a capacidade de intervenção precoce, o aumento da eficácia, eficiência e precisão de grande parte das intervenções, a melhoria da qualidade de vida das pessoas diante de uma série de agravos. Já como consequências negativas, o autor destaca a excessiva fragmentação do paciente, o uso de exames em demasia, o intervencionismo exagerado, a falta de reconhecimento dos aspectos psicossociais do processo saúde-doença e a iatrogenia⁶ médica.

Por seus aspectos negativos, presenciamos uma incapacidade da medicina científica ocidental em oferecer respostas satisfatórias para diversos problemas de saúde da população e aos componentes psicológicos e subjetivos que acompanham os processos de adoecimento; sem falar nos altos custos envolvidos nas novas tecnologias médicas (BARROS, 2002, p. 79). Este fenômeno, afirma Ayres (2004a, 2004b) é caracterizado por uma crise de confiança e legitimidade das instituições médicas, e foi intitulado pela Saúde Coletiva como “Crise da Medicina”.

⁶ Iatrogenia deriva de iatrogênico, que corresponde à condição de dano ou enfermidade gerada por um procedimento aplicado pelo profissional médico.

Campos, Aguiar e Belisário (2008, p. 1016) afirmam que a saída para esses problemas envolve o emprego de um paradigma de atenção à saúde “mais integral e resolutivo, que adote uma concepção ampliada de saúde e reestruture as organizações sanitárias existentes, para atuar não só na cura, mas também na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na reabilitação de usuários”. Nessa perspectiva, podemos citar diversas propostas de reconstrução do trabalho em saúde, tais como cuidado, integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde, para destacar os mais relevantes (AYRES, 2004). Citamos ainda a medicina alternativa e complementar e a educação popular e seus potenciais de oxigenação do paradigma biomédico.

4.3 O CUIDADO EM SAÚDE

Nesta seção, apresentamos alguns elementos que nos auxiliam a problematizar o cuidado como construção social e a pensar alternativas para sua reconstrução, que perpassam pelo encontro terapêutico, pela organização do trabalho em saúde e pelas políticas de saúde. A dimensão do encontro terapêutico se expressa, principalmente, no cuidado como o “encontro com o outro”, no qual a intersubjetividade assume papel fundamental (AYRES, 2004b; BOFF, 1999). A dimensão da organização do trabalho ganha um contorno especial no âmbito da humanização (RIOS, 2009). E, por fim, a dimensão das políticas se expressa, sobretudo, no cumprimento da integralidade como um princípio do SUS (PINHEIRO, 2009). Esses aspectos são importantes para problematizarmos, não só o trabalho em saúde no âmbito do SUS, mas também no âmbito comunitário, conforme o objeto desta pesquisa.

4.3.1 O cuidado como construção social

A origem do cuidado refere-se ao espaço doméstico, privado. Na antiguidade registra-se o desenvolvimento dessa atividade no interior das famílias, em seu cotidiano, passado de geração em geração. Entre as principais atribuições do cuidado, observa-se a ocupação com a casa, com os filhos, com os doentes, com os mais idosos, uma tarefa atribuída historicamente às mulheres e que se repete até os dias atuais. Não é por acaso que são elas que ocupam os cargos e profissões que incorporaram o cuidar como campo de domínio próprio – enfermeiras, educadoras infantis, cuidadoras de idosos, empregadas domésticas, etc. (PINHEIRO, 2009).

De acordo com Kergoat (2009), homens e mulheres constituem grupos sociais numa relação social específica e antagonica, denominada por relações sociais de sexo. Tais relações possuem como alicerce uma base material, a divisão do trabalho entre os sexos, e não apenas uma base ideológica. Assim sendo, a divisão sexual do trabalho consiste na:

[...] forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; essa forma é historicamente adaptada a cada sociedade. Tem por características a destinação prioritária dos homens a esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a ocupação pelos homens das funções de forte valor social agregado (políticas, religiosas, militares, etc.) (KERGOAT, 2009, p. 67).

A divisão sexual do trabalho apresenta como princípios organizadores a separação (entre trabalho de homem e trabalho de mulher) e a hierarquização, conferindo maior valor ao trabalho dos homens. Esses princípios se legitimam a partir da ideologia naturalista que reduz o gênero ao sexo biológico, bem como as práticas sociais aos papéis sociais, naturalizando a divisão do trabalho entre os sexos (KERGOAT, 2009).

Uma dessas práticas é o cuidado que, conforme assinalado por Pinheiro (2009), configura-se como uma tarefa historicamente relacionada ao feminino. Na antiguidade, no contexto das suas famílias, e na modernidade como profissão das mulheres, por meio da enfermagem, principalmente. Por outro lado, a prática da pesquisa no âmbito da saúde foi, historicamente, atribuída ao masculino (PINHEIRO, 2009).

Vale ressaltar que na modernidade, o cuidado em saúde assumiu identidade profissional e legitimou-se como saber científico. Sofreu influência das transformações econômicas e sociais do sistema capitalista, ao incorporar o desenvolvimento científico e tecnológico e ocupar e restringir-se aos espaços das instituições hospitalares (AYRES, 2004a). Vivenciamos, como consequência, um processo de desapropriação de saberes e valores do cuidado no cotidiano das populações em geral, para restringir-se às instituições médico-hospitalares. Nesse processo, observa-se um afastamento dos projetos existenciais que conferem sentido à atividade do cuidado. “É como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida e o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que o originam e justificam”, afirma Ayres (2004a, p. 83).

4.3.2 O cuidado na construção dos projetos de felicidade humana

De acordo com Boff (1999, p. 91), na origem do termo *Cuidado* encontramos o sentido mesmo de cura: “cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”. Para o autor, cuidar, mais que um ato, é uma atitude, que se desdobra em muitos atos. “Representa um posicionamento de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro” (1999, p. 91). Há, portanto, no cuidado, uma dimensão de encontro com o outro, de buscas e compartilhamentos, desvelo e atenção, preocupação e inquietação, dada à sua característica relacional, de envolvimento e afetividade com o outro.

Pinheiro (2009, p. 113) afirma que o cuidar em saúde é uma “atitude interativa, que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo o acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida”. E esta escuta está relacionada a um interesse por compreender o contexto de vida das pessoas, o que pode ser percebido na importância de se conhecer o outro, seus hábitos, seus problemas. Por esses motivos essa autora reconhece o cuidado como uma possibilidade de inclusão da relação intersubjetiva na assistência em saúde.

Ayres (2004b) relaciona a capacidade de escuta e diálogo com um recurso de extrema pertinência para o cuidado em saúde: o acolhimento. Trata-se, na visão desse autor, de um dispositivo que possibilita que o usuário esteja presente na relação terapêutica e faça suas demandas serem ouvidas. Por isso, o acolhimento não deve ser confundido com um momento específico, mas estará presente em todo momento que houver uma possibilidade de escuta. Entretanto, “não é a escuta, exatamente, o que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar” (AYRES, 2004b, p. 23).

Nessa perspectiva, o cuidado se apresenta como possibilidade de aproximação das ações de saúde aos projetos de felicidade humana. Ayres afirma que a assistência em saúde apresenta, na sua composição, um misto de ciência e arte, embora a biomedicina se proponha restrita à ciência e esqueça a arte. Para isso, a intervenção em saúde precisa se articular também a aspectos não tecnológicos e considerar a sua inserção na “construção de projetos humanos” (AYRES, 2004a, p. 84).

Assim, ao discorrer sobre o tema do cuidado, esse autor adota a noção de humanização, considerando-a como "um conjunto de proposições cujo norte ético e político é

o compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana” (AYRES, 2004, p. 19).

Para Rios (2009), a noção de humanização coloca em pauta a construção de valores que resgatem a dignidade humana e o exercício da ética como um importante instrumento contra a violência na atenção à saúde. Além disso, constitui-se como uma crítica à perspectiva restritiva e normativa de aplicação das tecnociências na área da saúde que pode levar os pacientes à condição de mero objeto de estudo e intervenção (RIOS, 2009).

Pereira (2007, p. 147) afirma que o cuidado na saúde pode apresentar dois sentidos, que podem ser assim caracterizados: o sentido acrítico, que privilegia seu caráter instrumental e se orienta pela perspectiva biomédica; e o sentido crítico, que privilegia o potencial humanizador da atividade. Ayres (2004b), por sua vez, aborda esses dois sentidos de forma relacionada, ao reconhecer o caráter contraditório das tecnociências na humanização da assistência à saúde. Quer dizer, ainda que estas se orientem por uma perspectiva normativa reduzida e restritiva, elas também se integram às vivências de saúde orientadas pelos projetos de felicidade, ou, para usar as palavras desse autor, “o importante para a humanização é justamente a permeabilidade do técnico ao não técnico, o diálogo entre essas dimensões interligadas” (AYRES, 2004, p. 22).

Pode-se dizer, portanto, que, quando a atividade assistencial se reveste de valores e de uma postura de escuta e diálogo, quando se apoia na tecnologia, mas não se resume a ela, temos que “a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter do cuidado” (AYRES, 2004a, p. 86).

4.3.3 A Integralidade como conceito estruturante do cuidado em saúde.

Para Mattos (2001), integralidade, antes de tudo, é um princípio do SUS, que buscamos concretizar através de um conjunto de valores. Não se trata de uma definição fechada, mas de um termo que apresenta múltiplos sentidos. Como princípio do SUS é o único que tem atribuição finalística para o Sistema, ou seja, não basta ter assistência, é preciso que ela seja integral. Dessa forma, a integralidade na saúde deve ser pensada a partir de três aspectos.

O primeiro deles corresponde a pensá-la como “traço da boa medicina”. Trata-se de uma crítica à fragmentação da medicina científica ocidental. Nessa perspectiva, a

integralidade é considerada uma atitude do profissional de saúde, isto é, uma prática que enxergue o ser humano e suas necessidades de saúde em suas totalidades (MATTOS, 2001).

Entretanto, a integralidade é um princípio que vai além da “boa medicina”, passando, também, pela transformação dos serviços, do trabalho em saúde e das políticas de saúde. Nesse aspecto é importante realizar uma distinção entre a medicina integral e a integralidade: por medicina integral devemos entender a assistência orientada por outra atitude do profissional; por integralidade, entende-se a incorporação de novas práticas no cotidiano dos serviços de saúde a partir de uma visão ampliada das necessidades de saúde (MATTOS, 2001).

O segundo aspecto corresponde, portanto, à integralidade como um modo de organizar o processo de trabalho, que envolve, por exemplo, a articulação entre a assistência e a saúde pública e o planejamento das ações de saúde a partir dos aspectos epidemiológicos, as ações de educação em saúde, prevenção e promoção (MATTOS, 2001).

Por fim, o terceiro aspecto diz respeito à integralidade como um arranjo de políticas específicas, desenhadas para determinado problema de saúde ou aos problemas que atingem determinados grupos populacionais. Implica em considerar contextos culturais, a forma como um grupo populacional se insere no mundo do trabalho, perfil de adoecimento, hábitos de saúde, entre outros (MATTOS, 2001).

Partindo dessas questões, Pinheiro (2009) adota o termo “cuidado integral de saúde” para se referir a “uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como *direito de ser*” (PINHEIRO, 2009, p. 112, grifo da autora). Esta compreensão traz implícita a importância de se contemplar as necessidades de saúde, as diferenças dos sujeitos e suas relações de gênero, etnia e raça, bem como o direito a pluralidade terapêutica. Nessa mesma perspectiva, Ayres (2004b) reconhece o cuidado como:

[...] designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004, p.22).

O cuidado em saúde traz como grande desafio, portanto, a construção de um modelo assistencial coerente com as necessidades, as especificidades e as dimensões socioculturais dos sujeitos e populações. O cuidado em saúde vai além da formulação de um planejamento terapêutico, mas contempla também a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação

das relações entre o Estado e a Sociedade e o olhar para o usuário dentro de uma lógica de atenção que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano.

Na próxima seção abordaremos as práticas integrativas e complementares em saúde, como uma aposta de reconstrução do cuidado e de exercício da integralidade enquanto um princípio do SUS.

4.4 A MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR

Os termos “medicina complementar” ou “medicina alternativa” são adotados pela OMS (2014) para se referir a uma série de práticas de atenção à saúde que não fazem parte do sistema de saúde hegemônico. Já o termo “medicina tradicional” é adotado pela OMS para se referir a uma série de saberes e práticas de promoção, prevenção e atenção à saúde enraizados em diferentes culturas (OMS, 2014). Por apresentar múltiplos significados, o termo “medicinas alternativas” é considerado por Luz (2005) mais como uma etiqueta cultural do que propriamente um conceito.

Práticas integrativas e complementares (PIC)⁷ é o termo adotado pela política nacional de saúde brasileira para se referir aos

[...] sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais [...] envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006, p. 10).

Sistemas médicos complexos dizem respeito às abordagens no âmbito das MAC que possuem teorias próprias acerca do processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica, conforme descrito por Luz (2012b) na categoria racionalidades médicas. Por recursos terapêuticos compreendem-se os instrumentos utilizados nos sistemas médicos complexos, cuja utilização não necessariamente garante seus pressupostos epistemológicos originais.

A categoria teórico-empírica racionalidades médicas foi criado pelo Grupo de Pesquisa em Racionalidades Médicas do CNPq, em 1994, sob coordenação da Professora Madel Luz, e foi pioneiro no estudo do tema no campo da Saúde Coletiva (LUZ; BARROS,

⁷ Ao longo dessa pesquisa adotaremos, preferencialmente, o termo medicina alternativa e complementar, conforme adotado por Andrade e Costa (2010), Luz (2005), Tesser e Barros (2008).

2012). Trata-se de uma categoria duplamente inspirada no conceito de “tipo ideal” de Max Weber, tanto na perspectiva teórica, ou seja, do seu conteúdo, quanto na perspectiva metodológica, ou seja, da sua construção lógica (LUZ, 2012b). De acordo com Luz (2012a), na perspectiva metodológica:

Um tipo ideal é uma construção conceitual que descreve / interpreta um conjunto de fenômenos observáveis de acordo com um modelo ideal logicamente definido, assinalado como portador de características empíricas ou traços teóricos localizáveis no objeto/fenômeno a ser estudado, ou no conjunto de fatos enquadráveis pelo conceito (LUZ, 2012a, p. 16).

Para Luz (2012a), o conceito de “tipo ideal” apresenta grande relevância para as ciências sociais, especialmente na descrição e interpretação dos fenômenos que envolvem a cultura (LUZ, 2012a).

Na década de 80, por ocasião dos estudos sobre a medicina homeopática, o Grupo de Pesquisa sobre Racionalidades Médicas constatou que, ainda que a biomedicina se anuncie como o único sistema terapêutico possuidor de racionalidade (leia-se cultura científica), a homeopatia também se caracterizava por possuir um nexos terapêutico e diagnóstico próprio, além de uma fisiologia e fisiopatologia, articulados a um desenho teórico e empírico. Ou seja, havia ali outra racionalidade médica (LUZ, 2012a).

Em seguida, o Grupo de Pesquisa Racionalidades Médicas desenvolveu um estudo comparativo de quatro sistemas médicos complexos: medicina ocidental contemporânea, homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurvédica (medicina indiana) (LUZ, 2012a). De acordo com Luz (2012b), o maior desafio desse estudo comparativo foi a heterogeneidade na confrontação, na qual aspectos de correlação, variação e contraposição se fizeram presentes. Entretanto, traços fundamentais foram extraídos do conjunto dos sistemas terapêuticos, possibilitando a construção do conceito de racionalidade médica.

Dessa forma, a categoria racionalidade medica apresenta cinco atributos ou dimensões estruturantes modelados a partir de uma operação indutiva (LUZ, 2012b) e pode ser assim definida:

Uma racionalidade médica é um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia (TESSER, LUZ, 2008, p.196).

Ou seja, a cosmologia é um conceito estruturante, que fundamenta as demais dimensões de cada racionalidade médica (LUZ, 2012a). Na medicina científica ocidental, a cosmologia estruturante é a física de Newton, de cunho mecânico. Constata-se, aqui, uma adversidade de caráter epistemológica, ao se observar que os sistemas terapêuticos analisados possuíam filiação em cosmologias simbólicas ou mesmo em cosmogonias (origens do cosmo e da vida) de traço religioso ou espiritual. Ou seja, a única cosmologia orientada por uma disciplina científica é a física. Dessa forma, conclui Luz (2012b), racionalidade não pressupõe cientificidade.

Esses traços fundamentais são a base de comparação das racionalidades médicas. Através deles pode-se distinguir entre sistemas médicos complexos como a biomedicina ou a medicina tradicional chinesa e recursos terapêuticos ou de diagnósticos, como os florais de Bach ou a iridologia, que quando utilizados isoladamente ou de forma fragmentada não se constituem enquanto racionalidade médica (TESSER, LUZ, 2008, p.196).

4.4.1 Aspectos históricos e institucionalização da medicina alternativa e complementar

Luz (2005) afirma que o sucesso das medicinas alternativas na contemporaneidade relaciona-se à busca por novos paradigmas em saúde, em decorrência de uma dupla crise na sociedade atual: a crise da saúde e a crise médica.

Entre os fatores relacionados à crise da saúde, Luz (2005) destaca: o aumento da desigualdade social no final do século XX, sua repercussão na situação de saúde da população e inoperância do Estado diante deste quadro sanitário; o aparecimento de uma síndrome biopsíquica coletiva envolvendo os trabalhadores dos grandes centros urbanos e de grande ressonância na saúde física e mental dessas populações; e um declínio no âmbito dos valores humanos relacionados à ética, à política, à convivência social e à sexualidade, em favor de valores individualistas e consumistas.

A crise da medicina, por sua vez, relaciona-se à crise da saúde, mas deve ser tratada a partir de outros planos. São eles: o plano ético, marcado pela mercantilização e prejuízo da relação médico-paciente; plano da eficácia institucional, marcado pela crescente perda da função terapêutica da medicina em favor da diagnose; plano da bioética, caracterizado pelo progressivo crescimento das pesquisas no âmbito da saúde, sem igual importância ao ser humano; plano corporativo, com prejuízo para a relação entre médicos e destes com outros profissionais de saúde; plano econômico, com crescentes custos das tecnologias médicas;

plano pedagógico, caracterizado pela incapacidade das instituições de ensino na área da saúde de formarem profissionais voltados para as necessidades de saúde das populações; e, por fim, o plano denominado da Racionalidade Médica, relacionado ao afastamento do paradigma da biomedicina do ser humano em sua integralidade (LUZ, 2005).

No que se refere aos aspectos culturais que influenciaram na emergência das medicinas alternativas no final do século XX, é importante destacar: a disseminação de uma ideologia de promoção do corpo, da beleza, da juventude, relacionada à fisicultura; o fortalecimento dos movimentos de preservação do meio ambiente, de crítica aos efeitos predatórios do capitalismo sobre os recursos naturais, que tendem a caracterizar a medicina científica ocidental como antiecológica; a influência do movimento de contracultura dos anos 60 e 70 na construção de novos modelos de cura e saúde no ocidente; a importação de antigos sistemas terapêuticos e a reabilitação de medicinas tradicionais; a explosão das medicinas alternativas, expresso, sobretudo, no aumento do consumo das terapias alternativas ou complementares e na demanda de institucionalização dessas práticas (LUZ, 2005).

Como um dos marcos histórico na institucionalização das medicinas alternativas e complementares, não só no Brasil, mas em diversos países do mundo, é importante citar a Conferência de Alma Ata, realizada na União Soviética, em 1978. Na ocasião, o diretor geral da OMS alertou para a inabilidade da “medicina tecnológica e especializante” em dar respostas aos problemas de saúde mundiais e incentivou os países nações a adotarem conformações simplificadas de atenção à saúde, com destaque para a contribuição das medicinas tradicionais (LUZ, 2005, p. 152).

Nesse mesmo período, a OMS criou o Programa Medicina Tradicional, com o objetivo de incentivar os países a formularem políticas nessa área, na perspectiva de integrar a medicina tradicional / medicinas alternativas e complementares aos sistemas de saúde nacionais, assim como promover segurança, eficácia e qualidade no uso desses recursos terapêuticos (BRASIL, 2006).

No Brasil, a inserção desses recursos terapêuticos no SUS foi deliberação das 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), 10ª Conferência (1996), 11ª Conferência (2000), 12ª Conferência (2003), 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (2004) (BRASIL, 2006).

Em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS foi institucionalizada por meio das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006. Esta Política incorporou experiências da rede pública de

municípios e estados, desenvolvidas, ainda que de forma desigual e descontinuada, por conta da ausência de diretrizes específicas (BRASIL, 2006).

Inicialmente os recursos e sistemas terapêuticos que integraram a PNPIC foram: Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. Em 2017, 14 novas práticas e sistemas terapêuticos passaram fazer parte do escopo da PNPIC. São elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. No ano de 2018, houve ampliação de mais 10 práticas e sistemas terapêuticos no escopo da PNPIC, passando a incluir: Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais. No total, 29 práticas e sistemas terapêuticos integram a PNPIC atualmente.

A construção de políticas públicas voltadas para o acesso da medicina alternativa e complementar nos serviços públicos de saúde tem sido constantemente reforçada pela OMS como um importante avanço para garantir o uso seguro, a eficácia e a qualidade dessas práticas e sistemas terapêuticos. Esta é apenas uma das facetas do processo de validação e legitimação desses recursos terapêuticos, que perpassa por diversos desafios. O maior deles diz respeito ao fato de que a racionalidade biomédica constituiu sua prática na lógica científica e se autodenomina como a única depositária de segurança, eficácia e qualidade. Dessa forma, presenciamos a “existência de uma ampla hegemonia, que beira o monopólio, na legitimidade social e acadêmica sobre a partir de que conhecimento se pode validar práticas e saberes em saúde-doença” (TESSER, 2012, p. 251).

De acordo com Tesser (2012) a institucionalização e a validação de práticas e saberes dependem, ou de sua filiação à ciência biomédica, ou de um contexto social peculiar que legitime e dê status a esses saberes e práticas e, conseqüentemente, relativize as exigências de validação. Ou, ainda, de uma associação desses dois modos de validação. No primeiro caso, podemos citar o exemplo da legitimação da acupuntura enquanto uma especialidade médica, a partir das pesquisas científicas sobre seus mecanismos de ação, bem como ensaios clínicos. No segundo caso, podemos citar o exemplo da legitimação da homeopatia que, apesar das inúmeras pesquisas que alimentam uma visão negativa e cética da homeopatia, sua legitimação social deve-se, em partes, por sua grande capilaridade entre diferentes extratos sociais da população. Vale ressaltar que a homeopatia também se constitui enquanto especialidade médica (TESSER, 2012).

Para Andrade e Costa (2010, p. 502), a institucionalização histórica das MAC ocorreu com base na “eficácia clínica e sociocultural estabelecida na tradição” Trata-se de um conhecimento que constitui “patrimônio dos povos tradicionais”, em diversas partes do mundo, o que demonstra uma legitimidade social atestada no decorrer de décadas e séculos. Além disso, tais recursos terapêuticos ganharam legitimidade oficial de um respeitável organismo internacional como a OMS e de diversos sistemas de saúde nacionais, e constituem-se como importante estratégia de atenção à saúde em diversos países não só da África, Ásia e América Latina, mas também da América do Norte e Europa.

Na legitimação das MAC pela vertente hegemônica de ciência, Tesser (2012) chama a atenção para o perigo de se desconsiderar as divergências epistemológicas entre as PIC e a biomedicina, bem como colocar em riscos “tradições e corpos de saber/práticas, com outros valores, cosmovisões e concepções de homem” inerentes às MAC e racionalidades médicas complexas e distintas da racionalidade médica ocidental (TESSER 2012, p. 259).

Dessa forma, Tesser e Luz (2008, p. 204, grifo dos autores) defendem outras estratégias de legitimação e validação epistemológica e social das MAC, através de “formas mais democráticas, discutidas e “co-responsabilizadoras” de pacientes, instituições e profissionais”. Estas, em geral, possuem abrangência local e propõem uma atuação conjunta e horizontal de profissionais, usuários e gestores.

4.4.2 A medicina alternativa e complementar como promotora de inovação no cuidado em saúde

Todo sistema terapêutico caracteriza-se por unificar em uma atividade (*práxis*), a arte de curar doentes (*techne*) com um conhecimento sobre as doenças (*episteme, gnose*). De acordo com Luz (2012b), o percurso histórico da medicina científica ocidental é marcado por uma tripla cisão entre: a arte de curar e a ciência das doenças; a diagnose e a terapêutica na prática médica; e a unidade terapeuta – paciente no agir clínico.

No estudo comparativo das racionalidades médicas (LUZ, 2012b), verificou-se que os sistemas médicos orientais complexos não foram afetados pelas cisões que atingiram a racionalidade biomédica, uma vez que a arte de curar continuou sendo o aspecto preponderante desses saberes, e a relação de cura ou restauração da saúde mantém-se como alicerce desses sistemas terapêuticos. Observou-se que as cosmologias desses sistemas complexos integram homem e natureza e subentendem a integralidade do ser humano a partir

das dimensões psicobiológicas, sociais e espirituais. Para esses sistemas complexos, a doença é percebida como resultado de um desequilíbrio interno e relacional, concomitantemente.

Enquanto a medicina ocidental possui como objeto a doença e como objetivo o embate e a supressão das doenças, os sistemas terapêuticos complexos possuem como objeto de intervenção a pessoa “desequilibrada” ou “desarmonizada” e como objetivo a instauração ou amplificação da saúde. Na medicina ocidental a categoria central é a doença e nas medicinas complexas, o equilíbrio. Tratam-se, portanto, de sistemas terapêuticos que atuam com diferentes paradigmas, gerando distintas formas de percepção, significação e atuação diante do processo saúde-doença (LUZ, 2012b).

Dessa forma, constatou-se um paradigma transcultural que pode ser denominado de bionergetico ou vitalista, compartilhado pela homeopatia, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica. Este paradigma percebe o corpo humano como um campo de energia, em contraposição ao paradigma biomecânico da medicina ocidental contemporânea, que percebe o organismo humano como um aglomerado das partes (ANDRADE, COSTA, 2010; LUZ, 2012b).

Luz (2005) defende que um novo paradigma médico pode emergir das lacunas da racionalidade médica ocidental, ou seja, do abandono da sua dimensão terapêutico em prol da ilimitada busca de conhecimento sobre as patologias. De acordo com essa autora, as medicinas alternativas e complementares inovam, do ponto de vista paradigmático, em relação a um conjunto de aspectos, os quais serão descritos a seguir.

O primeiro aspecto refere-se à “reposição do sujeito doente como centro do paradigma médico” (LUZ, 2005, p. 159). As MAC podem trazer importantes questionamentos sobre o papel milenar terapêutico da medicina, isto é, de sua função de arte de curar, que se encontra prejudicada em proveito da diagnose, através da investigação cada vez mais sofisticada de patologias e sem igual consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura. Dessa forma, as MAC inovam por posicionarem o cuidado e cura como centralidade e por abordarem o paciente na sua singularidade e totalidade biopsíquica (LUZ, 2005).

O segundo aspecto remete à “re-situação da relação médico-paciente como elemento fundamental da terapêutica” (LUZ, 2005, p. 160). Enquanto a medicina científica ocidental cada vez mais se distancia do paciente, tornando-o um simples objeto da ação tecnocientífica, nas MAC essa relação apresenta-se como um componente fundamental da cura, uma referência precisa de progresso do tratamento. Vale destacar que o sucesso do tratamento

envolve, entre outros fatores, a satisfação, que deriva de uma relação complexa, composta por aspectos simbólicos e subjetivos (LUZ, 2005).

O terceiro aspecto diz respeito à “busca de meios terapêuticos simples, despojados tecnologicamente, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia em termos curativos nas situações mais gerais e comuns de adoecimento da população” (LUZ, 2005, p. 161). Além de políticas públicas que promovam a melhoria das condições de vida, o atendimento às necessidades de saúde atuais perpassa pela adoção de um modelo de atenção, tal como proposto pela Atenção Primária à Saúde. Esta propõe um olhar mais totalizante e integral da saúde, além de operar de forma simplificada no diagnóstico e na terapêutica.

Vale ressaltar, também, a resolutividade das práticas de atenção primária, sobretudo em relação às doenças crônicas. Estas, com certa frequência, são incompreensíveis pela medicina científica ocidental e, mesmo após consultas e inúmeros exames, são tratados apenas com sintomáticos. Na perspectiva das MAC, entretanto, diversos desses adoecimentos podem ser passíveis de interpretação e tratamento acessível e eficaz. Ou seja, uma importante contribuição das MAC é um “enriquecimento interpretativo e terapêutico da clínica” (TESSER, BARROS, 2008, p. 918).

A esse respeito, Tesser e Luz (2008) afirmam que:

Quanto mais ampla, detalhada, global, profunda, sofisticada, precisa e acurada a interpretação do curador - ou seja, quanto mais integral a abordagem - maior será a completude, a extensividade e a veracidade da interpretação construída: melhor será o diagnóstico e mais eficaz, precisa, harmoniosa e sustentável poderá ser a ação terapêutica (TESSER, LUZ, 2008, p. 198).

Esses autores defendem que a oferta das MAC na atenção primária poder ser um recurso propício ao enriquecimento e expansão da integralidade nas práticas do SUS e podem, inclusive, melhorar a prática da biomedicina, nos locais em que elas convivem e interagem (TESSER, LUZ, 2008). Para isso, é necessário um novo modelo de produção de serviços de saúde, que promova a horizontalidade de saberes e a valorização do cuidado, que assegure atividades multiprofissionais e interdisciplinares, construindo uma base para aperfeiçoamento das práticas de saúde, sob o prisma da integralidade e da valorização do cuidado (PINHEIRO, LUZ, 2003).

O quarto aspecto de inovação paradigmática das MAC diz respeito à “construção de uma medicina que busque acentuar a autonomia do paciente e não sua dependência em termos da relação saúde/enfermidade” (LUZ, 2005, p. 162). Conforme já exposto, as MAC apresentam um paradigma centrado na saúde e não na doença. Como consequência,

incentivam a existência de pessoas saudáveis, com maior conhecimento de si mesmos, de seu corpo e do seu psiquismo e, conseqüentemente, maior autonomia diante do processo saúde-doença (LUZ, 2005). Destaca-se, ainda, o caráter coletivo com que essas práticas são desenvolvidas, refletindo na construção de sociabilidades e de redes de apoio social e na participação social em saúde (TESSER, 2009).

Schveitzer, Esper e Silva (2012) destacam o potencial das MAC na promoção da do autocuidado e conseqüente diminuição da medicalização. Nessa mesma perspectiva, Tesser e Barros (2008) afirmam que:

Parece menos iatrogênico e mais enriquecedor para a cultura de saúde-doença dos usuários do SUS contingentes de pessoas “homeopatizadas”, “acupunturadas”, “yoguiizadas”, “meditantes” ou “fitoterapeutizadas”, dentre outras, do que uma população continental medicalizada a exigir do SUS intervenções químico-cirúrgicas para qualquer incômodo. Tal analogia baseia-se em experiências clínicas, de serviços e de usuários do SUS, com benefícios para os participantes (TESSER, BARROS, 2008, p. 918).

Vale ressaltar, entretanto, que por trás da marca do autocuidado e da prevenção, há o risco de se enfatizar a dimensão individual da promoção de saúde, com enfoque no estilo de vida saudável, através da mudança de hábitos e comportamentos e da responsabilização do indivíduo pelo seu adoecimento, com conseqüente desconsideração dos determinantes sociais e ambientais do processo saúde-doença (TESSER, 2009; TESSER, BARROS, 2008).

Além disso, esses mesmos autores não deixam de alertar para os riscos do consumo desses recursos terapêuticos dentro da lógica do mercado e da medicalização (TESSER, BARROS, 2008). Uma vez que a procura por esses recursos terapêuticos ocorre em um país marcado, por um lado, por uma série de necessidades de saúde não atendidas, e por outro, por um processo progressivo de medicalização social na saúde, a oferta desses recursos, principalmente no setor privado, pode ocorrer na forma de “terapias e procedimentos especializados e fragmentários a serem consumidos no mercado, de forma semelhante à biomedicina, relativamente pobres em integralidade” (TESSER, LUZ, 2008, p. 203).

Por fim, o quinto aspecto de inovação paradigmática refere-se à “afirmação de uma medicina que tenha como categoria central de seu paradigma a categoria de Saúde e não a de Doença” (LUZ, 2005, p. 163). As MAC possuem como centralidade as categorias Vida, Saúde e Equilíbrio (ou Harmonia) não só na terapêutica, como também na diagnose, na doutrina médica, na dinâmica vital e na própria morfologia humana. Por esse motivo, esses recursos terapêuticos possuem papel chave na promoção e reabilitação da saúde, para além do foco no combate às patologias e podem ser denominadas de Vitalistas.

Tesser (2009) afirma que, por se constituírem sobre uma concepção positiva de saúde, as MAC, em especial as racionalidades médicas vitalistas, podem apresentar estreita relação com a promoção da saúde. Nessa perspectiva, podemos destacar preocupações com a “promoção global do cuidado humano”, a “integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”, a “visão ampliada da doença e da saúde” e o uso de “mecanismos naturais de prevenção” (ANDRADE, COSTA, 2010, p 501).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Esta investigação desenvolveu-se a partir dos pressupostos da pesquisa qualitativa, compreendida por Minayo (2014, p. 22), como aquela habilitada para articular a questão do “significado e da intencionalidade” à ação humana e, conseqüentemente às relações e estruturas sociais. Uma vez que o estudo sobre os fenômenos sociais e a subjetividade humana não são passíveis de quantificação e objetivação nos moldes da pesquisa quantitativa, o termo qualitativo tem sido amplamente empregado para se referir aos estudos no âmbito das relações sociais em “seus aspectos históricos, estruturais e simbólicos” (MINAYO, 2014, p. 24).

De acordo com essa autora, essa abordagem metodológica possui como objetivos:

[...] compreender a lógica interna de grupos, instituições atores sociais quanto a: (a) valores culturais e representações sobre suas histórias e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2014, 23).

Minayo (2014) destaca alguns aspectos que caracterizam a pesquisa qualitativa. O primeiro deles refere-se à dimensão histórica que se inscreve nesse objeto, pois as sociedades humanas apresentam conformações culturais específicas, marcadas por essa dimensão. A historicidade precisa ser lembrada, considerando-se as especificidades culturais e as características dos eventos no que tange a sua temporalidade. Por outro lado, é preciso destacar a diversas conformações culturais que convivem num mesmo espaço.

Como consequência desse primeiro aspecto, Minayo (2014) reconhece que os seres humanos tem “consciência histórica”, ou seja, a forma como concebem a realidade e como se organizam em sociedade é atravessada pelo tempo histórico. Isso vale tanto para os sujeitos pesquisados, quanto para os pesquisadores e, conseqüentemente, as metodologias qualitativas também são influenciadas por essa dimensão.

Um terceiro aspecto destacado por Minayo (2014, p. 41) diz respeito à “identidade entre sujeito e objeto na investigação”. Na pesquisa qualitativa, os sujeitos investigados possuem uma base partilhada de identidade com o investigador, “tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos”. Com isso, o processo de construção teórica inicia-se pelos próprios sujeitos investigados, no senso comum.

Um quarto aspecto refere-se ao fato de que a pesquisa qualitativa é “intrínseca e extrinsecamente ideológica”, isto é, o processo de construção do conhecimento passa pela dimensão subjetiva e por interesses e concepções de mundo, que são histórica e socialmente construídos. E essa visão de mundo do pesquisador e do investigado perpassa todo o processo de produção do conhecimento (MINAYO, 2014). Este é um aspecto que afasta qualquer tentativa de neutralidade dos participantes de uma pesquisa no processo de produção do conhecimento, como podemos observar no depoimento de uma das cuidadoras, ao se referir sobre o impacto da minha presença como pesquisadora no campo:

Pesquisadora: Tem alguma coisa mais que você queira me falar?

ST2: Eu acho que é bom você estar aqui de volta. Acho que é muito bom porque você esteve aqui em 2011 e fez aquela pesquisa com a gente e tá voltando é porque o assunto é interessante, é porque a sua contribuição pra nós dentro do setor de saúde... por que cada pesquisa ela vem trazer um retorno de uma contribuição, mesmo pra poder falar isso... “Olha, eu escutei isso tal tempo, e como é que tá hoje...?”, até pra nós mesmos avaliar a nossa prática, então o que eu quero te falar é isso, que é muito bom ter você de volta aqui porque isso dá vontade da gente voltar pro setor, dá vontade da gente voltar a contribuir no setor, mesmo se for pra trazer a proposta do setor para o setor que a gente tá militando hoje... Te agradecer muito. [...] Obrigado por você vir, porque vir falar com a gente... “- Olha as coisas que estão acontecendo e estamos aí, continuamos aí e ainda acreditamos nisso...”. Acho que é isso que você vem dizer pra nós quando vem fazer de novo a pesquisa. Você vem dizer pra nós... “Eu ainda acredito nesta prática, eu ainda acredito no trabalho de vocês, ainda acredito no trabalho do setor de saúde, na organização do Movimento sem Terra”; isso me dá alegria, me dá esperança você estar de volta aqui [...] isso significa que os laços da gente não se rompeu nesse tempo, nesses seis anos, mas que tem se fortalecido aí, mesmo a gente encontrando pouco. Te agradeço muito (ST2, 2017).

O último aspecto implica em admitir que a abordagem qualitativa justifica-se a partir do objeto das ciências sociais - a realidade social e toda sua riqueza de significados. Esta realidade exige referenciais teóricos adequados a análise da grandiosidade e da multiplicidade da vida em sociedade, ainda que de forma aproximada (MINAYO, 2014). Relacionado a esse último aspecto, Rey (2005) acrescenta que a pesquisa qualitativa considera a singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento. Não se exige que os sujeitos pesquisados possuam o mesmo comportamento, assim como se exige na pesquisa quantitativa. Contudo, é importante considerar que os processos de produção dessas singularidades são interdependentes da realidade social vivida pelo indivíduo.

Dentre as perspectivas teórico-metodológicas presentes na pesquisa qualitativa, este trabalho orienta-se pelo materialismo histórico, dialética marxista, ou filosofia da práxis, que busca contornar o objeto de pesquisa através da compreensão das suas mediações e conexões, em uma perspectiva histórica. Por ser dialética, esta abordagem admite a realidade como um

decurso histórico com seu dinamismo singular, transitório e variável e possibilita a apreensão da prática social dos sujeitos, bem como a articulação entre sujeito e objeto (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) destaca três princípios decorrentes da abordagem dialética, tal como apropriada pelo marxismo. O primeiro princípio refere-se à especificidade histórica da vida humana, quer dizer, não há vida humana e social que exista de forma acabada, estática, imutável. O segundo princípio diz respeito à totalidade da existência humana, o que implica em “reter a explicação do particular no geral e vice versa”, sendo que o particular só existe quando associado ao geral e este, por sua vez, se expressa no particular (MINAYO, 2014, p. 114). Por fim, o terceiro princípio corresponde à “união dos contrários no interior das totalidades dinâmicas e vivas” (MINAYO, 2014, p. 115). Esta união de contrários se expressa em vários movimentos e conflitos, dentre os quais destacamos: a dinâmica entre o singular o universal; entre a base material e a consciência; entre teoria e prática; entre objetividade e subjetividade, para citar os mais relevantes para esta pesquisa.

Assim, os princípios do materialismo dialético propiciam uma análise dos eventos, das relações e das fases de um processo como fração de um todo. Isto é, os significados são compreendidos como parte constituinte de um todo e devem ser analisados tanto na esfera das representações sociais, quanto das determinações primordiais. Ainda de acordo com Minayo (2014, p. 26), esta abordagem “considera que existe uma relação inseparável entre o mundo natural e o social; entre pensamento e base material; entre objeto e suas questões; entre a ação do ser humano enquanto sujeito histórico e as determinações que a condicionam”. Com isso, propicia uma compreensão da realidade a partir da superação das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade/exterioridade.

Faz-se necessário, também, situar esta pesquisa no referencial metodológico da ergologia, abordagem pluridisciplinar que busca colocar em perspectiva dialética os saberes oriundos das diversas disciplinas na construção de uma visão mais global da atividade humana do trabalho (TRINQUET, 2010). Por isso, dizemos que atividade é objeto de múltiplas disciplinas. A esse respeito, Cunha afirma que:

Abordar o trabalho levando em consideração as múltiplas dimensões humanas no seu exercício é um desafio em termos de produção de conhecimentos, pois aspectos políticos, biológicos, psicológicos, socioculturais, econômicos e jurídicos precisam ser levados em conta, bem como a sua realidade no tempo e no espaço; o trabalho é sempre um exercício situado. A abordagem ergológica oferece um quadro apropriado para integrar aportes das diversas disciplinas que tratam do trabalho e desenvolver uma abordagem efetivamente transdisciplinar à condição que recupere o

trabalho em toda sua complexidade no momento mesmo de sua realização como matéria para o diálogo entre as disciplinas (CUNHA, 2013, p. 2).

Dessa forma, a ergologia nos convida a olhar o trabalho em ato, a mergulhar no terreno do que não foi categorizado, a perceber as dramáticas do uso de si e as circulações de valores, saberes e competências, bem como as renormalizações na atividade. Ou seja, o foco da abordagem ergológica são as singularidades, as escolhas presentes na atividade, em seus debates de normas e valores, que envolvem dimensões micro e macro simultaneamente (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010; TRINQUET, 2010).

Vale ressaltar que este referencial teórico e metodológico permitiu-me certo distanciamento das visões de mundo que atravessam o processo de produção de conhecimento, a partir de um movimento de aproximação e estranhamento da realidade estudada, inerentes ao processo de construção do conhecimento (MINAYO, 2014). Nessa pesquisa, esse distanciamento assume fundamental relevância, dado a minha condição de pesquisadora e militante no setor de saúde do MST. Por outro lado, foi justamente esta condição simultânea que me possibilitou participar de forma direta dos fatos e compreender com mais facilidade certas correlações. Ou seja, o fato de que “eu estava lá” (CALDART, 2002, p. 61) possibilitou-me certas análises e reflexões sobre os dados produzidos em trabalho de campo.

5.2 O PERCURSO METODOLÓGICO

O primeiro passo no processo investigativo foi a revisão da literatura sobre os saberes e as práticas de cuidado em saúde da população do campo, que foi realizada entre o período de janeiro e julho de 2017 através de consulta aos sites Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) Brasil, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (OBTEIA). A partir de pesquisa no site Descritores em Ciências da Saúde, foram escolhidos os descritores: “Saúde da população rural” e “Conhecimentos, atitudes e prática em saúde”. Considerando-se o objeto do estudo também foram utilizados os termos: “Saúde da população do campo” “Saberes” e “Cuidado”. Não foi realizado recorte temporal. Essa revisão da literatura nos possibilitou enxergar o atual estado de produção de conhecimento sobre o nosso objeto de pesquisa e deu origem ao artigo intitulado “Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura”, que pode ser visualizado no Apêndice II.

Em seguida, realizamos a análise das transcrições das entrevistas coletadas em 2011, por ocasião do mestrado em educação, através do projeto de pesquisa intitulado “Saberes e valores nas práticas de saúde de trabalhadores Sem Terra: reflexões sobre a educação popular pelos movimentos sociais do campo”, submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, Protocolo CAAE- 0114.0.203.000-11, e aprovado em 14 de junho de 2011. O roteiro das entrevistas realizadas em 2011 buscou contemplar aspectos gerais sobre as práticas de saúde, as motivações, os valores e os processos de produção e mobilização dos saberes de saúde. Na ocasião, todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após a análise desses dados, iniciamos a redação da tese e elaboramos os instrumentos para uma nova coleta de dados, que consistiu de observação participante e entrevista semiestruturada.

A observação participante é um processo no qual o pesquisador participa do espaço social da pesquisa e se coloca em relação direta com os participantes, visando compreender o contexto da pesquisa e colher dados. Para Minayo (2015, p. 70) o que fundamenta a observação participante é “a necessidade que todo pesquisador social tem de relativizar o espaço social de onde provém, aprendendo a se colocar no lugar do outro”. Além disso, permite registrar uma série de fenômenos que não podem ser apreendidos por meio de entrevistas ou documentos quantitativos, como comportamentos não verbais, não intencionais ou inconscientes (MINAYO, 2015).

Na observação participante, registram-se os fenômenos à medida que eles ocorrem, a partir de um roteiro na forma de tópicos guias, bem como reflexões decorrentes das vivências - permitindo, assim, o diálogo entre os fenômenos vivenciados e o referencial teórico orientador da análise. O roteiro da observação participante pode ser visualizado no Apêndice III.

Já a entrevista consiste em uma conversa a dois ou mais interlocutores, que visa construir informações importantes para uma pesquisa, de acordo com os objetivos da mesma. Em especial, na entrevista semiestruturada “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2015, p. 64). Nesta pesquisa, trabalhamos com entrevistas como fonte de dados primários, que consistem em informações decorrentes da reflexão do sujeito sobre a realidade vivenciada, construídas a partir do diálogo entre entrevistado e entrevistador (MINAYO, 2015).

Nas entrevistas, buscou-se atender algumas recomendações propostas por Bordieu (2003), para se atenuar a violência simbólica própria da relação entre pesquisador e pesquisado. Esse autor propõe uma “reflexividade reflexa”, embasada num ponto de vista

sociológico que busca captar e atenuar, durante entrevista, os impactos da estrutura social na qual se insere a relação pesquisador/pesquisado (BORDIEU, 2003, p. 694). Para tanto, buscou-se: compreender o significado da entrevista para as pesquisadas, de forma a evitar censuras e perceber o que poderia e o que não poderia ser dito; estabelecer uma escuta ativa e sistemática, buscando concentrar-se no que está sendo dito pelas pesquisadas, antecipar perguntas de acordo com a ordem “natural” da conversa e evitar perguntas deslocadas; e, por fim, adotar uma linguagem familiar às participantes.

Esse processo foi facilitado pela minha inserção no MST, que possibilitou uma proximidade social e uma familiaridade com as participantes da pesquisa, ou seja, o conhecimento das condições objetivas por elas vivenciadas, o compartilhamento de concepções e a construção de laços de solidariedade (BORDIEU, 2003).

O roteiro de entrevista foi construído na forma de tópico guia (Apêndice IV), e nele buscou-se enfatizar a dinâmica de mobilização, produção e validação dos saberes de cuidado em saúde. O número de mulheres entrevistadas foi definido por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação (DESLANDES, 2015).

Para o desenvolvimento do trabalho de campo, foi solicitada autorização da Direção Estadual do MST. Foram convidadas a participar mulheres, integrantes do Coletivo de Saúde do Vale do Rio Doce, escolhidas de acordo com os seguintes critérios: a) ser moradora de assentamento ou acampamento do MST no Vale do Rio Doce; b) desenvolver trabalhos de cuidados com as famílias do MST; c) ter participado de curso de formação ou escolarização coordenado pelo MST. Foi dada prioridade às cuidadoras que participaram da primeira etapa da coleta de dados, em 2011.

Atendendo às diretrizes e normas das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos, submetida ao CEP/IRR-Fiocruz, Protocolo CAAE 63845417.6.0000.509111 e aprovada em 20 de março de 2017 (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016). O parecer de aprovação no CEP pode ser visualizado no Anexo I. Para cada participante foi apresentado o termo de consentimento (onde foram explicados a relevância, os objetivos, as formas de participação, os riscos, os benefícios e os cuidados éticos da pesquisa), que pode ser visualizado no Apêndice V. A identidade das participantes foi preservada e os nomes delas foram alterados para a sigla ST (Sem Terra), acompanhada de numeração crescente e do ano em que foi realizada a entrevista.

O convite para participação na pesquisa ocorreu na primeira etapa do curso “Oficinas de vigilância e promoção em saúde em áreas de reforma agrária”, realizado em agosto de 2017, na cidade de Belo Horizonte. Na ocasião, tive a oportunidade de me reunir com as

cuidadoras do Vale do Rio Doce para apresentar a proposta de pesquisa e combinar o melhor momento para uma visita à região para produção dos dados de pesquisa. Posteriormente, manteve contato por telefone com ST7, que desempenha a função de coordenadora do coletivo, para identificar as informantes e agendar as visitas às áreas.

Em setembro de 2017, realizei a viagem aos municípios de Governador Valadares e Jampruca, no Vale do Rio Doce. Nesta foram realizadas ao todo sete entrevistas, das cuidadoras ST2, ST3, ST5, ST6, ST7, ST8 e ST9, em um lugar tranquilo, geralmente nas suas residências ou em algum espaço das dependências do MST. Os dados de observação participante foram produzidos durante o trabalho de cuidado desempenhado pelas mulheres do Rio Doce na equipe de saúde da Feira Estadual da Reforma Agrária, nos dias 06 a 08 de outubro de 2017, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Neste evento, também foi realizada a entrevista da cuidadora ST4. As entrevistas tiveram duração média de 50 minutos, sendo que a entrevista mais curta durou 40 minutos e a mais longa, 79 minutos. Os áudios das entrevistas foram transcritos, optando-se por manter a forma literal dos depoimentos.

Assim, nessa segunda etapa da pesquisa, participaram ao todo oito mulheres, com idade entre 29 e 63 anos, sendo a maioria integrante do setor regional de saúde do MST. No Apêndice VI é possível visualizar uma caracterização geral das participantes da pesquisa. A cuidadora ST1 não participou desta segunda etapa, pois não reside mais em área do MST. As cuidadoras ST2, ST3, ST4 e ST5 participaram dos dois momentos de coleta de dados. Já as cuidadoras ST6, ST7, ST8 e ST9 participaram apenas dessa segunda fase da pesquisa, pois se inseriram no setor de saúde após 2011.

Para a produção teórica, foi desenvolvida “análise de conteúdo construtiva interpretativa”, que considera a produção teórica como um “processo constante, contraditório e variável” (REY, 2005, p. 118). Nesse método, parte-se do pressuposto de que a fonte de ideias encontra-se no confronto entre o curso do pensamento e a realidade estudada. Utiliza-se o conceito de indicador como orientador do percurso de pesquisa, para designar os “elementos que adquirem significado graças à interpretação do pesquisador”, gerando sínteses provisórias e novas questões no curso da pesquisa. A teoria atua alavanca para o desenvolvimento da investigação, que, por sua vez, leva a novas reflexões teóricas, em um processo que se retroalimenta. Ou seja, neste método de análise, “a teoria representa um processo vivo, em desenvolvimento e construção” (REY, 2005, p. 62).

Dessa forma, de posse do material produzido em campo, organizou-se a realidade investigada e as ideias correspondentes em eixos de produção teórica, nos quais se buscou considerar as singularidades e as generalidades das participantes da pesquisa, seus saberes e

suas práxis do cuidado. Os eixos de produção teórica foram confrontados com o referencial teórico adotado, em um movimento de aproximação e diálogo entre teórico e empírico, com base na construção ao invés da confirmação de hipóteses a priori. Nesse processo, foi se moldando a análise de conteúdo construtiva interpretativa, a partir da apropriação dos referencias que interferem diretamente no olhar sobre os resultados da pesquisa. Pode-se dizer, portanto, que os resultados dessa pesquisa decorrem não apenas de um contexto histórico específico, mas também da trajetória das pesquisadoras e suas tomadas de posição diante do mundo e de si mesmas (REY, 2005).

6. TRABALHO E SABERES DO CUIDADO DE MULHERES DO MST DA REGIÃO DO VALE DO RIO DOCE: PRIMEIRAS APROXIMAÇÕES

As primeiras experiências de organização do setor de saúde em Minas Gerais localizam-se na região do Vale do Rio Doce, ainda no final dos anos 1990, e serviram de referência para a organização do setor em outras regiões do Estado. Desde então, coletivos formados principalmente por mulheres se constituíram para cuidar das famílias assentadas e acampadas na região. Mas foi principalmente a partir de 2010 que vimos emergir com mais força uma organização do trabalho coletivo de cuidados segundo os princípios organizativos do MST, com a formação de um coletivo atuante não só na região, mas em todo o Estado de Minas Gerais.

De modo geral, esse coletivo de trabalho oferta cuidados em diversos espaços do MST, que envolvem desde as áreas de reforma agrária das próprias cuidadoras, às demais áreas da região, os encontros, os cursos de formação e as lutas e mobilizações. Via de regra, cada área de acampamento ou assentamento possui suas coordenadoras do setor de saúde, que assumem os trabalhos locais e integram a organização do setor de saúde. Essas coordenadoras participam das reuniões e se organizam para responder as demandas do setor de saúde como: o cuidado em si, as oficinas de educação em saúde nas áreas, o preparo de hortas medicinais, remédios e produtos naturais, a formação das equipes de saúde das lutas e demais atividades do Movimento, bem como a participação nas atividades do setor de saúde estadual e nacional. Além disso, essas mulheres integram as demais agendas e compromissos do MST, que incluem atividades regionais e estaduais, feiras, ocupações de terra, atividades de outros setores, entre outros.

Entre os recursos terapêuticos que integram o trabalho de cuidado dessas mulheres, as plantas medicinais e a fitoterapia é o recurso utilizado com mais frequência, possivelmente por apresentar maior proximidade com o contexto cultural das cuidadoras e suas comunidades, conforme fala de uma das integrantes:

É porque nós morávamos na roça, e mãe sempre dava remédio de roça, e eu continuei a tomar remédio do mato. (ST5, 2011).

Este recurso envolve desde o conhecimento sobre colheita, coleta e preparo dos chás à produção de pomadas, xaropes, tinturas e destilados e, de uma forma ou de outra, é utilizado por todas as participantes dessa pesquisa.

Em um estudo desenvolvido no final dos anos 1990, observou-se que as plantas medicinais eram um recurso terapêutico utilizado em cerca de 70% das áreas de assentamentos de reforma agrária (GODOY et al, 2000 apud SCOPINHO, 2010). Nessa mesma perspectiva, Teixeira e Oliveira (2014) e Wunsch et al (2014) destacam que o uso de plantas medicinais faz parte do cotidiano de famílias de assentamentos nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, respectivamente. O estudo de Santos e Silva (2014) ressalta a grande utilização desse recurso terapêutico em uma comunidade quilombola no estado de Goiás, com destaque para uma senhora que atua como referência nesses cuidados. Seus principais remédios são os chás, embora mencione também a produção de xaropes. Já o estudo de Lima et al (2014), com mulheres agricultoras no Rio Grande do Sul, evidenciou que o trabalho com plantas medicinais também envolve operações como o cultivo e a coleta das plantas, a triagem, a fabricação dos produtos medicinais e a estocagem de plantas e remédios para outras estações. Por fim, o trabalho de Fita, Neto e Schiavetti (2010), nos mostra o uso de plantas medicinais no tratamento de mordidas de cobras ou mesmo como amuleto para evitar mordidas.

A escolha da forma farmacêutica, ou seja, a forma de apresentação dos princípios ativos da planta medicinal (BRASIL, 2018) depende de uma série de aspectos. A tintura⁸ ou o produto destilado⁹ possuem a vantagem de serem administrados na dose correta, dispensarem procedimentos de secagem, além de serem alternativas de estoque para as plantas que não podem ser colhidas ou coletadas durante o ano inteiro. Por outro lado, demandam mais trabalho de manipulação e vidrarias para extração e envase. Já o chá possui a vantagem de estimular uma maior ingestão de líquido, mas exige procedimentos de secagem e não favorece a utilização na dose correta, pois fica a cargo do paciente prepara-lo.

Outro recurso terapêutico muito utilizado é a terapia floral, que consiste de essências provenientes de flores que agem sobre a mente e as emoções das pessoas (BRASIL, 2018). Por considerarem que os processos de adoecimento possuem, também, causas psíquicas e emocionais, é comum presenciarmos as cuidadoras recomendando o uso do floral de forma integrada a outros recursos terapêuticos. Vale ressaltar que elas não só recomendam o uso, como também manipulam e fornecem as essências. Esse é um recurso amplamente utilizado no cuidado às pessoas em situação de sofrimento mental, em uso nocivo de álcool e outras drogas e outras necessidades de cuidado psíquico e espiritual, conforme podemos visualizar no trecho abaixo:

⁸ Produto da extração do princípio ativo em solução hidroalcoólica (BRASIL, 2018).

⁹ Produto da extração do princípio ativo em solução alcoólica, feita por meio do aparelho do destilador.

Tem uma pessoa que a gente começou dando florais, [...] era um alcoólatra, bebia muito, muito, muito e falava que não tinha jeito, que já tinha tentado de tudo. [...] a gente deu um floral pra ele “Mão de Deus”; ele tomou vários florais, mas no começo foi Lantana e Mão de Deus, o que foi fazendo com que ele valorizasse ele. Não era pra tirar a cachaça dele, mas era pra fazer que ele se enxergasse a pessoa que ele era... trabalhador, um cara bacana e valorizasse a pessoa física que ele é. Aí ele foi abrindo outros caminhos, ele foi se enxergando, ele viu que ele estava andando com as roupas rasgadas..., ele começou a não andar daquele jeito mais. Ele começou a tratar dos dentes... Ele falou que foi as gotinhas que fez ele tratar dos dentes..., e aí têm muitas coisas... Floral de Camomila também um monte de gente procura no sentido de desapegar mesmo das coisas que gastura muito, a questão das saudades, quando perde alguém... (ST4, 2017).

A homeopatia - que consiste em uma racionalidade médica holística e vitalista cujo dispositivo envolve os princípios: semelhante cura semelhante, experimento no sujeito saudável, e ultradiluição da substância (BRASIL, 2018) – é utilizada principalmente nos casos de adoecimento por doenças crônicas, que não são resolvidos apenas com fitoterapia ou terapia floral.

A argiloterapia ou geoterapia também é um recurso muito utilizado pelas participantes da pesquisa, que consiste em aplicação de compressas de argila em certas localidades do corpo, com o objetivo de realizar trocas energéticas, harmonização e ação anti-inflamatória e antisséptica (BRASIL, 2018). Alguns cuidados adotados pelas cuidadoras consistem em: preparar a argila em vasilhame de vidro, inox ou porcelana para evitar sua contaminação com metais, sais ou impurezas oriundos dos vasilhames; e não passar de duas horas para retiradas das compressas, a fim de se evitar que as impurezas extraídas pela argila retornem ao organismo.

Em 2011, tive a oportunidade de presenciar um processo de autocuidado envolvendo ST2, ST3 e ST4, no qual elas aplicavam argila no corpo inteiro por cerca de duas horas. Nesse caso, a argiloterapia tem como função principal promover a harmonização do corpo em suas dimensões física, biológica e psíquica, assim como podemos perceber na fala de ST2:

[...] nós, agricultoras, e principalmente as mulheres agricultoras, a gente sente muita necessidade dessa energia da terra (ST2, 2011)

Mas a principal utilização da argiloterapia decorre da sua função anti-inflamatória e antisséptica, assim como expresso no depoimento de ST5 ao relatar os cuidados com sua filha em decorrência de uma trombose na perna:

Ela gritava de dor e mesmo assim eu apliquei o barro e tirava com um pano porque ela não aguentava ir para o banheiro tomar banho, então, aplicava o barro, tirava com o pano... Daí ela pegou e falou... “ – Mãe, eu consegui dormir de noite...”porque tinha duas noites que ela não dormia. Aliviou, sabe? Passa de novo o barro... [...] Teve dia que a perna dela chegou a dar choque e foi que o médico ficou bobo como ela não precisou de amputar a perna (ST5, 2011).

Outros recursos terapêuticos utilizados pelas cuidadoras referem-se à: moxabustão, reiki, aromaterapia, reflexologia, escalda-pés, massoterapia, do-in, limpeza de ouvido, carvão e radiestesia.

O moxabustão é uma técnica terapêutica que integra a Medicina Tradicional Chinesa e se baseia no aquecimento de pontos de acupuntura (BRASIL, 2018). No contexto estudado, este aquecimento se dá por meio de cilindros de vidro, que são fixados a vácuo nos locais de aplicação.

O reiki é uma prática de imposição de mãos para confluência da energia vital e distribuição ao longo do corpo, que objetiva proporcionar a harmonização da pessoa (BRASIL, 2018). No reiki, a imposição de mãos pode ser nos chacras (centros energéticos), mas também nos órgãos e partes do corpo específicas. Por diversos momentos presenciei aplicação de reiki pelas mulheres cuidadoras e, em alguns momentos, fui cuidada com este recurso terapêutico. Abaixo podemos visualizar um exemplo de cuidado com o reiki:

A mulher ficou ruim. Além de bebida alcoólica ainda tinha mais coisa e outras coisa e ela desmaiou, que pros médico era hospital e internar, mas diz ela que sentiu uma mão tão gelada nela, que ela ficou doída caçando a mão gelada. E a mão era de quem?

Aí ela voltou e passou bem o resto da noite... dava crise, mas voltava. A [companheira do setor de saúde] no outro dia falou... “- ST5, aquela mulher que você cuidou dela tá querendo te conhecer”; eu fui lá. Aí ela falou comigo assim... “- Eu sei que viajei num lugar estranho, mas chegou uma mão gelada e me puxou”... “Foi eu não, eu só cuidei...”. [Risos][...] eu apliquei um reiki (ST5, 2017).

A aromaterapia utiliza os óleos essenciais das plantas aromáticas para fins terapêuticos, visando harmonização e promoção da saúde (BRASIL, 2018). Observa-se um amplo uso da aromaterapia entre as participantes dessa pesquisa, não só nos espaços de cuidado, como também nos momentos de reunião e de formação do setor de saúde.

A reflexologia consiste em massagem nos pés e pressão nos seus pontos reflexos do corpo, com o objetivo de desintoxicação, eliminação da dor e relaxamento (BRASIL, 2018). Para além desses usos, observou-se que a reflexologia também é empregada com o objetivo de ativar órgãos e certas partes do corpo e geralmente vem acompanhada do escalda-pés, que

consiste de imersão dos pés em banho quente com substâncias aromáticas, pétalas de flores e sal grosso, produzindo relaxamento e bem-estar.

A massoterapia, popularmente conhecida como massagem, consiste de uma técnica manual de contato com a pele (BRASIL, 2018), que promove alívio da dor muscular, relaxamento e bem-estar. É amplamente utilizada pelas equipes de cuidado nas lutas e mobilizações, em decorrência da alta demanda de cuidados por problemas musculares. O do-in, por sua vez, também integra a Medicina Tradicional Chinesa e consiste de uma massagem de “acupressão nos pontos dos meridianos energéticos do corpo humano” (BRASIL, 2018, p. 43).

O cone de limpeza de ouvido é um recurso tradicional, oriundo da medicina tradicional chinesa, que consiste em limpeza e desobstrução do ouvido, a partir de um cone de tecido, cera de abelha e calor. A cuidadora ST3 a nos conta como se realiza esse procedimento de limpeza do ouvido:

A gente faz um canudo, tem que fazer com um pedaço de chita grande. A gente faz um canudo tipo dum cigarro e a gente vai e derrete a vela e passa... a gente puxa o pau naquele canudo, como se fosse uma caneta. A gente puxa e vai e coloca no ouvido da pessoa. [...] Aí a gente chega fogo e vai cortando... vai queimando e vai ficando aquela coisa preta e a gente vai cortando. Aí quando chega no finalzinho, quando já tá chegando no ouvido, a gente tira e desenrola; fica uma pontinha mais ou menos desse tamanho. Aí quando a gente desenrola tá toda a cera naquela pontinha; tira tudo, limpa todo o ouvido (ST3, 2017).

Destaca-se, ainda, o uso do carvão de bambu para desintoxicação. Para o seu preparo, deve-se queimar o bambu, seguido de lavagem, secagem e trituração, dando origem ao pó do carvão, que, no contexto estudado, é ingerido com o objetivo de promover a desintoxicação.

Para fins de diagnóstico, as mulheres fazem uso da técnica da radiestesia, na qual, a partir do princípio da sensibilidade energética do cristal, emprega-se um pêndulo de cristal ou outro material para realizar perguntas sobre o diagnóstico e a escolha terapêutica. Este é um recurso que passou a ser amplamente utilizado pelas mulheres cuidadoras nos últimos anos e que lhes confere maior autonomia de trabalho:

Hoje já consigo trabalhar com o pêndulo... Eu não faço consulta, mas, por exemplo, se eu vou usar um fitoterápico eu faço a consulta com o pêndulo se eu posso usar aquele fitoterápico e por quanto tempo..., se eu tenho dúvida que planta é aquela eu pergunto ao pêndulo... (ST9, 2017).

Tais recursos comumente vêm acompanhados de recomendações de alimentação saudável, que pode assumir diferentes sentidos. Em um sentido, a alimentação saudável

corresponde a se alimentar dos produtos da reforma agrária, sem o uso de insumos químicos ou agrotóxicos, a partir de matrizes ecológicas de produção. Em outro sentido, alimentação saudável pode corresponder a dar preferências pelos alimentos in natura, integrais e menos processados, bem como evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcar, sal marinho e gordura animal, que podem se tornar um entrave ao processo de cura, ou até mesmo agravar as doenças.

Em revisão da literatura também observamos que os cuidados com alimentação saudável adotados pela população do campo vão desde a diversificação dos alimentos, à preferência por plantas medicinais, verduras e frutas na alimentação e redução de açúcar, sódio e gordura (RICARDO, STOTZ, 2012; LIMA et al 2014, THUM et al, 2011; TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014). Outros estudos enfatizam a importância do consumo de alimentos sem agrotóxicos e transgênicos através do cultivo orgânico familiar (RICARDO, STOTZ, 2012; LIMA et al 2014; WUNSCH et al, 2014).

Por fim, a relação entre espiritualidade e saúde foi percebida nos depoimentos de ST1 e ST4, que apontaram para a importância da religiosidade e dos comandos energéticos na promoção e reabilitação da saúde. Esta é uma questão a ser destacada na história de vida de ST4, que é marcada pelo adoecimento em saúde mental. Ao longo dos últimos dez anos tive a oportunidade de acompanhar momentos de sofrimento e de superação de ST4 e, em todos eles, a dimensão da espiritualidade assumia contorno especial, seja para o “positivo”, seja para o “negativo”, conforme expresso em uma de suas falas:

Certo tempo que eu tratava de esquizofrenia, Bianca... Eles falavam que eu era esquizofrênica, eram crises, eram doideiras, e eu sabia que não se tratava de doideira. Não se tratava de uma loucura, de uma doida, de uma coisa assim, mas que eu também não sabia lidar. Então, vinha muitas coisas negativas e que eu pendia, às vezes, para o lado negativo. [...] Então, era ele que estava mandando, mas hoje não manda mais. Hoje eu tenho clareza disso... Não é o negativo que manda em mim (ST4, 2011).

Em seu processo de superação, suas habilidades espirituais passaram a ser empregadas na promoção do bem-estar entre as pessoas mais próximas, seja pela sua capacidade de previsão dos acontecimentos ruins, seja pela sua capacidade de utilizar os comandos energéticos para harmonização de pessoas, relações interpessoais e ambientes.

Eu tenho feito um trabalho também no sentido, por exemplo, famílias têm me procurado nessa questão da desarmonização da casa, da família. E então isso é muito frequente acontecer... “- ST4, dá pra você vir aqui e dar uma olhada na minha casa?”, é desse jeito. “- Dá uma olhada na minha casa, aqui a gente tá brigando muito, a comida não dá, não sei mais o que...”, é desse jeito. E aí a gente tem feito

muito esse trabalho de harmonizar a casa. Fazer mapa da casa, faz o mapa da casa e aí descobre os pontos deletérios da casa, onde tem energia negativa. [...] Talvez aquela casa tá desarmonizada porque teve uma perda há anos no passado por uma tristeza muito grande e ainda continua aquela energia ali. E a gente olha um monte de coisas, então a família tem que estar aberta a isso, até mudanças da cama, por exemplo, mudar a cama de posição, umas coisas assim... mas é muito bacana essa resposta, muito boa, muito bom (ST4, 2017).

Essa relação entre saúde e espiritualidade foi percebida em diversos estudos acerca dos recursos terapêuticos utilizados pela população do campo e se expressa nas crenças nos remédios (RICARDO, STOTZ, 2012; SANTOS, SILVA, 2014), na devoção a santos e nas rezas para a melhoria da saúde (CARREIRA, ALVIM; 2002; TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014), para o parto e nascimento (DIAS, 2007), ou mesmo na prevenção e tratamento de picadas de cobras (FITA, NETO, SCHIAVETTI, 2010).

No estudo de Wunsch et al (2014) é possível conhecer diversas crenças populares desenvolvidos pelas famílias de um assentamento de reforma agrária no Rio Grande do Sul. Estas envolvem o ato de se benzer antes do sol sair, a atenção ao calendário lunar para realizar alguns cuidados em saúde, o ato de dispor os calçados lado a lado, o uso de sal grosso e evitar varrer a sujeira para fora de casa no período da noite, para citar as mais relevantes.

Tais recursos geralmente vêm acompanhados de um momento de escuta qualificada e diálogo, evidenciando que o cuidado como relação intersubjetiva (AYRES, 2004a, AYRES, 2004b, PINHEIRO, 2009), perpassa, também, por um saber relacional:

Graças a Deus eu sei conversar com as pessoas. “Tá brigando, tá nervosa? Não fica assim não. Esse mundo não é nosso. Nós estamos a passeio nele... Deixa isso pra lá, bobeira”. Aí na mesma hora a pessoa fica calminha um tanto... (ST3, 2011).

Não dá pra eu fazer um chá, eu faço o chá... A pessoa chega e eu faço o chá, mas primeiro vamos escutar. Vamos tomar o chá e vamos conversando, e isso é muito fundamental. É fundamental isso para mim enquanto cuidadora (ST4, 2017).

Vale ressaltar que a maioria desses recursos terapêuticos passou a integrar recentemente o rol de práticas da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (BRASIL, 2006). No entanto, apesar do avanço da institucionalização desta política nos últimos doze anos (BRASIL, 2018), ainda são inúmeros os desafios para que esta e outras políticas estejam acessíveis para a população do campo.

No cotidiano do trabalho de cuidados, esses recursos e saberes compõem as estratégias terapêuticas voltadas para as mais diversas necessidades de saúde, que envolvem desde o cuidado a homens, mulheres, idosos, crianças e adolescentes de modo geral, passando,

inclusive, pela saúde de gestantes, puérperas, recém-nascidos, portadores de sofrimento mental, dependentes de álcool e outras drogas, para citar os mais comuns.

O trabalho que elas desenvolvem vai além dos cuidados na comunidade, e envolvem também o acompanhamento aos serviços de saúde. Por diversas vezes é possível observar ST4 e ST5 acompanhando as pessoas de suas comunidades, especialmente as mulheres, em atendimentos, exames e internações. Dessa forma, apesar da preferência pela medicina alternativa e complementar (MAC), elas reconhecem os momentos em que há necessidade de acessar os serviços do SUS.

Igual você estava falando de médico... Da vizinha lá na roça que precisou ir pra Itambacuri, e eu fui mais ela, e lá eu fiquei oito dias de acompanhante. Pra mim tanto faz o alternativo ou o convencional... Precizou e eu posso ficar, eu tô contribuindo...

Com várias pessoas eu viajei pra Belo Horizonte e sem saber que eu ia viajar. Eu ia no hospital visitar... “– Ah, eu tô precisando levar fulano e não tenho companhia não...” Eu falo... “- Vão bora...” (ST5, 2011).

Tesser e Barros (2008) descrevem o sentido dos termos “complementares” e “alternativas” que integram o conceito de medicina alternativa e complementar. De acordo com esses autores, quando as MAC são utilizadas conjuntamente com a biomedicina, podem ser nomeadas de complementares e quando utilizadas no lugar da biomedicina, são classificadas como alternativas.

O sentido de complementariedade pode ser observado na entrevista de ST5, ao narrar a relação entre os cuidados oferecidos por ela, e os cuidados oferecidos pelos serviços de saúde:

Quando não aplicava a argila, a diabete dela [da companheira do assentamento] subia muito e quando tava em tratamento a diabete normalizava, aí ela não tomava a insulina, aí eu falei... “- Você tem que continuar com o tratamento médico porque a gente faz, mas o médico também tem que fazer o dele pra gente saber como é que tá controlando”. A hora que tiver bom o médico libera e não nós; nós não podemos liberar sem o médico (ST5, 2017).

Por outro lado, assim como nos estudos de Carreira e Alvim (2002), Pulga (2013), Santos e Silva (2014) e Teixeira e Oliveira (2014), esses recursos terapêuticos também são utilizados de forma simultânea e integrados. Observamos que o uso das plantas medicinais e da fitoterapia é vinculado ao uso da terapia floral, do reiki, da moxaterapia, da religiosidade, da alimentação saudável, entre outros recursos, incluindo, ainda, o acompanhamento aos serviços do SUS. Abaixo destacamos um trecho de Pulga (2013), no qual a autora caracteriza

o trabalho de cuidados de mulheres integrantes do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), em que podemos observar a integração entre os diversos recursos terapêuticos:

[...] o trabalho que essas mulheres realizam vai desde a reorientação alimentar, a energização, os chás, o uso de plantas medicinais e remédios feitos por elas para curar determinadas doenças, a mudança de postura nas relações familiares e cotidianas, até a conexão com o universo e a dimensão da fé e da transcendência. Aliadas a isso, são construídas redes de apoio solidário às pessoas que mais precisam, que o grupo de mulheres e outras organizações da comunidade acompanham (PULGA, 2013, p. 585).

Contudo, uma grande demanda do setor de saúde é construir um espaço que sirva de referência regional para os cuidados e produção dos remédios, de forma a desenvolverem este trabalho coletivamente, em espaço próprio e sem envolver os familiares das cuidadoras.

Já as oficinas nas áreas geralmente abordam a discussão sobre o conceito de saúde do MST e a formação sobre o cuidado e as medicinas alternativas e complementares. No depoimento abaixo, ST7 nos relata como é desenvolvido esse trabalho de educação em saúde nos acampamentos e assentamentos da região:

A gente trabalha essa prática de cuidados diferenciados que é o saber ouvir, dar oportunidade pras pessoas falarem o que sentem. A gente trabalha com os fitoterápicos, com as outras práticas de terapia que a gente sabe. [...] Então a gente costuma fazer um levantamento quando a gente chega na área do que é que tá acontecendo na área, qual é o maior problema que tem na área, pra gente ter mais ou menos ideia daquilo que a gente vai tratar (ST7, 2017).

Vale destacar, ainda, a grande disponibilidade dessas cuidadoras para contribuição nas equipes de saúde das lutas e mobilizações, não só em âmbito estadual, como também nacional. Nesse trabalho, as cuidadoras advindas das diversas localidades levam seus materiais de cuidado e ornamentação e participam de uma escala de atendimentos aos demais militantes do MST que, por um motivo ou outro, demandam cuidados. Este trabalho também é desenvolvido a partir de uma compreensão de complementaridade entre medicina convencional e MAC, conforme nos conta ST9, cuidadora formada em Medicina:

[...] nas nossas mobilizações quase sempre o que eu tenho percebido é que a gente quase sempre dá conta de resolver a maioria das coisas com as práticas de cuidados alternativos, porque a maioria dos atendimentos nossos, nas nossas atividades não necessita medicamento; necessita mais é a intervenção mesmo, do cuidado, do acolhimento... Eu percebo que as nossas companheiras conseguem resolver quase tudo, e quando é uma coisa mais que elas acham que tem que ter um atendimento médico como tal, aí eu faço sim o cuidado (ST9, 2017).

Dessa forma, observamos que o trabalho de cuidados desenvolvido pelas mulheres do Vale do Rio Doce guarda certa semelhança com o trabalho sistematizado pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST (2005) no Caderno “Relato das Experiências em Saúde do Movimento Sem Terra”. De acordo com essa publicação, as experiências do MST referem-se principalmente aos relatos de convivência e cuidado entre militantes e familiares em caso de adoecimento, a promoção de hábitos saudáveis à saúde, a efetivação do direito à assistência em saúde, preparo de remédios à base de plantas medicinais, cuidado com a alimentação, a higiene e o ambiente, oficinas com a juventude sobre sexualidade, cuidado com os portadores de sofrimento mental, e inserção nas lutas e processos organizativos do próprio MST (MST, 2005, p. 9).

No próximo capítulo abordaremos o processo de produção, mobilização e validação dos saberes do cuidado das mulheres do MST da região do Vale do Rio Doce, a partir do aporte teórico da abordagem ergológica e da filosofia da práxis.

7. COMPETÊNCIAS E PRÁXIS NA DINÂMICA DE PRODUÇÃO, MOBILIZAÇÃO E VALIDAÇÃO DOS SABERES DO CUIDADO DE MULHERES DO MST

Nesta pesquisa usamos a noção de competência e seus ingredientes para se analisar a dinâmica de produção e mobilização dos saberes do cuidado de mulheres do MST. Consideramos este ser o caminho mais promissor, pois, a análise dos saberes a partir das competências nos possibilita “melhor entender a interpenetração do saber técnico, social e dos valores que as perpassam, para melhor assimilá-las como expressão de um sujeito sociocultural e sócio histórico em ação” (CUNHA, 2005, p. 10).

Esse é um conceito que decorre de um recente processo de complexificação da atividade do trabalho, em função de suas mudanças tecno-organizacionais, que passaram a considerar, com mais ênfase, a dimensão subjetiva e a capacidade de gestão dos trabalhadores. Na perspectiva ergológica, esse conceito carrega a importância de se voltar o olhar para o que a pessoa faz movimentar e o que é requerido no trabalho. Ou seja, um olhar que não se restrinja mais ao “posto do trabalho”, mas que compreenda a atividade do trabalho como espaço de gestão e de escolhas, a partir da circulação de saberes e valores (CUNHA, 2005; SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Assim, as competências refletem os saberes mais diversos, que incluem desde o aprendizado relacional aos conhecimentos técnicos, originados nas diferentes experiências formativas. Vale ressaltar que as competências não se manifestam de forma absoluta, o que permitiria construir ferramentas de avaliação objetivas das competências, mas sim em situação, pois estão na dependência do debate de normas e valores (CUNHA, 2005; SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Ou seja, é “em situação de trabalho dada, que as competências entram em ação, podendo gerar maior ou menor eficácia, maior ou menor produtividade, bem como favorecer gerir os riscos do trabalhar” (CUNHA, 2005, p. 10).

Schwartz e Durrive (2010) sugerem o uso do termo “agir em competência” no lugar de “na competência”, pois, há sempre necessidade de certo número de ingredientes, para qualquer pessoa, em determinada situação. Mas, ainda que se manifestem de forma contextualizada, os ingredientes da competência não deixam de se encarnar em um corpo-si, desde que em referência a uma atividade específica.

A seguir apresentamos nossa análise sobre a dinâmica de produção e mobilização dos saberes do cuidado, tendo como eixo reflexivo os seis ingredientes da competência. Nesta análise, buscamos instaurar um diálogo entre a perspectiva ergológica e a filosofia da práxis, a partir dos seus pontos de interseção.

7.1 TRABALHAR É SE APROPRIAR DE UM PROTOCOLO

Uma vez que toda atividade é, por um lado, adesão a um protocolo, a uma norma antecedente, e por outro lado, experiência ou encontro, o primeiro ingrediente da competência avalia o nível de apropriação do protocolo inicial, que diz respeito a todos os conhecimentos, técnicas e normas que buscam governar, isto é, antecipar a atividade (SCHWARTZ, 1998).

O protocolo inicial permite fornecer um saber generalizante sobre a tarefa a ser cumprida, mas suprime toda “dimensão *conjuntural* da situação de trabalho”, isto é, toda “infiltração histórica” que poderia prejudicar a legitimidade das “modelizações que antecipam a realidade” (SCHWARTZ, 1998, p. 13). Mas, não se trata aqui de eliminar o protocolo inicial, já que é inconcebível qualquer trabalho sem as normas antecedentes; isto significaria “reinventar a roda” a todo o momento.

Este é um ingrediente que admite conteúdos diversos, a depender do contexto, da atividade e dos níveis organizacionais do trabalho, mas é sempre facilmente identificável e passível de ser armazenado, sistematizado e transmitido (CUNHA, 2005; SCHWARTZ, 1998). Se pensarmos os protocolos face ao conhecimento científico, o primeiro ingrediente diz respeito à capacidade de apreensão dos conceitos, procedimentos, prescrições, diretrizes e técnicas, por exemplo (SCHWARTZ, 1998). Paralelamente, podemos perceber vários níveis de codificação das normas antecedentes, que envolvem:

[...] misto heterogêneo de saber geral; misto de elementos transformados em patrimônio e normalizados com base na experiência de entidades coletivas; regras de funcionamento antes oriundas das estratégias de governo do trabalho que integra relações de poder e objetivos econômicos e gerenciais (CUNHA, 2005, p. 11).

Nesta seção buscamos apresentar as principais normas antecedentes, os conhecimentos, as técnicas e as normas que se inscrevem no trabalho de cuidados e que visam antecipar a atividade; bem como discutir o processo de apropriação desses protocolos iniciais.

A partir das entrevistas realizadas, podemos identificar algumas normas antecedentes e alguns conhecimentos que antecipam trabalho de cuidado das mulheres Sem Terra. Em se tratando das normas antecedentes transformadas em patrimônio a partir da experiência do trabalho coletivo, destacamos: o princípio do centralismo democrático, os ensinamentos do Setor de Saúde do MST; e o cuidado como relação intersubjetiva.

O princípio da direção coletiva, ou centralismo democrático, foi mencionado por ST3, ST7 e ST8 e refere-se ao processo de tomadas de decisões e de planejamento nos espaços

coletivos do setor de saúde, como reuniões e encontros. Foi expresso através das seguintes falas: “*No setor de saúde a gente sentava, discutia; não via nada de diferente não. Todas concordavam, todas concordavam. Se fosse pra fazer tarefa...*” (ST2); “*Nas reuniões a gente tira, faz o planejamento, e aí a gente tem que executar esse planejamento*” (ST7); ou ainda, “[...] *todas as reuniões de coordenação os setores sentam pra poder discutir a sua vida*” (ST8). Esta é uma norma antecedente que se origina dos princípios organizativos do MST e orienta o planejamento das demandas de trabalho do setor, possibilita a construção de consensos e a divisão de tarefas. Uma vez discutida a questão, todos devem ser orientar pela decisão tomada no coletivo.

Considerar os “ensinamentos do setor” foi mencionado por ST9 e refere-se a buscar se orientar pelos princípios, objetivos e valores da saúde no MST, resultado de 20 anos de elaboração do Setor de Saúde, no que diz respeito ao papel da saúde na luta pela terra, pela reforma agrária e pela transformação da sociedade.

O princípio do cuidado como relação intersubjetiva (AYRES, 2004b, PINHEIRO, 2009) foi mencionado por diversas cuidadoras e refere-se a estabelecer relações de cuidado com base no respeito, na escuta qualificada, na ética e na consideração ao sujeito humano, sua história e seu sofrimento. Foi ressaltada a importância de se desenvolver uma escuta com base na paciência e na compreensão, bem como guardar segredo das conversas e das questões presenciadas nos tratamentos. O cuidado como princípio deve estar presente não só na atividade assistencial, mas também na atividade de produção de fitoterápicos, por exemplo, imprimindo qualidade nessa produção. Para isso, é importante que as cuidadoras estejam bem consigo mesmas e deem o melhor de si no encontro com o outro. Na fala de ST7 é possível observar o cuidado como princípio orientador do ato assistencial, distinguindo-o do simples ato de medicar:

E a questão da atenção... a gente dá atenção pra uma pessoa. Se você chegar e falar... “- Estou sentindo uma dor de estômago”... “- Ah, tá. Vou te dar um negócio de Macaé ali, você senta aí e daqui a pouquinho você tá bom”. Não, você vai cuidar dela mesmo, vai perguntar... “- Mas o que foi que você comeu? Você costuma sentir isso sempre?” A gente sempre conscientiza o pessoal da saúde é de ter amor pelo próximo e cuidar mesmo, não é remediar a pessoa, é cuidar dela mesmo. Se for pra fazer de qualquer maneira é melhor que não faça (ST7, 2017).

Dentre as experiências de acesso aos saberes constituídos (TRINQUET, 2010) que propiciaram o aprendizado e a reflexão sobre o cuidado como relação intersubjetiva,

destacamos a Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST¹⁰ e o EdpopSUS. A Oficina de Educação Popular em Saúde Mental foi construída, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) a partir de uma reivindicação apresentada por ocasião do III Encontro dos Movimentos Sociais Mineiros, em 2011 ao Governo do Estado de Minas Gerais. Este curso teve como participantes integrantes do setor de saúde do MST e trabalhadores do SUS provenientes de 35 municípios mineiros e visou contribuir para a adequação e ampliação das práticas de cuidados em saúde mental do SUS e do MST, de modo a responder às necessidades de saúde das famílias assentadas e acampadas, sobretudo, as relacionadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas e ao sofrimento mental grave.

Já o Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) foi coordenado pela ESP-MG e contou com a contribuição do setor de saúde do MST. O objetivo desse curso foi “fortalecer a práxis dos trabalhadores da saúde, com o referencial político-metodológico da Educação Popular em Saúde, potencializando o cuidado, a participação e a mobilização popular nos territórios” (MINAS GERAIS, 2016).

Em se tratando de usuários de saúde mental, podemos observar a produção de um saber que rompe com os estigmas da loucura e da dependência das drogas, passando a enxergar além da doença, o sujeito humano e suas necessidades de cuidado. A construção deste saber ocorre a partir da apropriação de conceitos como cuidado em liberdade e reabilitação psicossocial da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, gerando uma reflexão sobre o trabalho de cuidados e uma nova forma de cuidar das pessoas com sofrimento mental ou em uso abusivo de drogas.

O que foi marcante pra mim foi o curso de Saúde Mental, porque era uma coisa que a gente não conseguia fazer nas áreas; era o atendimento às pessoas com adoecimento mental. O curso foi muito bom porque ele abriu esse horizonte pra nós, de respeitar, de acompanhar mesmo... [...] olhar a pessoa além do problema que ele tem, ver a pessoa e não o doente. [...] E era assim que a gente via antes, que era um problema que tinha que ser eliminado, que era um problema que não podia ficar entre a gente, e hoje consegui ver isso de forma diferente...

A outra coisa foi aprender sobre a redução de danos, porque pra mim estava bebendo e era isso, deixasse beber até morrer [...] só que a partir do curso de saúde mental a gente viu que não era assim. E aí eu acho que foi o momento que a gente acordou e viu que a gente era muito preconceituosa (ST2, 2017).

¹⁰ Oficina de Educação Popular em Saúde Mental para populações assentadas e acampadas em projetos de reforma agrária de Minas Gerais, realizada pela a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, com financiamento da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais, entre 2012 e 2013.

Ainda que de forma contraditória, essas cuidadoras já desenvolviam o trabalho de cuidados com as pessoas em situação de sofrimento mental, mas a experiência da Oficina possibilitou o exercício de análise desse trabalho, a compreensão do que já era próximo do referencial da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos e que precisava ser fortalecido, e o que era divergente e precisava ser superado.

Da experiência do EdPopSUS observou-se, sobretudo, uma apropriação do conceito de acolhimento, enquanto dispositivo que possibilita a escuta qualificada e o diálogo (AYRES, 2004b, PINHEIRO, 2009), além de proporcionar aprendizados acerca das políticas públicas de saúde e do acesso aos serviços, conforme expresso no depoimento de ST7:

Tem essa prática de acolhimento que a gente tem de ouvir as pessoas, de conversar com as pessoas um pouco mais, e tem muitos postos de saúde que já nem medicação igual antigamente. Ouve primeiro a pessoa pra ver o que é que a pessoa tá precisando, se realmente é uma medicação ou se é um acompanhamento com psicólogo. Às vezes a pessoa precisa mesmo é de se expressar, então eu acho que foi muito rico fazer esse curso; a gente aprendeu com eles muitas coisas, até uns nomes lá que a gente não entendia e a gente passou a entender, e a questão também de muita coisa que a gente não teria direito ou que a gente não tem acesso a gente aprendeu que a gente pode ter acesso também... (ST7, 2017).

Ambos os processos desenvolveram-se mediados pela filosofia da práxis, não só pela possibilidade de refletir sobre o trabalho e a realidade em saúde, mas também pela construção de uma relação mais horizontal entre educandos e destes com os educadores ao reconhecer que aquele que educa também é educado, e o educando, por sua vez, também educa (FREIRE, 1987).

[...] na verdade a gente foi lá [na Oficina de Saúde Mental] pra aprender, aí chegando lá meio que a gente ensinou e aprendeu ao mesmo tempo, foi muito marcante... (ST6, 2017).

Nós conhecemos algumas práticas deles que a gente não conhecia, que tem muitos profissionais na saúde que têm umas práticas que são parecidas com as nossas. Tem a auriculoterapia, que é feita com a mostarda, tem outras terapias. Tem muitas práticas que parecem com as nossas. [...] Mas das meninas que estavam com a gente lá muitas conheciam os chás também... [...] e eles aprenderam com a gente. Eles aprenderam com a gente que sempre tinha um dia da semana pro momento de cuidado, e aí as meninas faziam acupuntura, faziam auriculoterapia e traziam a sementinha pra fazer, e a gente levava o nosso... levava a prática da ventosa, da reflexologia dos pés; foi muito bom, as meninas aceitaram... sempre tem um ou outro que não aceita, mas foi muito pouco. A maior parte contribuiu com a gente e a gente aprendeu muito com elas e elas aprenderam com a gente; acho que foi muito bom, foi rico. Todo mundo que participou [do EdpopSUS] do movimento saiu satisfeito também (ST7, 2017).

Nessa mesma perspectiva, ST9 refere-se à sua formação a partir do curso de Medicina em Cuba como um aprendizado sobre o cuidado humanizado, as relações interpessoais e a saúde como direito, em contraposição ao afastamento entre o médico e o paciente e à fragmentação e mercantilização do processo saúde-doença-cuidado, que marcam a Medicina na contemporaneidade (AYRES, 2004a, LUZ, 2012b).

Nós aprendemos, de ver, de olhar no olho, de tocar, de não ter medo, de colocar a mão... nós fomos formados assim e eu acho que isso é muito bom pra nós enquanto médicos do MST, porque não tem como você ir pra Cuba e não voltar uma pessoa diferente. Eu acho que nós temos só o que oferecer ao Movimento nesse sentido. Pena que nem todo mundo continua no Movimento, mas eu acho que onde ele estiver ele vai ser um médico diferenciado, nunca vai ser um médico igual a qualquer outro médico (ST9, 2017).

Outros saberes constituídos incorporados pelas mulheres nos seus trabalhos de cuidados refere-se aos relacionados às técnicas da medicina alternativa e complementar. Em 2011, conheci um coletivo de cuidadoras com níveis variados de apropriação desses saberes tidos como “técnicos e científicos”, que refletiam de forma diferenciada no trabalho de cuidados do coletivo. Enquanto algumas possuíam maior conhecimento sobre os recursos da medicina alternativa e complementar, imprimindo maior autonomia no trabalho, outras podiam contribuir apenas com algumas etapas do processo de cuidado e se sentiam, por isso, limitadas.

No princípio [...] a gente era muito poucas que tinham a técnica de fazer as oficinas, e a gente dava as oficinas, dava as oficinas nas áreas, mas as pessoas nunca tiveram a segurança de fazer, de colocar pra frente. Só depois desse curso de terapias que a gente fez foi que o pessoal tomou mais coragem pra fazer; [...] hoje muita gente tem as técnicas..., todo mundo agora pode fazer (ST2, 2017).

O curso de terapias naturais a que ST2 se refere denominou-se de Curso de Plantas Medicinas e Terapias Naturais e foi realizado nos anos de 2012 e 2013, através de uma parceria do setor de saúde do Vale do Rio Doce com o Departamento de Fitotecnia da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Esse curso foi organizado em 14 módulos mensais, e teve como objetivo socializar conhecimentos científicos sobre as MAC entre as quais se citam: fitoterapia, homeopatia, terapia floral, radiestesia, reiki, argiloterapia, para citar os mais relevantes. Participaram em torno de 70 pessoas, dentre os quais, uma minoria militante do setor de saúde. A partir da oferta desse curso foi possível perceber alguns avanços na formação das cuidadoras da região, com destaque para a inserção de novas militantes no Coletivo Regional de Saúde e a apropriação de novos saberes relacionados às técnicas

terapêuticas. Este segundo aspecto foi mencionado pela maioria das participantes dessa pesquisa.

Como principais aprendizados dessa experiência, as mulheres destacam: o domínio dos pontos de massagem da reflexologia; da argiloterapia (as condições para retirada do barro e para preparo das compressas), da manipulação dos florais e da homeopatia, do preparo correto das plantas medicinais (hora para colheita, forma de armazenamento e preparo dos chás e fitoterápicos), da aplicação do reiki e seus requisitos para aplicação (que não pode ingerir carne antes da aplicação, por exemplo).

Para ST5 esta experiência de formação propiciou certa “mudança” no seu trabalho de cuidado, a partir do acesso aos saberes constituídos em diálogo com os saberes da experiência, como podemos observar na fala abaixo:

Então aí já é coisa do cientista que já veio reprogramando o que a gente fazia. A gente fazia, mas não fazia da maneira certa. Agora não, agora você sabe o horário de apanhar, a quantidade de pôr, porque tem que ter esses cuidado, então ajudou muito. Eu de primeiro ia lá no mato a qualquer hora pegava a planta e fazia o chá e como tem a atmosfera que já prejudica o teor da cura, então já vem menos... Eu acho que ajudou muito (ST5, 2017).

Nota-se que para essa cuidadora a relação teoria e prática da práxis ocorre “naturalmente”, por conta do seu patrimônio de saberes investidos:

E quando a gente aprende fica marcado... “Isso aqui eu fazia, mas tava errado. Agora eu sei fazer”. Se fosse naquela época pra falar... “- Me aplica um barro...”; eu tirava em qualquer lugar, e agora eu sei que não pode ser em qualquer lugar, tem que ter o lugar próprio. Tem que saber tirar, tem os horário, tem tudo (ST5, 2017).

Assim, é possível observar a contribuição dos saberes constituídos na reflexão sobre o próprio trabalho, possibilitando a sua transformação e construindo uma unidade indissolúvel entre teoria e prática. Para Vázquez (2007), na práxis, a relação entre teoria e prática não deve ser percebida como oposição, mas como diferença. Tal oposição só faria sentido fora da práxis.

Quando ST5 nos conta que o saber constituído “reprogramou” o seu trabalho, podemos pensar em uma práxis, cuja prática fundamenta a teoria, ou seja, é a prática que lança questionamentos para a teoria e a faz avançar. Fora desse movimento, a teoria não faria sentido.

Ainda que ST9 afirme não ter participado de cursos sobre MAC, nota-se que ela possui um saber constituído sobre as plantas medicinais, a partir de pesquisas em livros e

apostilas para construção de suas estratégias terapêuticas, conforme o caso exemplificado abaixo:

Nós temos um companheiro que mora no acampamento Janete Telles, ele sofria de gastrite. [...] Aí ele falou assim... “- Ah, vocês que é bruxa podia ver se faz alguma coisa pra mim...”. Eu falei com ele... “Eu não sou bruxa não, mas eu posso estudar seu caso”. Aí peguei o livro, *A Saúde Brota da Natureza*, acho que é isso, *A Saúde Brota da Natureza* e uma outra apostila que eu tinha lá em casa, que é um livro que é mais aprofundado e ele fala o nome da planta, o nome científico, a propriedade da planta, a origem da planta, pra que serve... ele é muito, muito, muito bom mesmo! Aí eu comecei a estudar quais as plantas melhores pra gastrite e fui anotando e fazendo o estudo dele. Tinha várias plantas que serviam pra gastrite, aí depois que eu estudei todas as plantas aí eu fiz o teste pra ver qual que ele poderia utilizar, o teste no pêndulo, pra ver qual que ele podia utilizar. Aí nisso eu fiz um floral pra ele, pra tratar a questão psicológica, porque a gastrite dele era nervosa; ele é muito agitado, e uma tintura e alguns sucos que ele teve que tomar, sucos naturais: suco de batata, suco de dente de leão que ele tinha que tomar. Eu sei que ele com quatro ou cinco meses mais ou menos aí virou pra mim e falou assim... “- É ST7, eu não sei qual macumba você fez pra mim não, mas você curou a minha gastrite” (ST7, 2017).

Também no âmbito dos saberes relacionados às técnicas da MAC, ST9 relata maior conhecimento sobre plantas medicinais e fitoterápicos e, conseqüentemente, maior segurança para prescrição desse recurso terapêutico, após realização do curso online sobre Fitoterapia, ofertado pela Universidade de São Paulo (USP).

Nós temos muito caso de insônia... “Gente, vamos deixar esse remédio de tarja preta e vamos tomar chá...”, indico muito chá e indico muito fitoterápico. Depois que eu comecei a fazer esse curso eu senti muito mais segurança de indicar os fitoterápicos. [...] Olha, muita gente lá [na unidade básica de saúde do SUS] nós já conseguimos tirar os remédios de tarja preta; de muita gente. Eu gosto muito de indicar Valeriana, que já encontra em casa... Indico muito Valeriana, e muitos pacientes têm deixado de usar [os medicamentos de tarja preta] (ST9, 2017).

Uma vez que a fitoterapia constitui-se como um dos principais recursos terapêuticos utilizados pelas participantes dessa pesquisa, a partir desse curso online de Fitoterapia, ST9 iniciou um trabalho de formação com as demais cuidadoras para socialização dos conhecimentos sobre plantas medicinais. Estes dizem respeito aos nomes científicos das plantas, suas ações farmacológicas, propriedades medicinais e indicações terapêuticas e através deles, é possível garantir maior segurança e qualidade no uso das plantas medicinais, pois, diversas plantas podem possuir o mesmo nome popular, mas só através do nome científico é possível distingui-las.

Nessa mesma perspectiva, é importante mencionar o estudo sobre a fisiologia e a anatomia humana, também conduzida por ST9, a partir da demanda de se conhecer a

localização dos órgãos e seus funcionamentos, para maior embasamento das estratégias terapêuticas.

Nós temos também um estudo muito bacana aqui do setor dessa parte da fisiologia do corpo, do nosso corpo. Até a ST2 falava assim... “- Ah, veio um paciente, uma pessoa e falava que tava com dor no rim... “- Onde é que tá doendo, onde que tá doendo?”; “- E aí ele apontava pro pescoço”. [...] e aí a gente fez várias oficinas [...]. Nós estudamos todos os sistemas do corpo humano e recentemente nós fizemos um apanhado geral assim de tudo, pra dar uma sintetizada... (ST9, 2017).

Apesar de não se tratar de saberes no âmbito do cuidado em saúde, as cuidadoras mencionaram o aprendizado na área de saúde ambiental a partir da experiência “Oficinas de Promoção, Prevenção e Vigilância em áreas de reforma agrária de Minas Gerais”¹¹, realizado, no ano de 2017, pela ESP-MG em parceria com o MST. Voltado para integrantes do MST e trabalhadores do SUS, esse curso teve como principais eixos temáticos a saúde das populações do campo, modelo de desenvolvimento para o campo, segurança alimentar, produção saudável e saneamento ecológico. Esta experiência proporcionou o aprendizado sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde e no meio ambiente, bem como as alternativas tecnológicas alicerçadas na agroecologia e no saneamento ecológico. Este é um saber considerado por elas de difícil apropriação, dadas as dificuldades de construção dessas experiências nos assentamentos e acampamentos, além de se tratar de uma formação inicial acerca dessa temática.

Vale ressaltar que, de modo geral, as cuidadoras avaliam como positivas suas experiências de acesso ao saberes constituídos e reconhecem que, de um modo ou de outro, contribuíram na sua formação como cuidadoras.

[...] das práticas e da formação das práticas populares e das práticas científicas eu penso que todos os cursos que eu já fiz trouxe grande contribuição pra esse aprendizado, do que é que eu sou, de onde eu cheguei, do que é que eu faço e o que é que eu represento pro assentamento, pro MST... (ST8, 2017).

Mas eu gostei desses curso. É bom pra gente abrir mais a mente, não ficar só naquilo que a gente sabe; aprender mais é melhor (ST5, 2017).

Na apropriação desses saberes, é possível perceber as diversas formas de apreender discutidas por Bernard Charlot (2000). Em uma primeira forma, aprender refere-se a apoderar-se de um saber virtual, mas que se encontra incorporado em um objeto (um livro, um

¹¹ Esse curso encontrava-se em andamento por ocasião do trabalho de campo dessa pesquisa.

documentário), um lugar (uma escola, um museu) ou uma pessoa (um professor, um pesquisador). Neste caso o saber adquire certa objetividade através da linguagem – geralmente a escrita –, que nos permite concebê-lo sem fazer referência ao processo de aprendizagem. Em uma segunda forma, aprender pode significar dirigir uma atividade ou manusear um objeto. Neste segundo caso, o saber não adquire forma objetiva e o aprender implica em inscrever um saber no corpo, isto é, o “o produto do aprendizado não se separa da atividade” (CHARLOT, 2000, p. 69). Por fim, a terceira forma de aprendizado refere-se a “aprender a ser”, quer dizer, a estabelecer relações. Nessa situação, o saber também não adquire conformação objetiva, mas pressupõe dominar uma relação e não uma atividade.

Podemos dizer que a apropriação do ingrediente 1 no cuidado em saúde perpassa pelo aprendizado da atividade, conceitual e relacional. Este é um aspecto que nos remete à complexidade do trabalho de cuidado em saúde e seus múltiplos saberes relacionados. Ademais, o primeiro ingrediente da competência pode ser percebido na apropriação das técnicas da medicina alternativa e complementar no que se refere à produção e utilização desses recursos terapêuticos, mas também pode significar compreender os conceitos de cuidado em liberdade e redução de danos no cuidado às pessoas com sofrimento mental, ou, ainda, compreender o cuidado como relação intersubjetiva, que se beneficia do dispositivo do acolhimento, por exemplo, para citar os saberes constituídos mais relevantes.

Assim, para cada trabalho pode-se enumerar quais os principais conhecimentos científicos, técnicos, normas, saberes e linguagens a serem determinados a priori para o governo da atividade (SCHWARTZ, 1998). E é justamente o “esforço de conhecer” esse protocolo inicial que representa a fonte de eficácia número um (MAILLIOT, DURRIVE, 2015, p. 170).

Algumas cuidadoras afirmam que, com certa frequência, consultam apostilas, livros, revistas e sites da internet para aprofundar o conhecimento sobre um recurso terapêutico, construir alguma estratégia de cuidado ou responder aos questionamentos que surgem no decorrer da atividade do trabalho:

A gente tá sempre estudando. Têm uns livros que faz parte..., é o livro de cabeceira porque todo dia a gente tá lendo. Cada vez que a gente lê a gente sempre aprende alguma coisa diferente, mesmo naquela mesma leitura a gente aprende um tratamento diferente (ST2, 2017).

A cuidadora ST9 afirma que é constantemente cobrada das demais cuidadoras para produzir materiais de síntese dos estudos sobre fitoterápicos e fisiologia humana, realizados pelo coletivo. Já a cuidadora ST4 disse emprestar ou reproduzir seus materiais para novas

cuidadoras que se inserem no grupo. No entanto, é possível observar uma limitação por parte de outras cuidadoras no acesso à linguagem escrita, seja para ler, seja para escrever:

Eu queria fazer mais curso ainda pra mim aprender mais coisa. O que falta mais pra mim, Bianca, é ler, saber mais. Porque se a gente não lê a gente fica sem saber as coisas, então a gente sempre tem que ler. Eu até combinei com a [cuidadora do acampamento Padre Gino] porque [ela] também formou também, [ela] é muito sabida também nessas coisa. Eu até falei com ela... “Uma hora eu vou sair de lá pra mim vim aqui estudar com você, pra poder aprender com você também” [risos]. [...] Sozinha não vai de jeito nenhum. Muito material pra ler, Bianca. É muito material, muita, muita coisa pra ler. É cada livro que a gente pegou nos curso... nossa, é muita coisa! Mas aí eu sozinha eu fico naquela, eu pego o livro e eu não leio nem uma página do livro, aí eu olho o livro e falo assim... “Meu Deus, eu não vou dar conta”, então eu tendo companhia eu gosto de ler, mas é difícil da gente marcar pra gente ler (ST3, 2017).

Embora não se trate de curso de saúde, a cuidadora ST4 narra sua desistência do Curso sobre Questão Agrária, ofertado para os dirigentes do MST em Minas Gerais, em parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF):

Esse curso de Questão Agrária eu parei no trabalho de campo, o TCC; eu não dei conta, pela minha formação mesmo... O curso é muito de um nível de conhecimento que eu tô lá na base. O jeito, a apostila, o palavreado, as escritas... eu fiquei com vergonha de pedir ajuda, preferi pedir pra sair do curso (ST4, 2017).

Essa mesma cuidadora nos conta que:

[...] sempre que eu tenho uma oportunidade eu tô folheando nossos livros, nossa cartilha, mas a gente fica mais é no básico das oficinas; acho que é um erro também. Por exemplo, eu vou dar uma oficina e eu estudo o material pra dar a oficina. Talvez eu não tenho estudado outros livros, eu não tenho lido muitos livros, às vezes dou uma folheada, mas eu não tenho lido tanto (ST4, 2017).

Estes achados de nossa pesquisa corroboram com Schwartz e Durrive (2010) ao afirmarem que a relação com o ingrediente um admite um “descentramento ou uma descontextualização da pessoa em relação à sua situação, em relação à sua vida, em relação aos seus desejos” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 210). Para aprender esses saberes é necessário um afastamento do que se concebe sobre aquele assunto. Isto é, um condicionamento, uma “disciplina do conceito”, uma submissão às suas normas e premissas essenciais, um esforço um tanto penoso, mas imprescindível (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 210).

Schwartz (1998) afirma ainda que:

[...] esse tipo de ingrediente será sempre objeto de um aprendizado progressivo, no qual o sujeito deve aparentemente "esquecer" sua experiência ou sua sensibilidade para melhor ter acesso às conexões regradadas que se movem na - relativa - generalidade do conceito (SCHWARTZ, 1998, p. 15).

A partir da compreensão sobre o papel do ingrediente um na formação dos militantes da saúde, que o Setor de Saúde do MST organiza, a nível nacional, cursos de formação de quadros técnicos para atuarem na área da saúde nos assentamento e acampamentos de reforma agrária. O primeiro curso organizado pelo setor nacional de saúde refere-se ao Curso Técnico em Saúde Comunitária, pelo Instituto de Educação Josué de Castro (IEJC), em Veranópolis, estado do Rio Grande do Sul, e teve início no ano 2001. Em relação a este curso, Daros, Dellazeri e Andreatta afirmam que:

[...] definiu-se por saúde comunitária, pois o objetivo era atender as comunidades acampadas e assentadas. A expressão comunidade, ao contrário de coletivo [referindo-se à Saúde Coletiva], nos remete a uma raiz popular, envolvendo diversas dimensões da vida humana, como o trabalho, a cultura, a afetividade e a própria identidade de classe (DAROS; DELLAZERI; ANDREATTA, 2007, p. 134).

Nos anos seguintes, alguns estados do Nordeste e do Sul também passaram a organizar os cursos técnicos na área da saúde, principalmente cursos de saúde comunitária e enfermagem. Concomitantemente, foram estabelecidos convênios entre o MST e a Escola Latino Americana de Medicina (ELAM), em Cuba e na Venezuela, para formação de médicos militantes camponeses. Em 2014 contabilizavam-se mais de 100 médicos do MST formados em Cuba, com atuação em diferentes municípios do Brasil, sobretudo na atenção primária à saúde (APS) de territórios do campo (SANTOS, 2015).

No âmbito da medicina alternativa e complementar, desde a fundação do setor de saúde, no final dos anos 1990, são organizados cursos na área de plantas medicinais e fitoterapia, massoterapia, entre outros, muitos desses em parcerias com entidades e instituições de ensino. Este é o caso do Curso de Saúde MST-RJ, em parceria com a Associação Sino Brasileira de Acupuntura, Moxabustão e Terapias Holísticas (ASBAMTHO), organizado pelo Setor de Saúde do MST do Estado do Rio de Janeiro, que o Coletivo Regional de Saúde do Vale do Rio Doce se inspirou para construir o Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais, mencionado anteriormente. A esse respeito, Dirlete Dellazeri, ex-integrante do Setor Nacional de Saúde do MST afirma que:

Nós, Sem Terra, temos muita tradição em usar plantas medicinais para consumo humano e animal. Isso é bastante tradicional para o povo do campo, que sempre produziu seus próprios medicamentos. Procuramos estimular o plantio e o uso

correto dessas plantas, levando a informação e o conhecimento aos trabalhadores e às trabalhadoras rurais. Além das plantas, utilizamos a geoterapia, a acupuntura e a bioenergética, entre outras. São terapias que dão bons resultados (DELLAZERI, 2006).

A partir de 2008, o Setor de Saúde passou a planejar ações de formação na área de saúde e ambiente, visando construir estratégias de enfrentamento aos determinantes sociais da saúde da população do campo. Destacam-se a realização de uma turma nacional do Curso de Especialização Técnica em Saúde Ambiental, em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), duas turmas do Curso Técnico em Meio Ambiente, realizadas no Paraná e no Ceará, também em parceria com a EPSJV/Fiocruz e uma turma do Mestrado profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz).

A partir da necessidade de formação acerca da temática das políticas públicas de saúde é que se concluiu, em 2011, a primeira turma do Curso de Especialização Técnica em Políticas Públicas de Saúde para a População do Campo, também em parceria com a EPSJV/Fiocruz. Por fim, nos últimos anos, com o objetivo de formar profissionais para atuarem na atenção à saúde da população do campo, desde 2014 o MST tem se ocupado do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em saúde da população do campo, em parceria com a Universidade do Estado de Pernambuco (UEPE).

Assim, finalizamos nossa reflexão acerca do ingrediente 1 da competência no trabalho de cuidados ressaltando que é possível perceber uma apropriação desses saberes de forma reflexiva, à medida que estes propiciam a transformação do trabalho de cuidados. Freire e Nogueira (2009) afirmam que o texto, ou conhecimento científico, por ser inacabado, deve possibilitar ao leitor se aproximar criticamente da realidade, ir além dele, ou mesmo se opor a ele. Nessa perspectiva é que na práxis, a teoria e prática se complementam, formando uma unidade indissolúvel (VÁZQUEZ, 2007).

7.2 TRABALHAR É GERIR AS INFIDELIDADES DO MEIO

Se é verdade que toda atividade de trabalho é, por um lado, apropriação de um protocolo inicial, também é verdade que ela é, sempre, “experiência ou encontro” (SCHWARTZ, 1998p. 18). Schwartz e Durrive (2010, p. 210) usam a expressão “encontro de

encontros” para se referir à junção de diversas interfaces que se devem manejar simultaneamente, como a esfera técnica, a esfera humana, as estratégias, os costumes e convenções. Cada um desses elementos carrega consigo sua história e, quando colocados em interação, produzem algo novo, extremamente singular. Neste processo, a história se cria e se recria de forma constante.

Trata-se, assim, de um traço universal da abordagem ergológica: “não existe situação de atividade que não seja afetada pela infiltração do histórico no protocolo” (SCHWARTZ, 1998, p. 18). E o segundo ingrediente da competência refere-se, justamente, à capacidade de incorporação do histórico de uma situação na atividade do trabalho.

O ingrediente 2 é geralmente produzido a partir do diálogo com o meio de vida e trabalho, pois tanto no viver quanto no trabalhar, se “incorpora uma forma de conhecimento do meio humano, com sua história, seus hábitos, suas escolhas nas gestões das situações” (MAILLIOT, DURRIVE, 2015, p. 171). Por isso, para Schwartz (1998, p. 19) o segundo ingrediente da competência relaciona-se mais à capacidade de realizar escolhas, de decidir, de julgar, levando-se em conta a conjuntura de cada situação, do que propriamente o “saber” ou o “saber-fazer”.

No trecho abaixo, a dimensão gestonária e a infiltração do histórico no protocolo se evidenciam, quando ST3 fala da importância de se levar um kit pessoal de materiais de cuidados e medicamentos para as lutas, ainda que a norma coletiva defina que o material deva ser centralizado. No caso em questão, esse patrimônio refere-se, entre outros, aos saberes decorrentes da sua história de participação como cuidadora nas lutas e mobilizações, que lhe permite ressingularizar as normas antecedentes:

Se você tivesse saindo aqui hoje e amanhã indo pra luta... “Bianca, leva seus remédios, de cuidado...”. Era isso que eu já tinha que passar pra você, é o remédio que não pode ficar pra trás, tem que levar. [...] Já tem aquele da luta, já tem a caixa da luta, mas você também tem que ter o seu também na bolsa, porque se você tiver numa marcha, se você estiver na luta, mas às vezes o remédio tá lá na frente com a caixa lá, se a pessoa precisa, tá cansada, tá sentindo dor de cabeça, aí você tá aqui perto dele, você tem que estar aqui pra cuidar dele, por isso é a primeira coisa que a gente faz; leva o seu kit (ST3, 2017).

Já neste trecho da entrevista de ST1 podemos perceber como a infiltração do histórico permite à cuidadora responder melhor às imprevisibilidades do meio no trabalho de cuidados:

[...] fui adquirindo mais segurança entre um caso e outro, de um resultado bem sucedido. Aí pensava... “É por aí mesmo que vai.” E agora, eu posso atender muitas pessoas porque quando vejo um assunto, eu me lembro de outros casos que passaram e que deram certo, aí eu já sinto que dá pra poder seguir em frente, e dou

também segurança pra aquelas pessoas que vem pra ser atendido por eu ter passado por situações daquele tipo, né... (ST1, 2011)

A dimensão gestonária inscrita no ingrediente dois também pode ser percebida na fala da cuidadora ST7, sobre os diversos aspectos a serem considerados no cuidado de uma paciente com depressão. Para “aprender” a gerir essas variabilidades é necessária uma vivência no próprio trabalho, isto é, “estar acompanhando a gente”, como sugere essa cuidadora:

Eu acho que você ia ter que estar acompanhando a gente porque depende da pessoa, se a pessoa estiver em crise ou se a pessoa não estiver em crise também, porque tem depressão que você consegue avaliar, mas aí a pessoa não tá em crise. Precisa fazer um tratamento ali na hora e ver se a pessoa tem como continuar aquele tratamento em casa (ST7, 2017).

Este é um saber que habita o corpo, ou seja, o “corpo-si”, na confluência das dimensões biológicas, psíquicas, sensoriais e culturais e fica gravado na forma de memória sem que se consiga refletir muito sobre o saber que está sendo armazenado. Trata-se de uma competência em aderência à ação, muito relacionada ao contexto e de difícil verbalização. E é justamente o fato desse saber se inscrever num corpo-si que gera uma fundação histórica e singular desse ingrediente (SCHWARTZ, 1998, SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Nos depoimentos de ST4 é possível perceber o ingrediente 2 da competência, que mobiliza o corpo como um todo, na sua dimensão biopsíquica, social e espiritual, isto é, uma sabedoria inscrita no corpo-si, que se expressa na forma de prontidão, entrega e solicitude para com o outro (BOFF, 1999), ainda que precise se ocupar de outra tarefa naquele momento:

Eu gosto muito de viajar, apesar de ter as dificuldades da saúde, mas eu acho que quando eu viajo eu consigo contribuir mais. Consigo me desdobrar mais, sabe? Me esforço mais, apesar de que o problema de saúde as vezes impede. Mas aquelas lutas, viagens, aquele cuidado... Meu corpo tem muito isso. Pra dentro do ônibus. E ninguém percebe, mas eu fico vigiando quem é que sai... medo de ficar alguém, sabe? Medo de ficar alguém. De perder alguém. De alguém adoecer e não falar com nós (ST4, 2011).

É importante que a pessoa que fizer esse primeiro atendimento ele continue ali, mesmo que vá atender outras pessoas, mas ele tá ligado que botou o seu João ali pra dar uma relaxada; ele tá sempre ligado que aquele paciente, que aquela pessoa que tá ali que ele atendeu ela tá... mesmo que tenha outros cuidadores ali, mas se fui eu que atendi, eu que dei esse remédio, eu que botei ele aqui, então eu que tenho que dar sempre atenção a essa pessoa; é neste sentido (ST4, 2017).

A fala das cuidadoras ST2 e ST6, nos mostra a presença dessa sabedoria cravada no corpo-si, resultante das experiências de trabalho individuais e coletivas, no cuidado, bem como a dificuldade à sua enunciação e sistematização:

O que eu penso que a gente aprende é mesmo na prática com as pessoas. Aquilo que não está escrito em livro nenhum, que só está na experiência das pessoas que trabalham com plantas medicinais, porque a gente não consegue nem escrever essas experiências (ST2, 2011).

[...] eu tenho dificuldade pra falar, mas na prática eu faço mais. Então em todas as práticas que a gente aprendeu eu consigo desenvolver ela bem; eu acho que sim (ST6, 2017).

A dificuldade de enunciação desse saber também é explicitado na fala de ST1, ao se referir à explicação dos saberes de cuidado por outra cuidadora:

A irmã da ST2, quando ela estava aqui eu perguntava... “Oh, esse negócio que você faz não é muito difícil não, e eu fico pensando que você faz e eu também posso”. Por que eu não posso, né? Eu ficava naquela. Ela falava que era fácil, mas tem que ter uma força de vontade da pessoa. Porque ela falava... “- Ah, não é difícil não. Eu te explico”. Mas como é que explica, gente? Ela falava de um jeito assim que não era explicando, né? (ST1, 2011)

Não é por se tratar de um saber de difícil verbalização que se deve concluir que não existam normas, conceitos e saberes que orientam as escolhas e o governo dessas atividades. Pelo contrário, há uma série de variabilidades presentes nas situações de trabalho, que exigem uma “forma de competência ajustada ao tratamento dessas situações” (CUNHA, 2005, p. 12). Por isso, este é um ingrediente cuja formação se dá por meio da própria operatividade, pois nenhuma forma de acesso aos saberes constituídos possibilita a apropriação do ingrediente 2 das competências (SCHWARTZ, 1998).

Nessa mesma perspectiva, Charlot (2000, p. 78) afirma que apropriar-se de um saber exige do sujeito uma atividade, pois, “apropriar-se do mundo é também apoderar-se materialmente dele, moldá-lo, transformá-lo. O mundo não é apenas conjunto de significados, é também, horizonte de atividades”.

O depoimento de ST3 nos mostra que é possível aprender um saber sobre as plantas medicinais sem que haja sua verbalização, na própria operatividade, como, por exemplo, ao acompanhar sua mãe no dia-a-dia do preparo dos remédios caseiros:

[...] minha mãe conhecia muitas plantas e eu fiquei conhecendo através da minha mãe. Igual a buva mesmo, rabo de mula, o camarão eu já sabia que era pra tosse, pra

tomar banho de sarampo e catapora... Tudo isso ela falava que o camarão também era bom pra isso. O pé de galinha é pra pessoa que está com pulmão fraco, pneumonia. Então, eu fui aprendendo com ela, porque ela também conhecia muito remédio. A jalapa... Ela conhecia muito remédio, mas eu também não perguntava... “Pra que é?” Ela não falava. Ela falava... “- Esse remédio é bom, é bom demais”, mas não me explicava. Aí eu fui aprendendo com ela quando fazia os remédios pra gente (ST3, 2011).

Nessa perspectiva, a cuidadora ST5 reconhece que sua forma de aprendizagem passa principalmente pela atividade, assim como discutido por Charlot (2000) em relação às formas de aprender:

[...] pra todos os efeitos a gente tem vários tipos de florais... Tem o Floral de Beijo que trata essa questão da pessoa que tem depressão... tem muitos florais que equilibram, tem o de Ipê Amarelo que ajuda na autocura, no equilíbrio espiritual da pessoa. Então são todos que a gente pode usar ali e dar pra pessoa ir continuando o tratamento; acho que é prática mesmo, a gente tem que ir praticando pra gente entender (ST5, 2017).

Entretanto, os saberes investidos estão relacionados não apenas ao domínio de uma atividade (CHARLOT, 2000), mas também uma mudança de visão, isto é, à construção de uma visão crítica sobre a realidade e o trabalho em saúde (FREIRE, 1987).

[...] essa promoção (da saúde) eu aprendi na prática, que é a gente perceber que quanto mais a gente tá envolvido dentro das nossas áreas, quanto mais a gente tá reunindo pra cantar, pra brincar, pra festejar, menos a gente adocece, então eu compreendi no decorrer dessa caminhada no setor de saúde que promoção pode ser isso, pode ser a forma da gente viver dentro do assentamento, a nossa forma de viver na terra, nossa cultura, a nossa forma de comemorar nossas festas..., até de chorar as nossas derrotas, os nossos sofrimentos. Quando a gente tá junto, quando a gente tem esperança a nossa saúde fica melhor (ST2, 2017).

Nesse processo, o sujeito não só utiliza seu patrimônio individual e coletivo, como também aprende permanentemente a partir da gestão das múltiplas variabilidades impostas pelo meio, ou seja, ele recria saberes (CUNHA, 2005; SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). As cuidadoras ST5 e ST6 nos contam como este saber é recriado a todo o momento em que há demandas de cuidado e, conseqüentemente, de aprimoramento do trabalho:

Fui aprimorando, você vai prestando atenção... A minha menina quando deu meningite mesmo, eu não sabia que era meningite. Ela deu uma dor de cabeça e clamava que tava doendo, aí eu dei ela o São Caetano e fui esperando até a hora que eu consegui ir no médico. Quando cheguei lá o médico me perguntou o que eu dei ela, que ela não tinha morrido, então quer dizer, foi o remédio que eu dei e o modo de cuidar dela que ela não veio a óbito (ST5, 2017).

Cada pessoa que você cuida você aprende; até no cuidar da pessoa você vai aprendendo (ST6, 2017).

Freire (1996) afirma que, no processo de ensino-aprendizagem, é importante vivenciar a prática, para se confirmar alguns saberes (ratificar), além de repensar outros, de forma a retificá-los e aprimorá-los. Nessa mesma perspectiva, Schwartz (2009) afirma que o trabalho renova continuamente o polo da desaderência, isto é, o polo dos saberes constituídos.

A necessidade de ‘prestar atenção’, mencionada por ST5 nos leva a perceber que no trabalho jamais há pura execução, mas sim uso de si, ou seja, “convocação de um indivíduo singular com capacidades bem mais amplas que as enumeradas pela tarefa” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2008, p. 27).

Da mesma forma, podemos analisar essa necessidade de ‘prestar atenção’ face à práxis criadora, para a qual há necessidade de uma mente sempre presente. Vale lembrar que a práxis, por ser uma unidade dialética entre teoria e prática, é, também, simultaneamente, subjetiva e objetiva. Segundo Freire (1987), na práxis:

[...] o aspecto subjetivo toma corpo numa unidade dialética com a dimensão objetiva da própria ideia, isto é, com os conteúdos concretos da realidade sobre a qual exerce o ato cognoscente. Subjetividade e objetividade, desta forma, se encontram naquela unidade dialética de que resulta um conhecer solidário com o atuar e este com aquele. É exatamente esta unidade dialética que gera um atuar e um pensar certos na e sobre a realidade para transformá-la (FREIRE, 1987, p. 26).

No pensar certo na e sobre a realidade para transformá-la, ou seja, na práxis criadora, a consciência se faz presente tanto na projeção inicial do resultado, quanto para modificar esse ideal de acordo com as circunstâncias (VÁZQUEZ, 2007). Do contrário, produz-se uma práxis reiterativa, que desconsidera a dinâmica do meio e a particularidade do processo. E é justamente os usos de si ou a práxis criadora que possibilitam com que o trabalho seja fonte permanente de produção dos saberes, do homem a si próprio e da história.

Este é um aspecto que se evidencia no depoimento de ST4, ao afirmar ser impossível passar sua tarefa para outra pessoa que não tenha vivido a experiência do trabalho de cuidados, ou seja, que não tenha vivido as “dramáticas do uso de si” convocadas pela tarefa:

Olha, é uma situação bem complicada porque a gente já tá na labuta e sabe que de uma hora pra outra a pessoa não vai pegar, ainda mais se a pessoa nunca fez essa tarefa; com quem já fez é mais tranquilo de dizer... “Oh, você já sabe qual a dinâmica, qual os fitoterápicos que a gente usa, as pomadas que usa...”; com quem já usa é mais fácil, mas eu não consigo pensar numa pessoa que não conhece a dinâmica, que não conhece o jeito que trabalha e passar minha tarefa não. Eu posso pedir pra ela acompanhar e ver como tá sendo o procedimento e ver se ela vai ser útil naquele espaço pra alguma coisa, mas pra tarefa de cuidadora eu fico meio assim

de passar. *Pra quem já conhece é tranquilo, já sabe de tudo...* pode vir um epilético, pode vir uma pessoa com pressão alta, pode vir uma pessoa com sangramento, essas coisas assim, mas pra uma pessoa que não tá no processo, que não participou de algum processo de formação fica difícil (ST4, 2017).

Trata-se, portanto, de uma competência que demanda tempo de formação, pois o histórico de uma situação não se aprende de um dia para o outro. Em outras palavras, requer experiência de trabalho para a construção de um saber encarnado no corpo-si.

À medida que eu fui acompanhando os espaços de saúde, as meninas, as oficinas e os cursos de formação. À medida que eu fui me formando cuidadora, que eu fui vendo... “Olha, eu sei fazer isso, eu posso fazer isso”, então eu acho que foi nessa medida que eu fui me formando. Eu acho que pra gente cuidar a gente tem que ter essa prática, tem que ter esse acompanhamento; não é do dia pra noite. [...] Todo dia você aprende coisa nova, você nunca sabe de tudo (ST7, 2017).

Mas é cada tempo que a gente vai vivendo é cada tempo que a gente vai aprendendo (ST3, 2011).

Charlot (2000) afirma que o aprender - o apoderar-se do mundo, o produzir-se a si mesmo, o incorporar-se em uma teia de relações com os demais - exige tempo e jamais se finda. Um tempo inerente à história do ser humano, ao sujeito, e às gerações anteriores e posteriores do sujeito. Trata-se de um tempo que é heterogêneo, marcado por “momentos” expressivos, por circunstâncias e por descontinuidades.

Esta é uma questão que se expressa no desafio da formação de novas militantes do setor de saúde:

Igual a ST2... Ela não tá bem, mas ela tem uma bagagem muito boa. Vamos supor que a ST2 morre. Quando vai formar alguém com as características dela, que tenha a mesma bagagem que a dela? (ST1, 2011)

Pra mim a ST4 é uma grande referência no setor de saúde, aí quando eu vejo ela falando assim... “- O ano que vem tem que ter uma outra pessoa”; eu fico pensando qual é a outra pessoa que vai estar na frente da saúde. Porque achar quem vai você acha. Você pode pegar uma outra pessoa e botar lá, mas qual é o perfil dessa pessoa, qual é o histórico dela, qual o conhecimento que ela já sabe bem? (ST8, 2017).

Nessa mesma perspectiva, a cuidadora ST2 fala do desafio de socializar seu conhecimento sobre cuidado com as novas militantes do setor:

Eu saí do setor de saúde, mas o setor de saúde não saiu de mim porque eu acho que ainda tenho muito o que contribuir com o setor. Aí eu penso que vai chegando militantes novos e aí os velhos vão ficando encostado. Eu acho que dentro do Movimento do Sem Terra e não só no setor de saúde a gente tem que resgatar esses

quadros antigos do Movimento, mesmo pra se pegar mais alguma coisa que às vezes ficou lá no cantinho sem a gente conseguir passar. Acho que é um desafio trazer de volta, pelo menos pra alguns momentos do setor..., trazer aquelas pessoas históricas, outras pessoas históricas, como é o caso da ST1, que passou pelo setor, que ajudou a construir... pra ajudar a formar essa nova turma que tá aí (ST2, 2017).

Assim, na formação do ingrediente dois da competência é preciso considerar, também, a importância das múltiplas vivências na formação das cuidadoras. Para Charlot (2013), a formação humana é simultaneamente um processo de humanização, de socialização e de subjetivação ou singularização. O ser humano se realiza sempre como ser singular, o que, não nega a dimensão social da formação humana. “Somos originais e singulares porque somos sociais e, quanto mais sociais formos, mais singulares seremos” (CHARLOT, 2013, p. 170). Isto é, quanto mais interações sociais vivenciarmos, mais singulares, ou “originais”, seremos.

Nas próximas seções veremos como esse saber se articula aos saberes constituídos na construção do ingrediente três do agir competente.

7.3 TRABALHAR É UMA DIALÉTICA

Se apenas o ingrediente um é insuficiente para dizer o que se passa na atividade, tampouco o ingrediente dois sozinho garante um agir competente. É necessária uma combinação, uma dialética, entre esses dois ingredientes anteriormente listados. Nisto consiste a terceira fonte de eficácia: a maestria em proporcionar o diálogo entre os dois primeiros ingredientes, o conhecimento do protocolo inicial e a infiltração do histórico, para solucionar com sucesso um problema (MAILLIOT, DURRIVE, 2015).

Esta competência é a que permite diferenciar em quais momentos é necessário um “tratamento ajustado”, que se reflete na articulação do conhecimento de ordem geral ao caso particular. De acordo com Schwartz (1998, p.27), o “velho problema filosófico da subsunção de um caso sob um conceito supõe aqui uma *inventividade dinâmica* que leve em conta nas suas escolhas tanto as características genéricas quanto os "metabolismos" locais”.

Embora extensa, vale a pena reproduzir a fala de ST2, na qual ela historiciza a experiência do grupo de cuidadoras em relação às diversas formas de administração das plantas medicinais: inicialmente a recomendação do uso dos chás, em seguida a preparação dos pacotinhos de planta seca com a dose a ser administrada diariamente e por fim, a experiência do destilador. Observa-se, que são diversas as formas do uso de si, que gera, por fim, um uso de si por si com base na economia do corpo (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Por outro lado, podemos perceber a construção de uma “inventividade dinâmica”, para usar um termo do próprio Schwartz (1998) – e por que não dizer de uma práxis - acerca de qual a melhor forma de uso das plantas medicinais, articulada a incorporação de uma tecnologia, resultando em maior eficácia no recurso terapêutico adotado. Assim, na história relatada por ST2 podemos perceber como os ingredientes 1 e 2 se articulam dialeticamente na construção de um terceiro ingrediente do agir competente.

A princípio, as experiências com chás a gente via que não dava muito resultado por conta que as pessoas não tinham muito cuidado de tomar o chá todo dia do jeito que tinha que ser feito. É uma reeducação, né. As pessoas estavam acostumadas de pegar aquelas vassouras de planta, fazer aquele balaio de chá, colocar na geladeira. Então, foi todo um aprendizado... “Não, não pode ser assim”. Mas mesmo assim com essa reeducação popular, ainda tinha a dificuldade de fazer o chá todo o dia. Não era prático você ir para o serviço todo o dia carregando uma garrafa de chá. E acabava que as pessoas não tomavam o chá do jeito que tinha que tomar, daí a gente foi criando outras formas. Isso tudo pra facilitar o tratamento porque a gente percebia quando o tratamento era feito direitinho, com orientação, a pessoa recuperava mais depressa. Porque não adianta... Você olhava uma pessoa daqui um mês, e quando ela voltava, estava do mesmo jeito. “Ah, tomou o chá?” – “Ah, tomei um dia sim, depois não deu certo, daí eu parei. Acho que o chá tava me fazendo mal.” Daí nós começamos a pensar... “Vamos preparar o remédio”. Começamos a preparar os pacotinhos, pra cada dia. Então, se a pessoa tinha que tomar cinco ervas, a gente contava essas cinco ervas durante trinta dias, por exemplo, que era o tratamento. Só que a gente tinha que secar as ervas... Era muito trabalho, e isso sem ganhar nada. Eram trinta pacotinhos. Aí todo dia fazia, mas mesmo assim a gente percebeu que era muito trabalho para uma equipe pequena, e a gente não era liberada pra isso, né... Não tinha nem ajuda de custo pra fazer esse trabalho. Então, era muito difícil porque tinha planta que a gente não conseguia achar, ou algumas plantas a gente conseguia achar pra 15 dias, mas não para o resto do tempo. Então nós resolvemos fazer assim... Vamos destilar. Aí veio um padre, amigo nosso e que já trabalhava com destilador lá em Santa Catarina e no Paraná... Aí ele veio e passou essa experiência do destilador. Fica mais prático pra tomar, responde mais depressa porque você vai destilar. Foi muito bom pra gente ter ganhado esse destilador, porque foi daí que começou a entrar mesmo no tratamento. Mas aí, Bianca, nós não ficamos parado. A gente foi participar de cursos... (ST2, 2011).

De acordo com Schwartz (1998), instalar essa dialética exige um intenso trabalho, um rigoroso “uso de si por si”, um corpo-si presente em todas as suas dimensões, ou ainda:

[...] uma vigilância sensorial, relacional e intelectual que não tem mais outro termo a não ser a própria história; essa história, que remodifica as normas, as regras e os procedimentos, aprofunda os saberes e oferece de volta indivíduos sempre ressingularizados pela vida (SCHWARTZ, 1998, p. 31).

Aqui, novamente, percebemos a presença da mente ativa, de uma unidade dialética entre a dimensão subjetiva e a objetiva, que caracteriza a práxis criadora. Nela é possível perceber, sempre, a produção de um resultado único e original, como resposta à singularidade e imprevisibilidade do meio (VÁZQUEZ, 2007).

Vale ressaltar que esse ingrediente é constantemente requerido no setor de serviços, onde se deve realizar uma adequação entre as normas e regulamentos da empresa ou instituição às necessidades dos usuários dos serviços. Nos cuidados prestados nos serviços de saúde, por exemplo, é preciso que a equipe tenha certo domínio do ingrediente 1, no que tange ao diagnóstico e terapêutica, que deve ser adequado em função dos pacientes com suas singularidades, como reconhece Schwartz (1998):

Os cuidados médicos ilustram de modo bastante paradigmático esse ingrediente da competência, na medida em que a equipe de profissionais de saúde deve ao mesmo tempo dominar a nosologia, a tecnicidade e as terapêuticas - e isso nos remete ao ingrediente 1 - bem como ficar frente a frente com doentes singulares cujos aspectos clínicos e cujas capacidades em suportar o tratamento, o ambiente social, humano - condição de prosseguimento mais ou menos feliz do tratamento - deverão ser apreciadas em virtude de uma experiência diversamente individual, diversamente coletivizada. (SCHWARTZ, 1998, p. 30).

Assim, as enunciações a seguir demonstram um agir competente que articula o domínio do protocolo inicial, que se expressa desde o acolhimento, a escuta qualificada, ao domínio dos recursos terapêuticos, por exemplo, com a capacidade de gerir as infidelidades do meio, no que tange ao cuidado de um paciente singular:

Olha, a gente vai até o espaço, vou falar as características do espaço, como vai estar..., e o primeiro passo é escutar a queixa da pessoa. Você vai escutar, escutar, escutar mesmo, daí você vai *pensando*, por exemplo, se é um emocional, a pessoa tá chorando..., vai escutar, ele vai desabafar, você vai dar o floral pra essa pessoa; o primeiro passo é o floral...". Às vezes a gente dá um floral e a pessoa fala que já tá se sentindo melhor. Aí a gente pede ele pra descansar um pouquinho no cantinho pra ele tentar relaxar, mas se for uma dor, por exemplo, que mesmo dando floral..., se for dor de cabeça, aí vai precisar de passar por algum... aí a orientação é essa, insistiu a dor, a queixa da pessoa mesmo depois do floral ou uma massagem que tiver ali disponível, se puder fazer uma massagem, aí dá o remédio que for, o fitoterápico que foi indicado pra aquela queixa ali... e pedir que a pessoa fique de repouso ali uns instantinhos...; observar e fazer essa primeira prosa com essa pessoa; é nesse sentido aí (ST4, 2017, grifo nosso).

[...] tem todo um conhecimento primeiro da pessoa, porque vai que ela já tomou o remédio e eu dou outra coisa em cima, uma tintura mesmo que tem álcool e ela não pode, então a gente faz todo esse processo primeiro de conhecer, de acolhimento, como a pessoa tá, se ela costuma sentir aquelas dores ou não, se ela tem alguma alergia de alguma planta ou não... Porque tem isso também, do mesmo jeito que tem alergia dos biomédicos, tem alergia também dos fitoterápicos, então a gente tem que procurar saber se a pessoa tem alergia a algumas ervas. Depois que a gente faz toda essa dinâmica de acolhimento com a pessoa, procura saber dela, que a gente vai medicar ela. Antes de fazer a medicação dela a gente ainda testa no pêndulo se ela pode tomar aquele medicamento (ST7, 2017).

O agir competente demanda, portanto, uma série de informações sobre o paciente, que envolvem, por um lado, compreender a queixa, suas possíveis causas e riscos de efeitos adversos; e por outro, um conhecimento sobre as alternativas terapêuticas possíveis. Demanda, assim, uma práxis do cuidado, uma unidade insolúvel entre trabalho e saberes, que dê conta de fazer as leituras dos contextos e encontrar as melhores respostas terapêuticas para cada caso.

Nessa mesma perspectiva, ST2 afirma que:

[...] eu penso que cada vez que a gente cuida de uma pessoa a gente foi observando que duas pessoas podem ter o mesmo sintoma, mas o remédio precisa ser diferente; foi no decorrer dessa trajetória que a gente foi aprendendo isso e é por isso que a gente não trata a doença, a gente trata a pessoa. Eu acho que esse foi um grande aprendizado de observação mesmo dentro dessa caminhada. Cada pessoa é um universo e então você não trata duas pessoas com a mesma planta medicinal. A quantidade de gente que a gente já tratou... nenhum o chá foi igual. Mesmo você pegando duas pessoas que tem os mesmos sintomas sempre o chá é diferente, sempre é feito de forma diferente, ou plantas diferentes, então eu acho que esse foi um grande aprendizado dentro do setor de saúde, dentro dessa trajetória (ST2, 2017).

Na história narrada por ST5 podemos perceber o que Schwartz (1998) denomina “tratamento ajustado”: diante da gravidade do caso, a saída encontrada por ST5 refere-se a dar a “dose exagerada”, uma alternativa que não faria sentido em outro contexto.

Tem outra experiência do pé de galinha com minha sobrinha. [...] ela trabalhava de enfermeira terapeuta, daí ela teve uma pneumonia muito forte [...] Daí ela foi no médico e ele passou um remédio e tratou dela 15 dias. Quando ela voltou, estava mais grave ainda. E ela tomava o remédio do médico, o antibiótico, mas não estava fazendo efeito. [...] aí o médico falou com ela que ao invés de diminuir estava aumentando a pneumonia. Aí ele falou pra ela... “ – Olha, se dentro de 15 dias você não melhorar, você vai ter que ficar internada e vamos ter que fazer uma sonda...” Aí mandaram me falar [...]. Daí eu fui, arranquei os matos e falei... “ Eu venho fazer todos os dias, mas tem que tomar até melhorar...” Daí ela tomou e dentro de uma semana, uns cinco dias. Eu batia no liquidificador cheio e falava... “Bebe até tantas horas porque esse remédio não pode ficar até de tarde não...”. Menina... Na hora que eu batia e dava aquele copão, em meia hora eu mandava ela tomar mais meio copo, e ia... Só que eu estava dando dose exagerada... É porque pela pressa que eles estavam, então, eu estava dando... Teria que ser dois dedos do copo, mas eu estava dando meio copo, mas com cinco dias o médico viu a diferença e falou com ela... “ – Qual remédio você tomou e que melhorou desse jeito?” Ela falou... “ – Foi o remédio que minha tia fez pra mim... Remédio do mato”. “ – Então continua porque daqui 15 dias você está liberada”. Aí parou com o antibiótico e ficou dando só do mato (ST5, 2011).

De acordo com Stotz (2007) faz-se uma ideia de atenção primária, como se fosse o nível mais simples da atenção à saúde. Pelo contrário, trata-se de um diagnóstico mais difícil, de maior complexidade – por haver uma série de aspectos, na maioria das vezes,

desconhecidos, que interferem no processo de adoecimento de uma pessoa. Os problemas se superpõem, são parecidos, exigem diagnóstico diferencial.

Além disso, reconhecem os danos à saúde decorrentes de um diagnóstico equivocado, um medicamento mal formulado, ou uma dosagem errada, evidenciando os inúmeros saberes requeridos, a complexidade e a destreza em seus trabalhos de cuidados.

Eu conheço as plantas, mas vou saber que você tem que tomar esse, esse e esse...? Pra você ver... Eu tenho que tomar nove plantas hoje, e uma muito diferente da outra. Não tem nenhuma repetida [...]. Então, é isso que é difícil (ST3, 2011).

Por exemplo... Se você comeu alguma coisa e passou mal, geralmente você fala que está com dor de cabeça, mas não pensa no que comeu. Aí vai e você dá um remédio que dá outra coisa, e ele acaba no hospital, aí você é o culpado. Então, a gente tem que ter muita sabedoria nessa hora (ST5, 2011).

Ou seja, não há espaço para a práxis reiterativa, repetitiva, mecânica (VÁZQUEZ, 2007). Conforme já exposto, a realidade do trabalho demanda uma mente sempre presente, para lidar com os desafios do cuidado, no que tange aspectos de segurança, eficácia e qualidade.

Por fim, vale ressaltar que os casos contados por ST2 e ST4 nos mostram que o agir competente pode passar por estratégias simples e adequadas ao contexto e às necessidades singulares de cada paciente:

Eu tô lembrando aqui que nós atendemos uma pessoa e a gente pensava que o problema dele era só falta de banho, né. Não tinha muita coisa... Ele caiu na depressão, parou de tomar banho e nós passamos o chá pra ele e passamos o banho. Passamos nove banhos. Esses dias nós falamos pra ele... “Você vai tomar três banhos com Melão- de- São Caetano, aí você pega a bucha de São Caetano e passa no corpo inteiro, da cabeça aos pés, que é para o sangue circular. Mas na verdade era pra tirar a sujeira, né, porque ele tava muito sujo. No dia que ele voltou pra revisão a gente não conheceu ele. Aí ele falou... “- Olha, gente, eu tô aqui. Eu me dei muito bem com o remédio, e eu voltei”. A gente não conheceu ele, e como o remédio foi muito bom e aí nós passamos o remédio pra ele, porque ele tava com verminose, estava com uns machucados que não cicatrizava. A gente viu que era falta de alimentação adequada, então nós passamos uma lista de alimento pra ele, colocamos levedo de cerveja porque a gente sabia que ele tinha condição de comprar. Em menos de dois meses ele estava bom pra voltar para o trabalho e voltou a trabalhar. Saiu da depressão. Passamos chazinho de pimenta pra ele, e da depressão ele se curou muito bem (ST2, 2011).

Teve uma moça que chegou um dia lá em casa, e as mãos dela tremiam muito. Era muita câimbra, ela tremia muito e estava com dor no peito... E eu estava lá fazendo quitanda, e ela não podia desabafar naquele momento. Ela tremia, tremia e estava com uma dor no peito, aí eu falei... “Olha, vamos cuidar um pouco de você...”. Ali mesmo eu só lavei as mãos e segurei nas mãos dela. Eu estava com uma energia muito boa, e eu consegui passar isso pra ela. Pra despistar, eu botei o óleo de menta nas mãos dela, e ela... “- Nossa, que remédio bom...” [Risos] “- É muito bom esse

remédio, e já até sarou a minha câimbra. Isso melhorou até minha dor no peito, porque eu já chorei hoje desde que o dia amanheceu”. Ela estava passando uma angústia muito grande, então, ela precisava de uma energia positiva pra superar aquela bomba que ela estava vivendo. Depois eu falei com ela... “Se você quiser se abrir, bem, mas se não quiser me contar...”. E depois nem rolou, mas ela precisava disso. (ST4, 2011)

Estes relatos nos mostram uma sabedoria posta em prática na construção dos projetos de felicidade humana, assim como discutido por Ayres (2004b). Esse autor afirma que o cuidado requer a presença de uma “sabedoria prática posta em operação de modo não calculado e não calculável” por uma combinação de “circunstância, desejo e razão”, que possibilite que o momento do encontro terapêutico transforme-se, efetivamente, em construção de projetos de felicidade (AYRES, 2004b, p. 20, 23).

Até aqui descrevemos e analisamos os três primeiros ingredientes das competências, os quais podem ser considerados a partir de três posições: o mundo, o si e os outros. Os próximos três ingredientes da análise podem intensificar ou frear o agir competente. São eles: o trabalho dos valores, o engajamento no trabalho e na busca pelo saber, e as sinergias do trabalho coletivo; que juntos com os três primeiros ingredientes formam um movimento de espiral que se distanciam da posição inicial que é o corpo-si (MAILLIOT, DURRIVE, 2015). Vejamos nas próximas seções como os ingredientes 4, 5 e 6 se relacionam com os três primeiros ingredientes da competência, impulsionando (ou freando) o agir competente.

7.4 O TRABALHO DOS VALORES

Iniciamos nossa reflexão acerca do ingrediente 4 das competências com uma fala de ST4 na qual ela caracteriza o trabalho de cuidados no setor de saúde como uma “beleza interna de valores”, nos mostrando que atividade é posicionamento axiológico (MAILLIOT, DURRIVE, 2015).

Por exemplo, cuidar do esquizofrênico... A gente tem todos os meios de cuidar de uma pessoa usuário [...] A gente sabe que quando tá no nosso meio é bem cuidado e ele sempre volta a pessoa normal que ele era; ele participa da vida bacana junto com todo mundo, ele toca a sua vida normal. Mas é um trabalho nesse sentido assim, tem uma beleza interna. Eu vou resumir dizendo isso... pra mim o trabalho do setor de saúde é um trabalho que tem uma beleza interna de valores (ST4, 2017).

Uma vez que todo trabalho é lugar de dramáticas do uso de si, somos convocados a refletir sobre a relação entre o agir competente e os valores que circulam na atividade. Para

Schwartz (1998), existe uma correlação entre as normas próprias de vida da pessoa e a forma como ela busca recortar o seu meio de vida e de trabalho, através das relações estabelecidas, dos conhecimentos armazenados, dos engajamentos necessários, ou seja, a forma como ela vai gerir o seu trabalho.

Nessa perspectiva, a análise do ingrediente 4 das competências propicia uma reflexão sobre os valores implicados na atividade que permitem conter ou impulsionar sua energia, isto é, os motivos que restringem ou amplificam o agir competente. Por outro lado, este ingrediente nos permite perceber em que medida o meio se torna um espaço de andamento de suas capacidades, isto é, permite o armazenamento, ou não, na forma de “patrimônio” (SCHWARTZ, 1998, p. 33). Schwartz e Durrive (2010, p. 218) utilizam o termo “transformação em patrimônio” em referência à capacidade da pessoa de se apoderar do seu trabalho como sendo seu, para o qual ela imprime certo prazer e no qual ela trabalha seus valores, cria e recria.

Assim, o ingrediente 4 não nos dirige apenas à pessoa, mas também à disposição dessa pessoa em relação ao meio. Como consequência, as competências não podem ser consideradas fundamentalmente da pessoa e nem passíveis de uma avaliação objetiva (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

A respeito dessa problemática, Schwartz (1998) afirma que:

É precisamente porque o(s) sujeito(s) que tende(m) a ressingularizar, a redefinir seu meio de trabalho e de vida faz(em) isso enquanto "si" próprio(s) tendo de viver aqui e agora, e porque o meio inicial, a cuja provocação se deve responder, é ele mesmo sempre fonte de limitações e de possíveis em parte inéditos, que não há possibilidade de modelização que consiga normalizar as "condições de felicidade" dessa apropriação positiva (SCHWARTZ, 1998, p. 33).

Partindo desses pressupostos, apresentamos os principais valores que orientam o trabalho de cuidado das mulheres Sem Terra e impulsionam o agir competente, bem como as limitações postas pelo meio de trabalho. Primeiramente, destacamos o cuidado como possibilidade de humanização e fortalecimento daquele que cuida. Através do trabalho, quem cuida, também é cuidado, se fortalece e se humaniza.

Eu tenho pessoas que eu recebo em casa e falam comigo que tem tantos anos que vai no psicólogo, ao psiquiatra, e de repente a gente conversa e eu peço pra voltar de novo, me ligar, e isso é muito bom... eu é que saio cuidada às vezes, eu que fico fortalecida quando eu faço este tipo de cuidado; eu que fico bem e também a minha família (ST4, 2017).

[...] eu acho que o cuidado ele humaniza mais a gente. A gente consegue ficar mais humano quando você aprende o cuidado (ST2, 2017).

Na medida que eu dou massagem em algumas pessoas eu também recebo porque é uma troca, uma troca de energia (ST8, 2017).

Só tinha vontade que as nossa luta fosse mais constante, o tratamento mais sério... Que todo mundo ficasse bem, que pudesse cuidar de todo mundo que precisa... Mas aí Bianca, aí foi bom essas temporada, essas luta... não deixa a gente entrar em depressão, porque você vai cuidando, vai mexendo, vai num canto e vai no outro... E olha que eu já mexi com gente ruim da família. Já mexi com [sua neta], perdi tudo e Graças a Deus tô aí (ST5, 2017).

Ao mesmo tempo, no trabalho de cuidados é possível perceber a circulação de valores como alteridade e solidariedade, que se expressam em depoimentos como:

É você escutar... “ – Ah, eu tava com isso e sarei. Aquele remédio foi bom...” É um alívio que você ajudou outro a sair daquela agonia (ST5, 2011)

Às vezes, a pessoa tá ali com uma ferida, uma coisa que tá difícil de curar, e você dá um banho com a erva, passa ali uma pomada, e aí você vê que o resultado é tão rápido. A própria pessoa incentiva a gente a continuar. O que move a gente é o que o outro alcança (ST1, 2011)

[...] quando a gente cuida e a pessoa volta e fala que sentiu melhora, então a gente fica bem animado (ST3, 2017).

Podemos pensar no cuidado como um valor encarnado no corpo-si, que busca recortar em valores o meio onde se encontra, para tentar fazê-lo seu (MAILLIOT, DURRIVE, 2015):

Pra mim é como se eu tivesse cuidando de mim mesmo; tá no meu sangue mexer com isso. [...] É, eu gosto; eu mexo porque eu gosto. É como se eu estivesse cuidando de mim mesmo... (ST5, 2017).

Nos estudos conduzidos por Pulga (2013) e Teixeira e Oliveira (2014), também se observou que o trabalho de cuidado desenvolvido por mulheres camponesas é atravessado por afeição, solidariedade, respeito e escuta ativa. Quem cuida também é cuidado, em uma relação mútua, gerando confiança e comprometimento.

Para Ayres (2004b), o fato de assumir para si certos compromissos na relação terapêutica acarreta em questões de identidade, pois: “se perguntar acerca de por que, como e quanto se é responsável por algo é como se perguntar quem se é, que lugar se ocupa diante do outro”. Observa-se, portanto, uma reformulação permanente de “identidades no e pelo Cuidado” (AYRES, 2004, p. 24).

Este autor afirma ainda que, “é no cotidiano das interações que cada um vai se “re-apropriando” do seu próprio ser” (AYRES, 2004a, p. 25). Ou seja, a responsabilidade que se assume diante do outro constitui um fator de grande relevância para a humanização da atenção à saúde.

Para as cuidadoras, seu trabalho assume relevância ao se constituir como ferramenta de contraponto aos processos de medicalização inerente à racionalidade médica ocidental (LUZ, 2012b):

Eu vejo que a saúde é uma coisa pra gente tratar, e eu, Graças a Deus, lá em casa, quando vou tomar um comprimido é a coisa mais difícil que tem, há anos (ST3, 2011).

Não conformo com esse remédio de farmácia. Pelo que você lê na bula ele sara um a coisa e prejudica outra (ST5, 2011).

Oh, Bianca... Eu penso que o que me motivou foi a gente ver que as pessoas estão sempre doentes. É um ciclo vicioso. As pessoas vão lá comprar um remédio pra dor de cabeça, daí o balconista já empurra um pra dor no estomago, e daí a pouco um pra pressão, e outro pra depressão. O que me motivou é saber que só com as plantas a gente consegue não entrar nesse ciclo vicioso (ST2, 2011)

E hoje existe muita gente dependente de medicamento, e aí quando você quer tirar se você não conversar muito com o paciente e convencê-lo... porque é assim, você pode ser um médico e falar que não vai passar mais e deixar o paciente morrer lá de abstinência ou você pode ser um médico humano que entende que o paciente vai ter abstinência, que não vai conseguir dormir e ninguém consegue ficar sem dormir e trabalhar. Pra ele a melhor forma é tirar aquele medicamento, que é isso que eu tento fazer... E aí eu utilizo os fitoterápicos, e não só os fitoterápicos, mas a mudança do estilo de vida de maneira geral. Tem dado resultado, viu, Bianca... (ST9, 2017)

A autonomia como valor também pode ser percebida no depoimento de ST2, não só como crítica à medicalização, mas enquanto estratégia de autocuidado e promoção da saúde:

Eu acho que o maior sentimento é a esperança de que aquela pessoa vai se curar, vai se libertar das doenças que ela tem, e essa pessoa também vai aprender a cuidar da própria saúde e que vai levar esse conhecimento pra frente (ST2, 2011).

Como podemos ver nas falas acima, a MAC pode possibilitar a promoção da autonomia dos pacientes em relação ao fenômeno da medicalização, pois, por apresentar um paradigma centrado na saúde e não na doença, estimula maior conhecimento de si mesmo e de sua saúde (LUZ, 2005). Além disso, trata-se de recursos terapêuticos com menor potencial iatrogênico (TESSER, BARROS, 2008).

Nesse processo, dá-se ênfase aos recursos da natureza, como alternativas terapêuticas mais saudáveis e relacionadas a um conceito positivo de saúde (LUZ, 2012b), assim como destacado nas falas de ST1 e ST3:

[...] sinto gratidão também em ter oportunidade de estar trabalhando com a natureza. A gente fica alegre... (ST1, 2011)

Eu vejo a diferença da planta porque ela já veio da terra. A cura já vem da terra, e ela já vem pura pra gente. Quando eu estou tomando o meu remédio, eu sinto muito bem (ST3, 2011)

Essa crítica à medicalização social também pode ser percebida no Setor Nacional de Saúde do MST, que, assim como as cuidadoras dessa pesquisa, aposta nas plantas medicinais e no uso de outras medicinas alternativas e complementares pelas famílias Sem Terra como forma de valorização das culturas da população do campo e de resistência aos processos de mercantilização na área da saúde (MST, 2000).

Ademais, de acordo com sistematização realizada pelo setor de saúde, as experiências do MST contribuem para a construção de:

[...] atitudes e práticas de educação em saúde que eleve a auto-estima, resgate as sabedorias tradicionais, as tecnologias de produção de remédios à base de ervas e plantas, valorize a solidariedade das relações grupais e coletivas, antes rompidas por conta dos processos de migração e exploração – minimizando os riscos à saúde a que estão expostos (MST, 2005, p. 9)

Resultados semelhantes foram percebidos nos estudos de Cimbliris (2007), Ricardo e Stotz (2012) e Soares (2006). Cimbliris (2007) e Soares (2006) destacam a existência de uma relação entre o uso de plantas medicinais e a promoção da autonomia de famílias do MST, a partir dos processos de valorização e difusão desses saberes. Já Stotz e Ricardo (2012) discutem a preferência dos agentes de cura do MST pelos recursos naturais no cuidado à saúde, a partir da relação diferenciada que o trabalhador do campo estabelece com a natureza. Na visão desses cuidadores, enquanto as terapias naturais tratam o ser humano de forma integral, sem causar males à saúde, os medicamentos sintéticos (e junto com eles os agrotóxicos) prejudicam o equilíbrio natural do organismo humano e do meio ambiente.

Além disso, a possibilidade de desenvolver um cuidado com base em técnicas e saberes simples, de fácil manejo e socialização e despojados tecnologicamente (LUZ, 2005) é outro fator que mobiliza as cuidadoras para o seu trabalho de cuidados.

A minha contribuição é que eu posso fazer alguma coisa pelas pessoas, dependendo muito mais só do tempo da gente, porque uma planta você colhe ela com facilidade e se beneficia dela com simplicidade também, sem assim muito transtorno. E as pessoas também sentem bem em saber que tem uma planta que vai curar ele... (ST1, 2011)

Agora, uma pessoa que já está doente vai esperar daqui seis meses a um ano por uma vaga pra fazer um exame? E saber que as plantas estão todas ali pra gente pegar e fazer? E uma coisa que você vê o resultado com 30 dias? (ST3, 2011)

Nós não precisamos muito mais pra fazer o nosso remédio; não precisamos mais do que o álcool, do que o conhaque que a gente usa, do álcool e do conhaque. A mão de obra nós temos, que é a nossa, e as plantas também, nós não compramos as plantas não, a natureza oferece ela pra nós (ST8, 2017).

Eu particularmente gosto do que eu faço, eu gosto de cuidar da pessoa e a pessoa falar assim... “- Nossa, eu melhorei, foi bom, obrigado”; é muito bom, é muito gratificante você ver que o que você tá fazendo você tá ajudando o próximo... e sem gastar, você não precisa de gastar (ST7, 2017).

Nessa perspectiva, destacam-se as estratégias de atenção básica à saúde, que propõem um olhar mais integral para o processo saúde-doença-cuidado, bem como adotam, preferencialmente, recursos simplificados para o diagnóstico e a terapêutica (LUZ, 2005).

Mas, se por um lado os valores inscritos no trabalho de cuidado contribuem para impulsionar o agir competente, por outro lado, o meio de trabalho impõe uma série de limitações, que envolvem desde o potencial do cuidado diante da amplitude das necessidades de saúde das pessoas, à carência de estrutura para desenvolver o cuidado, passando, inclusive, pelo desafio de se dedicar às inúmeras demandas postas pelo MST - inclusive a própria autossustentação.

Uma das principais barreiras sentidas pelas cuidadoras refere-se à compreensão de que os problemas de saúde demandam uma série de ações que extrapolam o ato assistencial (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 2014) e, por isso, estão além do alcance do setor de saúde:

E este coletivo de saúde ele cumpre uma tarefa muito grande e às vezes a gente fica achando até pesado, mas é muito importante, porque às vezes é muita tarefa e muita gente doente; não é culpa do coletivo e nem é culpa dos trabalhadores ou das trabalhadoras, mas é culpa da sociedade doente. [...] porque o nosso povo, a maioria do povo tá doente, a sociedade tá doente. Eu acho que esse contexto todo aí, desse tanto de luta que eu falei que tenho participado no coletivo, ele tem demonstrado a sociedade doente que nós temos; com a corrupção e corrupção muito comprovada e não tem punição. E o desemprego, como é que ficam as famílias? (ST8, 2017).

Diante da impossibilidade de se construir um cuidado articulado à intersectorialidade e à pluralidade terapêutica, ST9 aposta na escuta qualificada como possibilidade de construção

de um cuidado integral à saúde (MATTOS, 2001; PINHEIRO, 2009). Nessa perspectiva, o cuidado expressa-se como valor que possibilita a renormalização do meio.

O cuidado que eu ofereço para os meus pacientes, principalmente é o diálogo, é escutar... eu acho que muitas pessoas que vão, muitos pacientes que vão até a consulta eles estão precisando de ser escutados, então eu tento ser diferente nesse sentido, de escutar os meus pacientes. É muito fácil o paciente chegar e me dizer... “- Eu estou ansioso”. “- Está bom, então toma uma Fluoxetina”. Só que isso aí você não tá cuidando da saúde, você tá só medicando... Por isso que tem tantas pessoas tomando um monte de medicamento que não tem a menor necessidade; hoje existe um excesso de medicalização. Oferecer então a oportunidade daquela pessoa falar... às vezes muitas pessoas estão precisando apenas de serem escutadas porque não tem este ambiente familiar, que permite isso. Elas vão lá... “- Doutor, eu tô ansioso...”; “Por que, o que tá acontecendo?”, e a pessoa começa a contar e você começa a perceber que é tanta coisa que tá envolvida por trás daquela doença que não tem medicamento que vá resolver aquilo. [...] Eu vejo assim... o paciente precisa de um cuidado integral, ele precisa de uma auriculoterapia, ele precisa de uma acupuntura, precisa de inúmeras coisas, precisa de sair deste ambiente... precisa se envolver com outras atividades, atividades culturais, conhecer pessoas..., só que eu não tenho esse suporte, então o meu cuidado se restringe mesmo mais a essa relação do paciente, de ter uma boa relação com o paciente, de ouvi-lo e oferecer o que está ao alcance (ST9, 2017).

Outra barreira sentida é a ausência de recursos financeiros, que impacta negativamente não só nos compromissos do setor de saúde, como também no custeio dos materiais para manipulação dos remédios caseiros e na autossustentação das cuidadoras. A comercialização de produtos do setor de saúde nas feiras foi uma alternativa encontrada pelo grupo para garantir alguma renda, não só para as militantes, como também para o setor de saúde, já que 5% de toda venda é destinado a um caixa coletivo e revertida em compra de mais materiais e deslocamento para as atividades. Entretanto, conforme nos conta ST4:

[...] essa mesma pessoa que faz o floral pra comercializar e que bota na bolsa e leva num espaço, que garante a passagem, essa mesma pessoa tem a demanda dela do lote, da casa, da família (ST4, 2017).

Apesar da intensa dedicação das cuidadoras ao setor de saúde, suas contribuições são voluntárias e, por isso, precisam se dedicar à produção agropecuária *no lote* para garantir o sustento da família. Somada à questão da autossustentação, foi mencionada a necessidade de assumir outras tarefas no Movimento, como nos conta ST2 e ST4:

A minha dificuldade é por conta que eu fui assentada. Se eu não tivesse sido assentada, se eu não tivesse agora o compromisso do lote, eu poderia estar contribuindo mais. Então, eu fiquei limitada (ST2, 2011).

Ah Bianca, a minha contribuição é de militante, de dona de casa... É uma contribuição que não tá à altura do que deveria ser, principalmente agora que eu fui pro lote; de dois anos e meio para cá que estou morando no lote tem algumas coisas

que a gente vai priorizando, não que o setor não seja prioridade... o setor é a prioridade, mas eu assumi outras tarefas dentro da organização (ST4, 2017).

No trabalho de cuidados as mulheres vivem o que Durrive e Schwartz (2008) denominam por uma *dramática do uso de si*, isto é quando um acontecimento rompe com o padrão das sequencias antecipáveis da vida. Diante disso, o corpo-si precisa reagir, fazer uso de si, de forma a transformar a relação com o meio a partir das suas escolhas.

Por fim, é preciso mencionar o sonho antigo do coletivo de Saúde do Vale do Rio Doce de construção de um espaço de cuidados, denominado por elas de Casa do Setor de Saúde, um lugar de referência para desenvolver os cuidados terapêuticos, a produção dos remédios naturais e guardar o conjunto dos materiais do setor. A construção desta casa expressa, portanto, uma necessidade do coletivo em avançar no debate de normas e valores e possíveis renormalizações na atividade do cuidado. A esse respeito ST4 e ST9 nos contam que:

Um outro desafio também que eu acho é discutir as casas de cuidados nas regionais; isso é um sonho de 30 anos atrás e que a gente nunca consegue dar corpo pra essas casas. Acaba que as pessoas vem procurar a casa da gente, que não é o melhor lugar para o cuidado, não é o melhor lugar pra gente receber pra cuidar, e a gente acaba envolvendo a família da gente, trazendo problemas pra casa, trazendo doenças... Então acho que a gente precisa ter um local adequado pra se cuidar (ST2, 2017).

Se nós tivéssemos uma casa, a casa da saúde... pra mim é um desafio enorme. Se a gente tivesse essa casa e esse cuidado constante seria um bom lugar pra gente poder disseminar esses produtos que a gente faz. Não só a visão de ganhar dinheiro, não é na visão do lucro, mas na visão de cuidar das pessoas da melhor forma possível, porque todo mundo sabe como os medicamentos alopáticos trazem um mundo de efeitos colaterais pra saúde. Às vezes são necessários, mas se você tem uma alternativa e nós podemos oferecer essa alternativa tem que ser com qualidade, ainda mais do que a gente já vem fazendo (ST9, 2017).

Como podemos ver, no ingrediente 4 presenciamos uma avaliação subjetiva do trabalho, pois a tarefa é sempre compreendida a partir do “si”. É o si que vai caracterizar a tarefa como enfadonha ou estimulante. Da mesma forma a adesão do “si” no trabalho decorre do seu julgamento do que ele considera prioritário no diálogo com o meio, gerando, um uso de si satisfatório ou distorcido (SCHWARTZ, 1998).

Por fim, vale ressaltar que se observa uma recorrência parcial do ingrediente 4 em todos os outros ingredientes. No ingrediente 3, o trabalho dos valores possibilita (ou não), através do uso de si, a transformação em patrimônio a partir do diálogo com o meio de trabalho. No ingrediente 2, a recorrência do ingrediente 4 possibilita aumentar a vigilância e a atenção para maior infiltração do histórico na atividade. Já no ingrediente 1, a recorrência do

ingrediente 4 possibilita maior engajamento da pessoa na relação com o saber (SCHWARTZ, 1998), temática que abordaremos na próxima seção.

7.5 DA RELAÇÃO COM O SABER

O ingrediente 5 da competência é uma consequência do ingrediente 4 e diz respeito à oportunidade que a pessoa tem de movimentar seus recursos e colocar em conformidade o seu propósito com um determinado meio de trabalho. Resulta, portanto, da aderência a um projeto (MAILLIOT, DURRIVE, 2015). Nesse ingrediente podemos perceber como uma mobilização para o trabalho retroalimenta os demais ingredientes da competência e movimenta o corpo-si:

Quando alguém está engajado numa atividade coletiva, engajado no sentido positivo, em que ele vê para si alguma coisa da ordem da saúde, não será necessário solicitar-lhe muito para que ao mesmo tempo ele tente se apropriar dos elementos – em formação profissional, por exemplo – que lhe permitem apreender muito melhor o que é da ordem do ingrediente 1, digamos do “registro Um”, como aprendizagens conceituais, disciplinas, saberes técnicos, jurídicos ou linguísticos. [...] Penso mesmo que há toda uma aprendizagem do corpo que se desenvolve tanto melhor quanto se considera a situação como sua (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 220).

Tanto o ingrediente 5, como o 4 estão além do poder das normas e prescrições, pois não se pode determinar um valor ou engajamento à uma situação de trabalho. Pelo contrário, ambos resultam das inúmeras experiências de vida e trabalho, individuais e coletivas (CUNHA, 2005).

Para esta reflexão, utilizamos a noção “da relação com o saber”, de Bernard Charlot, filósofo francês que, provocado por questionamentos acerca do “fracasso escolar” de estudantes de camadas populares, desenvolveu, no final dos anos 1990, uma reflexão sobre o significado da escola e do aprender para estes estudantes. De modo geral, as pesquisas relacionadas a esta temática apresentavam elevado interesse pelo fenômeno do fracasso escolar, mas desconsideravam a relação desses jovens com a escola e com o saber (CHARLOT, 1996).

Nas décadas de 1960 e 1970, a sociologia da educação francesa ocupou-se em elaborar uma correspondência estatística entre a gênese social e o sucesso ou fracasso escolar dos estudantes, evidenciando o papel de reprodução da instituição escolar diante das desigualdades sociais. Contudo, Charlot (1996) ressalta a importância de se ocupar, também, dos casos divergentes e suas respectivas histórias singulares e das práticas pedagógicas, até

mesmo para se compreender as formas contemporâneas de desigualdades no espaço escolar (CHARLOT, 1996).

Para tanto, é necessário considerar que o ser humano, por ser um ser social, não é um simples produto do meio, mas portador de desejos, sentidos e relações sociais. Ademais, os questionamentos acerca dos sentidos e motivações diante da escola e do aprender devem preceder a questão das competências, assim como interrogadas as lógicas e as políticas das práticas pedagógicas (CHARLOT, 1996). Nas palavras desse autor:

A questão é: que sentido tem para a criança o fato de ir à escola e de aprender coisas, o que a mobiliza no campo escolar, o que a incita a estudar? Não que a questão das competências não seja importante: a escola, como dissemos, tem por função específica formar a criança, permitir-lhe se apropriar dos saberes. Mas a criança só pode se formar, adquirir esses saberes, obter sucesso, se estudar. E ela só estudará se e a escola e o fato de aprender fizerem sentido para ela. A questão do sentido deve, portanto, preceder a da competência (que sentido o fato de ir para a escola tem para a criança?) e permanecer presente durante a aquisição de competências (para uma criança, o que significa “aprender”, “estudar”?) (CHARLOT, 1996, p. 49).

Ao nascer, o sujeito é obrigado a se inserir no mundo. Ninguém escapa a este desafio, pois só nos tornarmos humanos por meio da apropriação do mundo. Entretanto, existem diversas formas de se realizar essa apropriação, ou melhor, de aprender, que de modo genérico, pode corresponder a assimilar um conteúdo científico, a governar um objeto ou uma atividade, ou a estabelecer formas de relações. Assim, o aprender é mais abrangente que o saber por dois motivos: há formas de aprender que vão além do apossar-se de um saber propriamente dito; e a apropriação de um saber é atravessada, inclusive, por outras relações com o mundo (CHARLOT, 2000).

Dessa forma, a delimitação do homem como sujeito de saber se associa à multiplicidade de relações que este homem mantém com o mundo. Enquanto a informação é tida como externa ao sujeito, algo que está sob o predomínio da dimensão objetiva; e o conhecimento como consequência de vivências particulares relacionadas à atividade de um sujeito e, portanto, sob o predomínio da dimensão subjetiva; o saber está sob o primado da objetividade, mas não deixa de ser apropriado pelo sujeito, isto é, uma inter-relação entre as dimensões objetivas e subjetivas. Essa ideia nos remete ao fato de que o saber deve ser considerado a partir de sua relação com um sujeito que nele se engaja (CHARLOT, 2000):

Não há saber senão para um sujeito, não há saber senão organizado de acordo com relações internas, não há saber se não produzido em uma “confrontação interpessoal”. Em outras palavras, a ideia de saber implica a de um sujeito, de atividade do sujeito, de relação do sujeito com ele mesmo (deve desfazer-se do

dogmatismo subjetivo), de relação desse sujeito com os outros (que coconstroem, controlam, validam, partilham esse saber) (CHARLOT, 2000, p. 61).

O saber não deve ser considerado em si mesmo, mas a partir de uma relação entre o sujeito e o mundo, o que lhe confere existência em formas específicas, mas sempre de forma relacional. Nessa linha de raciocínio, um saber em si não é considerado como prático ou teórico, e sim os usos que são feitos deles em uma relação prática com o mundo (CHARLOT, 2000).

Partindo das contribuições de Charlot (2000, 2013), em diálogo com a abordagem ergológica e com a filosofia da práxis, nesta seção abordaremos três reflexões. A primeira diz respeito aos motivos pelos quais as mulheres participantes dessa pesquisa tornaram-se cuidadoras, ou seja, quais aspectos influenciaram a inserção dessas mulheres no trabalho de cuidados, para além do âmbito familiar, em uma perspectiva mais comunitária. A segunda reflexão diz respeito ao engajamento no trabalho e a terceira, à busca por adquirir mais conhecimentos sobre o cuidado em saúde.

7.5.1 Sobre como se tornaram cuidadoras

De modo geral, as participantes dessa pesquisa se engajaram no trabalho de cuidados por três motivos: pela apreensão dos saberes das terapias naturais como parte da socialização primária da cultura camponesa; por necessidade própria de saúde ou de algum familiar, em geral, para cuidar da saúde dos filhos; e por dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde.

Para a maioria das mulheres, o aprendizado do trabalho de cuidados perpassa pela socialização desses saberes por seus familiares, em geral, pelas mulheres da família (avós, mães e tias), que muitas vezes cumpriam função de raizeiras e benzedeiros de suas comunidades.

[...] eu tinha muita afeição, porque minha mãe era muito voltada pra esse negócio de tratamento na zona rural e coisas assim. Então, eu já tinha esse incentivo da própria família (ST1, 2011).

[...] na minha família já tem essa questão de raizeiro mesmo. A minha avó é raizeira, a minha tia mexe... mexia... eu tenho uma tia que é assentada; [...] então já tem esse pertence de raizeiro, de cuidar com a natureza e não precisar de procurar outros meios (ST7, 2011).

[...] a minha mãe benzia cobreiro, benzia destroncado... a nossa casa ficava cheia. Domingo o povo ia todo jogar bola e quando era na segunda feira estava tudo lá em casa pra cozer; falava cozer... E quebrante, mal olhado; isso tudo já era cultura da minha mãe e eu acompanhei isso muito. Então hoje essa prática dos cuidados e da saúde ela já veio da origem da minha família, que já é da minha mãe. Depois foi só implementando estas práticas.... (ST8, 2017)

Na verdade eu acho que toda a minha vida eu aprendi a lidar com planta porque desde criança a minha avó conhecia muita planta. Eu lembro que criança eu já saía com ela pro mato pra reconhecer algumas raízes, algumas plantas... depois com meu pai e aí fui embora pra Belo Horizonte... lá eu acho que só retomei aquilo que já tinha, mas que não tinha na prática. Já sabia, já conhecia, mas não praticava. Acho que foi só uma retomada desse conhecimento (ST2, 2017)

E assim como elas, também ST3, ST5 e ST6 fazem referência à socialização dos saberes de cuidado por seus familiares, conforme já expresso em outras partes dessa pesquisa. Observa-se que ST2 e ST3 fazem referência a um conhecimento que se origina dessa socialização familiar e, posteriormente, é resgatado e aprofundado por meio da experiência do trabalho.

Diversos autores destacam a família como um meio importante de socialização dos saberes de cuidado da população do campo, especialmente as plantas medicinais (CIMBLERIS, 207, DIAS, 2007; GAIA, 2005, LIMA et al, 2014; SANTOS, SILVA, 2014; TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014; THUM et al, 2011). Em alguns casos, é possível constatar até três gerações de uma mesma família portando esse tipo de saberes de cuidado concomitantemente (LIMA et al, 2014).

Em se tratando da socialização das plantas medicinais, Gaia (2005) em sua pesquisa sobre o uso desse recurso por famílias de um acampamento do MST, também na região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, observou um processo de socialização desses saberes entre pessoas de diferentes gerações e de uma mesma geração, propiciando a construção de uma rede de apoio social entre as mesmas.

Enquanto perspectiva antropológica, a educação é um processo no qual uma geração herda as produções culturais das gerações anteriores e as transmite, de forma expandida, às gerações posteriores, dando seguimento ao processo de constituição do ser humano. Tornarmo-nos humanos concretos através da incorporação do patrimônio produzido por homens e mulheres ao longo da história. Ao adquirir esta herança, cada sujeito se constitui como um ser singular, o que não nega a dimensão social do processo de constituição humana (CHARLOT, 2013).

Assim, observa-se que essas mulheres desenvolveram uma relação com os saberes do cuidado que perpassa pela socialização da cultura camponesa, como expresso na fala de ST8:

Então a minha origem ela tá no campo mesmo; ela veio do campo, permaneceu e continua no campo e vai continuar até nos... se é que a gente tem últimos dias de vida. (ST8, 2017).

Interessante notar que ST1 refere-se aos saberes tradicionais como encarnados em corpo-si, através de um enraizamento cultural:

[...] tem aquelas práticas que a pessoa usa que dá certo, mas é uma cultura assim... Como diz o ditado... O chá da vovó, a pomada da vovó que é uma coisa assim... Quase a pessoa faz por um instinto. Não é pelo conhecimento, é pelo *instinto*. Sentiu a necessidade, como por exemplo... Um chá de boldo... Se passa mal, se tá doente, é o chá de boldo. Se é uma gripe ou um resfriado, arranja um chazinho lá e dá certo. (ST1, 2011).

No que pese a importância da socialização primária da medicina popular, na maior parte dos casos as cuidadoras engajaram-se no movimento de busca pelos saberes de cuidado a partir das necessidades de saúde de si próprias ou de seus familiares. Em geral, este é um fator que se articula à carência de acesso aos serviços de saúde ou ao descontentamento com a medicina científica ocidental, como exemplificado na história de ST3:

Sobre a saúde eu comecei assim... [...] eu vim para o Padre Gino, e aí minha menina teve um problema muito sério de rins. [...] Aí quando a ST2 olhou ela, aí ela não esperou nem eu destilar o remédio. Eu estava trabalhando e quando cheguei, ela já estava com o destilador... Já estava destilando o remédio pra ela, e ela nem teve coragem de falar pra mim o problema seríssimo que ela estava. Depois de repetir o remédio mais duas, três vezes, daí ela foi falar pra mim do problema dela. [...] desde essa vez eu falei assim... “Eu prefiro de tratar com os remédios, porque o tempo todo que eu levei ela no médico era ansiedade, e o trem não tinha nada haver com ansiedade”. E aí eu comecei a tratar e também a conhecer as plantas. [...] Um dia ela foi e sonhou com minha mãe lá no Padre Gino, e que eu precisava tomar o remédio, e o meu remédio estava lá no meu quintal. [...] Aí eu fui e ela fez o remédio. Aí eu falei... “Ah, mas eu também preciso de aprender porque não vou só ficar dependendo dela pra fazer um remédio pra mim. Isso aqui não é um bicho de sete cabeças... Eu tenho que aprender também”. Aí eu passei a ver ela e gostei de juntar as plantas e conhecer mais (ST3, 2011)

De forma semelhante à história de ST3, no relato de ST6 também presenciamos um contexto de insatisfação com a medicina convencional, aqui articulada à socialização primária do uso das plantas medicinais no contexto familiar:

[...] na época que eu vim pro Movimento eu tomava remédio da farmácia igual água; tomava direto, igual água, aí o médico falou comigo assim... “- Você vai ter que fazer um exame por causa desses remédios que você tá tomando. Você tá tomando esses remédios demais, agora vou ter que passar pra outro médico” [...] Quase toda semana acabava o remédio e eu estava lá de novo, com dor.... Eu manchava toda de roxo, aí eu falei... “Então tá bom”; eu fiquei desesperada. Aí já tinha começado o

curso de plantas medicinais, aí a ST1 veio e falou... “- Eu trouxe o material pra fazer consulta sua hoje, vou cuidar de você”. Ela veio, me consultou e aí eu comecei a tomar o remédio. Eu tinha uma dor de cabeça, mas doía, doía tanto que estava constante. Eu dormia e acordava com dor de cabeça, tomava remédio direto pra tudo quanto é dor e não resolvia. Aí eu comecei a tomar os remédios que ela passou pra mim de plantas medicinais, tintura, comecei a tomar e aí com 20 dias eu já vi o resultado e nisso já tinha começado o curso. Quando começou o curso eu falei... “Não, eu tenho que fazer esse curso, vai ser muito importante pra mim”; porque toda vida a gente tomou chá, toda vida a mãe dava chá pra gente, aí... Eu acho que é melhor começar no chá que vai me curar desse monte de coisa que eu tô sentindo. Aí eu comecei a dedicar, comecei a gostar mais das plantas e comecei me dedicando nisso (ST6, 2017).

Segundo Andrade e Costa (2010) e Luz (2005), a medicina científica ocidental caracteriza-se, em geral, por seu pensamento de base mecanicista, assentado na especialização exagerada e nos estudos sobre a fisiologia e a anatomia e pelo enfoque na doença, no poder beligerante dos medicamentos e no enaltecimento das tecnologias médicas. Como consequência, presenciamos o abandono da sua dimensão terapêutica em favor da crescente busca de conhecimento sobre as patologias (ainda que suas contribuições à saúde pública sejam consideráveis), e consequente emergência das medicinas alternativas na contemporaneidade.

Poderíamos aqui reproduzir as inúmeras histórias de engajamento no trabalho de cuidados a partir do adoecimento de algum familiar ou de si mesmas, como nos contam ST1 a respeito do câncer de sua mãe, ST2 a respeito da bronquite e pneumonia crônicas de seu filho, ST4 a respeito do seu histórico de sofrimento mental, ST5 a respeito da sua forte anemia. Além dos fatores já destacados, todas essas histórias guardam a semelhança de existir alguma pessoa que tenha “marcado” esse encontro com a Medicina Alternativa e Complementar. Nos casos relatados acima, esta pessoa era alguém do setor de saúde, o que favoreceu a inserção dessas mulheres no coletivo de trabalho.

Uma vez que o aprender faz sentido a partir da história do sujeito, das suas perspectivas, dos seus princípios, da sua noção de vida, das suas relações interpessoais e da ideia que ele constrói de si e que deseja passar aos outros, para Charlot (2000), toda relação com o saber acomoda também uma dimensão de identidade. Isto é, “através do “aprender”, qualquer que seja a figura sob a qual se apresente, sempre está em jogo a construção de si mesmo e seu eco reflexivo, a imagem de si” (CHARLOT, 2000, p. 72, grifo do autor).

Dessa relação de identidade decorre que, toda relação com o saber é, conjuntamente, uma relação com o outro. Uma relação com aquele que contribui ao aprendizado, que demonstra, a quem se admira ou se diverge. Mas pode ser também um outro idealizado que cada pessoa transporta dentro de si. Assim, toda relação com o saber abarca uma dimensão

relacional, que pode ser percebida, por exemplo, no despertar do interesse dos alunos por uma disciplina em função da relação estabelecida com o professor (CHARLOT, 2000).

Além disso, os relatos nos mostram como a carência do acesso aos serviços de saúde é outro fator que levou as cuidadoras a se inserirem no movimento de busca pelos saberes de cuidado:

Eu acho que minha trajetória na saúde se iniciou nas favelas de Belo Horizonte, foi onde tive os primeiros contatos com o uso de plantas medicinais. Mais por conta da dificuldade do acesso ao tratamento convencional. A gente não conseguia ter acesso... Naquela época era muito difícil ter acesso aos tratamentos. Daí a gente começou um trabalho com plantas medicinais, de conhecer, de fazer as hortas, de buscar conhecer mais, de procurar pessoas que já faziam este trabalho, e daí com esse trabalho das hortas nós começamos a fazer o chá, os xaropes. Aprendemos a fazer as pomadas e aí a gente não parou mais (ST2, 2011).

Às vezes eu falo... “- Aí não tinha tu, então era tatu mesmo”. Você tinha que fazer o que desse, era sobrevivência; a gente aprendia através disso mesmo; ou você ficava ruim ou você tomava um remédio lá que os outro podia falar que era veneno e você tomava pra ver se melhorava ou morria... e aí você aprende (ST5, 2017).

Assim, podemos afirmar que as mulheres cuidadoras do MST vivenciam situações limites (FREIRE, 1987) em decorrência das condições de vida e saúde no campo e encontram no trabalho de cuidados uma forma de incidência nessa realidade. Ou seja, a partir do momento em que as mulheres Sem Terra passam a perceber a realidade de forma crítica, dedicam-se à superação dessas situações limites e à construção do inédito viável através do trabalho coletivo.

Diversos estudos ressaltam as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde e sua baixa resolutividade como fatores que favorecem o uso das medicinas alternativas e complementares pela população do campo. Tais dificuldades de acesso são sentidas, principalmente, nas distâncias entre as comunidades e os serviços de saúde e na falta de profissionais de saúde (CARNEIRO, 2007; DIAS, 2007; GAIA, 2005; LIMA et al, 2014; RICARDO, STOTZ, 2012; SANTOS, SILVA 2014; WUNSCH et al, 2014) Em alguns casos, pode estar relacionada à falta de investimentos públicos, dada a situação de irregularidade do território, como é o caso de algumas comunidades quilombolas (SANTOS, SILVA, 2014).

No estudo de Gaia (2005), observou-se que a utilização dos recursos da medicina popular em um acampamento do MST ocorre tanto por motivos de escolha pessoal (praticidade, socialização cultural e preferência) quanto por dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A autora constatou que o uso de plantas medicinais por parte das famílias pesquisadas, atua de forma alternativa aos serviços oficiais de saúde (TESSER, BARROS,

2008), mostrando que há lacunas na rede de atenção básica à saúde. Resultados semelhantes também foram descritos por Scopinho (2010) em pesquisa realizada com famílias de um assentamento no interior de São Paulo.

Carneiro (2007) também reconhece que a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde é um fator que leva muitos assentados e acampados da reforma agrária a buscarem o recurso das plantas medicinais. Por outro lado, há quem prefira se tratar no próprio acampamento devido ao cuidado despendido pelos militantes da saúde. Para Ricardo (2011, p. 24) estas situações limites nos assentamentos de reforma agrária evidenciam-se nos desafios postos pelo acesso aos serviços de saúde, mas também na própria deficiência da reforma agrária na sociedade capitalista.

Mas se é verdade que essas mulheres tornaram-se cuidadoras para atender às necessidades de saúde de si próprias ou de seus familiares, também é verdade que esta relação com o saber se passa por uma relação social de gênero, uma vez que na divisão sexual do trabalho (KERGOAT, 2009) são as mulheres que assumem a responsabilidade e o peso do trabalho de cuidados (PINHEIRO, 2009).

Assim, são diversas as histórias narradas sobre como as relações sociais de cuidado foram se constituindo nas histórias de vida dessas mulheres. A cuidadora ST8, por exemplo, nos conta como o cuidado integrava sua experiência com a igreja antes de entrar para o MST:

[...] os cuidados que a gente já fazia quando fazia parte da igreja, que era visitar as pessoas que estavam doente, que era levar comida, levar remédio, acolher as pessoas, trabalhar com as pessoas viciadas. Então essas práticas elas já vinham no cotidiano lá (ST8, 2017).

Em outro momento da sua entrevista, ST8 nos conta como o cuidado integrava sua experiência de mãe de oito filhos e de esposa:

E cuidei muito, tive oito filhos; quatro filhas e quatro filhos, então esse cuidado estava na essência, de cuidar dos quatro filhos, de cuidar de um marido, que hoje é ex, mas de cuidar de um marido alcoólatra e ter essa dimensão aí dos valores da pessoa (ST8, 2017).

No âmbito do cuidado em saúde, observamos a naturalização deste trabalho como sendo das mulheres, gerando sobrecarga, invisibilidade do trabalho e predisposição ao envolvimento neste tipo de atividade, conforme podemos perceber nos depoimentos de ST2 e ST4:

Eu acho que tem que levar para o debate é essa questão da divisão de tarefas, porque eu fico pensando... A gente fala assim... “É porque mulher leva jeito”, e não é não. Não é porque a gente tem mais jeito de cuidar dos idosos, a cuidar das crianças não. É porque nós fomos adaptando a isto, né, a cuidar. Não é porque nós já nascemos boazinhas pra cuidar das pessoas idosas, de cuidar das pessoas doentes não... A gente vai aprendendo a fazer isso, e se as mulheres aprendem a fazer isso, os homens também podem aprender. Eles precisam aprender porque senão fica muito pesado. Fica pesado demais só a gente pra cuidar. Agora, eu acho que nós despertamos muito mais depressa pra isso. Eu acho que a mulher consegue despertar muito mais depressa (ST2, 2011).

Então, é um trabalho que envolve muito sentimento. É um trabalho bonito, mas é um trabalho que eu ainda acho que ele ainda fica meio que escondido, mas eu também não me incomodo dele ficar escondido, porque é um trabalho que cuida mesmo e a gente não faz cuidado pra aparecer..., o que importa é que seja bem cuidado e que a pessoa fica bem; é isso que importa, essa é a resposta pra nós. Por isso que não tem propaganda, não tem... isso me valoriza muito enquanto mulher, desse trabalho que dá um resultado positivo, dá um resultado bonito quando você vê alguém que fala... “- Nossa, você lembra? Alguém cuidou de mim, o setor cuidou de mim em tal espaço e nunca mais senti aquilo...”, ou então... “- Peguei o remédio e levei pra casa e continuei tomando floral”. E então isso pra gente é mais gratificante; é muito bonito isso, mas é um bonito que pra nós é guardado, que pra nós tem uma importância, mas não é assim, não vamos colocar diferente de estender isso, embora eu acho que é importante dar alguns depoimentos pra gente crescer. É importante quando escuta algumas coisas assim, mas ao mesmo tempo é um trabalho bonito, mas que ainda tá sem uma visibilidade (ST4, 2017).

A cuidadora ST5 nos conta como se deu essa passagem de cuidadora no âmbito familiar para o âmbito comunitário, passando a integrar o setor de saúde. Podemos observar a influência do contexto, o campo, marcado historicamente pela dificuldade no acesso aos serviços de saúde; a relação desse saber com a socialização primária da cultura; e, por fim, a produção de um saber, sobre o cuidado, no qual o meio de trabalho leva a cuidadora a se inserir em um movimento de busca pelo saber, caracterizando uma práxis do cuidado.

Sempre na roça; quando você mora na roça sempre você vira uma cuidadora, sempre alguém que sabe. Mãe era parteira, aí você já vem com aquela carga nas costa e você nunca tira aquela mochila... Um pede um remédio e você dá; outro vem e aí você vai cuidando... dá certo, aí você vai cuidando... Aí você cuida dos filho, vai cuidar dos filho de outro, aí sempre a casa cheia igual você viu aí... Não tem ninguém, daí a pouco tá aquela turma grande igual veio a escola; aí sempre você tá cuidando... Aí o outro clama... “- Ai, eu tô com uma dor no pé!”, e você já sabe o que é bom e você acaba cuidando, aí a gente vai cuidando, Bianca... Mesmo sem saber você acaba aprendendo você por si próprio (ST5, 2017).

Assim, toda relação com o saber é também, uma relação social. Ou seja, o sujeito que possui uma relação com o saber vive em um mundo constituído de relações sociais. Ele possui determinada posição na sociedade, traz consigo histórias, inspirações, vive encontros e desencontros e é alvo de expectativas e estímulos de outras pessoas. Ou seja, “não há relação com o saber senão a de um sujeito. Não há sujeito senão em um mundo e em uma relação com

o outro. [...] A relação com o mundo não deixa de ser uma relação social, embora sendo de um sujeito” (CHARLOT, 2000, p. 73).

Vale ressaltar que a dimensão social da relação com o saber não se constitui mais uma dimensão, mas imprimi às demais uma aparência singular. Identidade e ser social não se separam, do mesmo modo que a preferência por uma ou outra forma de aprender relaciona-se com sua identidade (CHARLOT, 2000). Entretanto, é preciso cuidado para não se adotar uma postura determinista da relação com o saber a partir da estrutura social, pois:

[...] que a relação com o saber seja social não quer dizer que deva ser posta em correspondência com uma mera posição social. É verdade que essa posição é importante, mas a sociedade não é apenas um conjunto de posições, ela é também história (CHARLOT, 2000, p. 74).

Por outro lado, uma vez que toda relação com o saber é uma relação de um sujeito com o seu mundo, tal relação é, também, um meio de apreensão deste mundo, e por isso, uma relação epistêmica (CHARLOT, 2000). No caso em questão, como a relação social com o saber é atravessada pelas relações de gênero, origina-se uma relação epistêmica com o saber que aproxima as mulheres dos saberes do cuidado, ofício histórico e culturalmente interligado ao feminino (PINHEIRO, 2009), como reconhece ST8:

[...] todo enfrentamento, toda sensibilidade, todo o senso humano tá nas mulheres, principalmente nas mulheres do setor de saúde, e acho que as outras mulheres precisariam muito de participar mais desses espaços porque tem hora também que vai ficando tão dura, tão machista quanto os homens. E aí essa relação da saúde pra essa questão da sensibilidade, do reconhecimento dos valores, enquanto homem e enquanto mulher eu acho que dá um show (ST8, 2017).

Essa relação epistêmica com o saber propicia, com mais facilidade, o aprendizado de atividades e operações e, com menor facilidade, o aprendizado dos conceitos (CHARLOT, 2000; PINHEIRO, 2009). Isto é, leva as mulheres a desenvolverem com mais ênfase o ingrediente dois das competências e, com maior dificuldade o ingrediente um, como podemos perceber nos depoimentos abaixo:

Tem momento que eu acho que a gente fica muito na prática. O estudo pra nós ainda precisa mais ainda... Acho que a gente ainda, tipo assim... “Isso serve pra isso, bora fazer. Vamos cuidar, vamos botar argila...”, mas o estudo, a teoria a gente ainda não domina. Por exemplo, têm companheiras que se for pra viajar, pra fazer prática, elas vão. Se falar que elas vão fazer uma formação, um curso, elas não vão [...] aí ela não domina a prática, de dar um curso, por exemplo (ST4, 2017).

A minha dificuldade pessoal é que sou uma mulher prática. Eu sei ir lá, pegar a planta, colher e fazer, mas não sei debater essa questão... Eu não consigo fazer esse debate. Então, eu acho que é uma dificuldade minha. Eu precisava me formar melhor, me preparar melhor pra poder fazer esse debate. Talvez até por isso a gente não consiga fazer esse debate nesses espaços [instâncias de direção do Movimento] (ST2, 2011).

Como decorrência dessa relação epistêmica com o saber, observa-se maior dificuldade de qualificar a participação das cuidadoras nos espaços de direção política do Movimento, bem como a verbalização e a enunciação desses saberes. Com certa frequência é possível perceber as cuidadoras queixando-se que a temática da saúde assume menor importância para o movimento social como um todo. Este consiste em um grande desafio para que a práxis em saúde se efetiva não só pelas cuidadoras do setor de saúde, mas também para o conjunto do movimento social.

7.5.2 Sobre o movimento de busca por ser mais

Em seus depoimentos, chama atenção a mobilização das mulheres para o trabalho de cuidados, expressando um diálogo com o meio que elas buscam recortar como seu, ou seja, transformá-lo em patrimônio (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

[...] eu acho isso muito gratificante pra gente. A gente faz as coisas com amor, com o trabalho da gente e depois a pessoa vem agradecer. Eu acho isso muito importante (ST6, 2017).

[...] todo espaço que eu tenho oportunidade de estar pegando algo que possa me fortalecer como cuidadora eu não perco a oportunidade não, porque eu acho que eu quero ser cuidadora nesse Movimento pro resto da minha vida (ST 4, 2017).

[...] eu sempre gostei de cuidar dos outros (ST7, 2017)

O engajamento dessas mulheres no trabalho lembra-nos que a vida é debate com o meio, e o próprio do homem é criar o seu meio (CANHGUIHEM, 2009). Nesse debate, por meio da atividade do trabalho, as cuidadoras buscam construir novas normas de vida. Trata-se de um esforço de confrontação com o real, no qual presenciamos os processos de recentramento em torno de suas próprias normas.

Ademais, para as cuidadoras não há diferença entre tempo livre e tempo de trabalho, o que supõe um engajamento do corpo-si na tarefa, que se expressa em estado permanente de prontidão, totalidade do ser e concentração:

Pesquisadora: Quantos dias da semana você dedica a isso?

ST1: Ah... Eu vou falar com você a verdade... Eu nem posso nem falar quantos dias porque eu não tenho nenhuma hora de folga, porque tudo pra mim envolve isso. [...] Eu fico 24 horas no ar pensando nessas coisas. (ST1, 2011)

[...] igual você pediu... “- Mãe tá doente, você pode vim cuidar?”. “Posso”. Se eu não for cuidar naquela hora que você me pediu, amanhã pode ser tarde demais. Então não posso ficar adiando uma coisa que é da saúde pra hora que eu tiver vontade, a hora que eu falar assim... “Ah, hoje vou cuidar de fulano”; não! porque a doença não espera.

Só quem já passou por certos problema é que sabe que a hora da doença é aquela hora; não é a hora que o outro vai poder, vai querer (ST5, 2017).

Esse engajamento também pode se expressar na forma de esforço e doação:

Mas, eu vou vendo uma pessoa que precisa do cuidado, que precisa de alguma forma, eu sempre estou dando pitaco pra ajudar. Eu não meço esforço, e isso pra mim, Graças a Deus eu nunca tive dificuldade e, principalmente, agora com a saúde que eu estou (ST4, 2011)

A gente tem o carinho de escutar a pessoa, de ver. Às vezes a pessoa fala... “- Eu tô com o pé sujo, como é que você vai pegar no meu pé”? “Não, eu tô aqui pra isso”. Então a gente vai lá, pega o pé da pessoa e faz a massagem; aí a pessoa fica até meio constrangida... “- Você vai pegar no meu pé, e o meu pé tá sujo”. Aí depois que a gente faz a pessoa sai feliz. Não pode ficar com preconceito que a pessoa tá com pé sujo e não vou atender... Você tem que ir pra lá e se doar lá na verdade, tem que se doar e preparar pra isso também, tem que se preparar para isso também (ST6, 2017).

Mas esse mesmo corpo-si que se engaja na atividade, muitas vezes se coloca em segundo plano e pode chegar ao extremo do adoecimento no trabalho. Embora extensa, transcrevemos aqui o relato de ST7, sobre um momento de estresse decorrente da sobrecarga no trabalho. Observa-se o compromisso assumido por ela diante das demandas de cuidado das pessoas participantes de uma mobilização do MST, que a leva a dobrar o turno por repetidas vezes até sofrer uma crise de estresse:

Teve um momento pra mim que foi muito marcante, o que aconteceu no INCRA. [...] A gente montou lá um espaço de cuidado e tinha muita gente, muita gente mesmo que a gente estava cuidando. Aí a gente fez uma escala que não estava funcionando muito não e eu tinha ficado responsável pela direção desse espaço de cuidado [...]. Então quando as meninas chegavam eu dobrava, as meninas vinham e eu dobrava e ficava o dia todo ali cuidando do pessoal, cuidando do pessoal e não saía pra fazer nada. Teve um dia que eu fui cuidar de uma companheira e ela chegou meio abatida, falando que estava sentindo uma dor no peito e não sei o que... Fui

conversar com ela, cuidar dela, aí eu terminei de cuidar dela, ela saiu respirando fundo, sentindo bem e quando eu terminei de cuidar dela eu entrei em crise. Eu entrei em crise e não conseguia ficar em pé e começava a chorar e não conseguia respirar e aquele trem ruim... não me sentia bem de jeito nenhum e chorava e chorava, e as meninas... “- O que é que tá acontecendo? Eu não conseguia falar nada, só chorava e não conseguia ficar em pé (ST7, 2017).

O uso de si se expressa também através do exercício da paciência e da persistência como habilidades requeridas no trabalho de cuidados. Essas qualidades são importantes para a continuidade e o sucesso do tratamento e para se construir uma relação de cuidado com base na produção do vínculo e no diálogo (AYRES, 2004a).

Então, tem que ter persistência. Não adianta eu falar que vou te dar um chá hoje, aí amanhã já não dou mais e nem você procura mais pra tomar, daí em dez dias você volta pra tomar outro chá? Então, não faz efeito. Faz efeito a continuidade. Você tem que pegar hoje, tomar, daí em tal hora tomar de novo e amanhã continuar... Pelo menos cinco dias dependendo da doença (ST5, 2011).

E é dedicação mesmo, é carinho, porque por qualquer coisinha a pessoa pode abandonar o tratamento. E aí é pior. Então tem que ter muito carinho, muita dedicação, muito cuidado na forma de conversar com as pessoas... (ST2, 2011)

Nós temos um caso aqui mesmo da [companheira do setor de saúde]. Aí tem época que ela cai numa depressão, que ela fica assim.... Tem dois meses que a gente estava cuidando dela. Nós chegou na casa dela e ela achou que nós estava expulsando ela do Movimento, que nós estava indo pra lá fazer mal pra ela... “- Vocês veio pra me expulsar do Movimento”; “Não, [companheira do setor de saúde] a gente veio cuidar de você, ver o que você está precisando”. A gente testou uns florais, deixou o floral com ela pra ela tomar, falou com a filha dela dos chás, uns sucos pra dar ela e qualquer coisa que entrasse em contato com a gente porque a gente vinha pra cuidar dela... A gente foi umas duas ou três vezes na casa dela pra fazer massagem e assim, ela já tá bem melhor. Então, têm casos que dá pra gente identificar, dá pra gente cuidar ali, naquela hora, e tem casos que a gente tem que fazer acompanhamento, senão não adianta (ST7, 2017).

Essa paciência é percebida, também em relação aos diversos desafios que a luta pela reforma agrária traz no âmbito da formação humana, que não é sem repercussões para o trabalho em saúde:

[...] essa paciência com o nosso povo, que seja ele alcoolizado, que seja ele drogado, que seja ele nos seus desvios, nós temos que ter a paciência histórica de ajudar ele a superar aquilo ali. Então o deixar ele pra lá ou mandar ele embora tem que ser no último caso, então a gente vai aprendendo muito isso porque o coletivo, o setor, os coletivos ele vai inovando todo dia. Todos os dias tem elementos novos e a gente tem que ter sabedoria pra saber trabalhar com esses elementos novos (ST8, 2017).

Por fim, vale ressaltar que neste trabalho, as mulheres assumem sua forma de vida e autocuidado como exemplo para as demais pessoas. Ser cuidadora de saúde envolve tornar-se referência de saúde em algum momento da sua trajetória. Não basta dizer, é preciso agir, manter a coerência, a unidade entre teoria e prática, ou seja, a práxis:

As pessoas que estão ao meu redor eu tô sempre falando e mostrando pra eles... “Gente, vocês sabem o tanto de remédio que eu tomava? No final de 2004, 2005, 2006, 2007... A quantidade de medicamento convencional que eu tomava?” Então, eu tô sempre mostrando o meu exemplo, com esses cuidados que eu ganhei, e vou estar sempre procurando passar esses cuidados pra frente (ST4, 2011).

[...] a gente tem que virar exemplo. Não adianta eu falar da saúde ou falar das plantas e estar com a bolsa cheia de medicamentos. Eu tenho que ser exemplo, eu tenho que saber lidar comigo, com as coisas que vão aparecendo, com os problemas que vão aparecendo na minha família, na minha casa. Eu tenho que aprender a lidar pra depois tratar dos outros... Eu acho que é isso que tem que ter um militante da saúde, e acreditar no tratamento. (ST2, 2011)

[...] hoje se for pra mim cuidar de alguém eu já cuido das pessoas, e cuido de mim mesma, porque de primeiro a gente tem que cuidar da gente pra depois cuidar do próximo... (ST3, 2017).

A cuidadora ST6 nos conta, por exemplo, sobre os procedimentos de autocuidado para trabalharem como cuidadoras nas lutas, que envolve o uso do floral de lantana (essência produzida a partir da flor do camará) com o objetivo de harmonização e relaxamento, assim como o uso de algumas essências na aromaterapia.

Para Freire (1996, p. 34) o “pensar certo” exige a materialidade do exemplo. Ou seja, “pensar certo é fazer certo”. Não existe pensar certo descolado de uma práxis que reafirma o que foi dito, ao invés de se contradizer. Assim, no cotidiano do trabalho de cuidados, o uso de si revela-se na importância de ser coerente consigo mesmo, de se colocar como exemplo dos valores a serem construídos no movimento social.

Mas esse processo também pode ser percebido no sentido inverso, mostrando-nos uma dialética que se inscreve nessa práxis, pois ao mudar as circunstâncias, muda-se também o sujeito e vice-versa (MARX, ENGELS, 2009).

Eu tenho certeza que hoje se eu não fosse a cuidadora que eu sou hoje, muitas coisas na minha família tinham ido por água baixo. Tinha tido percas, tinha tido muita desavença..., e por eu ser cuidadora, por eu ser sabida nessa área aí da escuta, do diálogo, dos chás, de jogar o floral em casa..., talvez hoje é porque eu tenho minha família do jeito que eu tenho... A gente consegue sentar, conversar das coisas e harmonia... (ST4, 2017).

E o setor de saúde ajuda a gente a mudar muito porque a gente tem que cuidar da gente pra cuidar do outro ou da outra, e as pessoas precisam de cuidados todo dia, toda hora. As crianças, como é que a gente não muda se tem que relacionar com as crianças que são nossos patrimônios indefesos? Então tá exposto a qualquer perigo, a qualquer doença, então tem que mudar (ST8, 2017).

Na práxis, a realidade existe como produto da ação de mulheres e homens e volta-se sobre eles condicionando-os. Isto é, a transformação das circunstâncias e do próprio ser humano é um processo simultâneo (FREIRE, 1987).

Vale ressaltar que os saberes e valores produzidos no trabalho de cuidado circulam também em outros espaços da vida das cuidadoras, como por exemplo, no trabalho como educadora de ST8, no trabalho como médica de ST9, no trabalho com o viveiro de mudas de ST6 e na militância do setor de produção de ST2. Abaixo reproduzimos três depoimentos que nos mostram como esses valores e saberes circulam nos diversos espaços de militância e de trabalho:

Lá [no viveiro de mudas] eu trabalho com caldas, trabalho as práticas no dia a dia mesmo, só que é com o viveiro, com as plantas, e cuido do pessoal de lá também. Todo dia uso harmonia, eu desbloqueio. É tipo com uma pessoa só, só que com o ambiente. É cuidado com o ambiente. A gente faz as mesmas coisas... eu desbloqueio, aplico Reiki e aí eu faço as caldas pra jogar nas formigas, pra jogar nas plantas também pra matar os fungos e pra desenvolver a planta (ST6, 2017).

Por exemplo, no assentamento eu trabalhei com alfabetização e aí eu buscava as práticas da saúde pra poder trabalhar com as crianças. Pegamos a escola num momento muito difícil; a escola foi tomada de professor pra educadora, então as crianças tinham um comportamento muito difícil de relação, de muita briga, de convivência de família, de muita doença, então as práticas da saúde a gente utiliza ela tanto pra gente, pra mudança e tanto pra fazer os cuidados em outros espaços, principalmente na escola. Eu lembro que nós fazia muita terapia, na minha turma eu fazia muita terapia com as crianças e botava muito as crianças no colo, conversava muito, então esse aprendizado que vem lá de fora também ajuda a gente a mudar (ST8, 2017).

Primeiro, o médico não é a figura central. Eu tento trazer para o paciente qual conhecimento que ele também tem, qual a experiência que nós temos com a fitoterapia... eu aprendi muito dentro do setor; eu levo isso pra minha prática do cuidado, apesar de que tem resistência, mas eu falo o tempo inteiro nisso. Nas minhas intervenções coletivas na unidade..., nós fazemos muito grupo, trabalho de educação, saúde, condições de saúde... Eu trago muito isso presente o uso da fitoterapia, o resgate da fitoterapia, e isso é graças a minha formação, porque se eu não fizesse parte deste movimento, não fizesse parte desse setor talvez isso seria coisa indiferente pra mim, então com certeza isso é da minha prática..., é da minha prática que eu tô levando pra minha forma de cuidar (ST9, 2017)

Essas histórias lembram-nos que os valores circulam entre trabalho e não trabalho, ou seja, os valores não podem ser divididos entre valores do trabalho e outros valores. (SCHWARTZ, 1996).

7.5.3 Sobre o movimento de busca por saber mais

Esse mesmo engajamento pelo trabalho pode fundamentar uma necessidade de maior aprendizado sobre os saberes do cuidado. Nas narrativas abaixo, podemos perceber como as cuidadoras se sentem úteis por cuidarem e ajudarem alguém. Ou seja, a busca pelos saberes do cuidado se relaciona a uma utilidade prática na vida das pessoas (RIBEIRO, 2012):

Eu ficava assim, curiosa e imaginando que eu também podia fazer o que os outros fazem, pra tá ajudando, né... E fui lendo material do Padre Renato, que fala sobre o Biodigital (ST1, 2011)

Tem que ser aquela pessoa que além da sensibilidade, ele tem que ter muita disposição pra leitura, e tem que escutar muito também um e outro (ST1, 2011).

A saúde é muito boa, nosso Deus! Eu gosto muito do setor de saúde porque a gente aprende muita coisa, aprende muita coisa boa pra gente cuidar das pessoas; a gente também é cuidado pelas outras pessoas. Eu gosto muito do setor de saúde (ST3, 2017).

Então assim, eu não tenho a menor dúvida do que eu faço, eu trabalho no SUS, sempre vou atuar no SUS. Gosto demais de ser médico de família. Quero estudar mais, quero fazer a residência... Eu fiz especialização em Saúde da Família, mas eu quero fazer a residência na Saúde da família, e eu sempre vou atuar no SUS. Isso para mim é princípio enquanto médico do MST, é princípio enquanto médico formado em Cuba (ST9, 2017).

A partir do engajamento no trabalho as mulheres se inserem em um movimento de busca por saber mais, com base no acesso aos saberes constituídos e na produção dos saberes investidos, situando as mulheres no movimento da práxis. De acordo com Schwartz, Durrive (2010), no ingrediente 5, observa-se uma busca tanto pelo conhecimento em si, que se expressa na forma de ingrediente 1, tanto por compreender a singularidade da situação, que se expressa na forma de ingrediente 2, que são postos em sinergia pelo corpo-si, através do engajamento no trabalho. Este processo pode ser percebido nas falas abaixo:

Foi estudando, e à medida que a necessidade ia chegando, eu acabava pegando recurso, outro, outro, pra tá completando, né... (ST1, 2011)

A gente estudava muito, muito mesmo, mas também a gente fazia muita prática no setor de saúde. Porque se a gente não estudasse... a gente tinha que estudar, mas também tinha que colocar na prática, porque se a gente só estudar, só estudar a gente não aprende nada, então era isso (ST3, 2017).

A cuidadora ST2, ao narrar as experiências exitosas de cuidado com plantas medicinais, mostra como esse recurso terapêutico lhe motivou a buscar cada vez mais conhecimento, evidenciando o inacabamento do ser humano (FREIRE, 1996):

Isso tudo [experiências exitosas com plantas medicinais com sua família] foi o que me motivou a buscar cada vez mais conhecer, a estudar. É um estudo que não tem fim. A gente está sempre buscando novas descobertas, buscando novas técnicas... Eu sempre penso nisto porque a gente não pode parar com o que aprendeu. A gente sempre tem que estar estudando pra conhecer mais (ST2, 2011).

Para Freire (1996), o ser humano se caracteriza como ser inacabado e é a consciência deste inacabamento é o que lhe permite ir além dele. Ou seja, a inconclusão ou inacabamento do ser é inerente ao fenômeno da vida, mas o reconhecimento de si como ser inacabado é o que leva homens e mulheres a um movimento de busca por *ser mais*. E é “na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente” (FREIRE, 1996, p. 58).

Charlot (2013) caracteriza a educação como um processo que é, simultaneamente, autoconstrução e incorporação de um patrimônio, isto é, um movimento interno e externo ao sujeito. Assim, a formação humana compreende atividade intelectual e aquisição de um patrimônio cultural. Mas essa atividade intelectual pode passar por uma atividade em situação, pois, o aprender pode significar o domínio de uma atividade ou uma apropriação material, conforme já ressaltado (CHARLOT, 2000).

ST1 relata o desafio da formação para dar conta da complexa tarefa que é fazer um atendimento. Ela nos conta que buscava segurança no acesso ao saberes constituídos, em um contexto de pouca experiência no trabalho:

Aí eu fui e fiz o curso. [...]. Passou um bom tempo, o material ficou guardado e eu sempre lia alguma coisa ou outra que aparecia eu lia a respeito, mas não dei conta de sozinha fazer o atendimento. Aí depois que eu iniciei o curso de homeopatia, daí já foi em 2006, e lá no curso eu consegui apostila sobre radiestesia. Eu não fiz o curso de Radiestesia. Só li sobre Radiestesia, e adquiri o pêndulo também com a professora, e aí eu fui dando conta de fazer e vi que era possível. Só que num primeiro momento eu tive dificuldade porque eu tinha muito medo de não estar acertando, né... A gente tratava de ser humano e é uma coisa séria. Então, quando eu consigo atender uma pessoa, eu tinha medo e eu atendia uma pessoa por semana. Eu

ficava o resto da semana todinha só lendo sobre aquele tratamento que tava fazendo, por medo de não tá dando certo, pela insegurança. Às vezes, eu ficava até sem dormir, acredita? (ST1, 2011)

No trecho acima podemos perceber como o desejo de aprender e o esforço estão presente na relação com o saber. Para Charlot (2000, 2013), a relação com o saber implica o desejo, que advém da relação da pessoa com o outro, com o mundo e consigo mesmo. É esse desejo que atua como fator de mobilização de um sujeito engajado no mundo. Assim, o aprendizado demanda certo prazer no ato de aprender, o que não implica em abrir mão do esforço, pois não existe contradição entre prazer e esforço. Ademais, a problemática do desejo de aprender deve remeter à mobilização ao invés da motivação, pois enquanto esta consiste em um fenômeno externo, a primeira se refere a um fenômeno interno. Isto é, “o problema é saber como despertar no aluno um movimento interno, um desejo interno de aprender?” (CHARLOT, 2013, p. 160).

Na fala de ST2, por exemplo, é possível perceber como a relação com o outro e com os recursos naturais mobiliza a cuidadora na busca por saber mais:

[...] tem que ter disposição de aprender, de continuar estudando. Vontade de conhecer mais as plantas. Tem que ter muito amor. A gente tá lidando com corpo, com a vida das pessoas. Então, a gente tem que ter muito amor, porque na maioria das vezes você tem que largar um monte de coisas pra poder cuidar da pessoa que está precisando. (ST2, 2011)

Esse esforço por aprender também pode ser percebido em torno de algumas estratégias de estudo coletivo realizada pelo setor de saúde, como, por exemplo, as oficinas de argiloterapia e florais, realizados em 2011, ou mesmo os estudos sobre plantas medicinais e sistemas fisiológicos conduzidos por ST9. As cuidadoras ST1 e ST2 narram as histórias de formação sobre florais e argiloterapia, respectivamente, na qual se pode perceber a busca por uma articulação entre o momento do “estudo” com o momento da “prática”:

[...] tirou um momento pra estudar, e depois daquele momento de estudo, a gente foi colher as plantas, as flores. [...] gente fez pra pessoa ter segurança, pra aprender (ST1, 2011).

Nós fomos provocadas, porque as companheiras acharam que a gente fica muito no debate... Que esse grupo nosso aqui da região ficou muito no debate, e que a gente não estava avançando, e que a gente não fazia nada prático, e que não sei o que... E que nunca mais iriam participar mais de reunião se a gente não tivesse umas oficinas práticas.

Engraçado que a nós já saímos dessa questão que a gente só ficava no prático, tinha que ir mais ao debate político, e que não sei o que... Já tem dois anos que agente está tentando sair das oficinas práticas e irmos para o debate, para o estudo, e dessa vez fizemos o caminho inverso. As pessoas que estavam na reunião cobraram que estava

ficando muito na teoria, que a gente precisava ir para a prática, e que não agüentavam mais discutir a Geoterapia se não tivesse aplicação. Daí nós propomos fazer uma oficina de Geoterapia. Reunimos lá no Padre João. Estudamos o material e daí fomos para a oficina da coleta da argila. Coletamos a argila e muitas pessoas aprenderam a coletar, a preparar, e daí fizemos as aplicações (ST2, 2011).

Se por um lado é possível perceber que cuidadoras se engajam, constantemente, na busca pelo saber, também podemos perceber certa tensão em torno da articulação entre estudo e trabalho, no cotidiano do setor de saúde. Quando questionadas sobre como percebem a unidade entre “teoria” e “prática” na caminhada do coletivo de saúde, percebemos que as cuidadoras apresentam diferentes relações epistêmicas com o saber (CHARLOT, 2000), bem como diferentes visões acerca da práxis, que em alguns casos se aproxima de uma perspectiva reflexiva da práxis e em outros, de uma perspectiva espontânea ou pragmática (VÁZQUEZ, 2007).

A maioria das cuidadoras considera que, atualmente, o coletivo se debruça mais em cima do trabalho do que do estudo, mas percebem que esta relação está melhorando, com a realização de alguns estudos coletivos pelo grupo.

Então eu acho que tem menos teoria e mais prática, mas assim, coisa que a gente tá tentando melhorar também porque de um tempo para cá sempre que a gente tem reunião do setor de saúde a gente propõe o estudo (ST7, 2017).

Eu acho que fazia muito e estudava pouco; ainda faz muito e estuda pouco. Eu sempre quando tava na direção do setor eu sempre tive a preocupação com o estudo, porque a gente tem que estudar todo dia. A gente que tá no setor de saúde não pode parar de estudar; tem que tá sempre estudando, sempre renovando, sempre fazendo um curso diferente porque cada dia aparece uma coisa diferente, cada dia aparece uma planta diferente pra gente conhecer. Então eu acho que a gente faz muita prática e pouco estudo; muita pouca teoria (ST2, 2017).

Outras cuidadoras consideram que a relação entre estudo e trabalho é equilibrada, pois a dimensão formativa do trabalho se faz presente a todo o momento de atuação do setor de saúde:

Eu acho que isso é constante. Nós temos o interesse no setor de saúde e então a gente consegue levar a prática em praticamente tudo que a gente faz. Todos os conhecimentos que nós temos a gente tá trabalhando com ele constantemente..., na prática, no cuidado... As pessoas nas áreas oferecem o cuidado constantemente, passa o conhecimento... O tempo todo a gente tá fazendo esse exercício de socialização do conhecimento. [...] Eu acho que a nossa teoria e a prática é muito próxima. Às vezes eu acho que a gente pratica muito mais inclusive, do que se dedica ao estudo, a teoria. Eu acho que é mais ou menos isso (ST9, 2017).

Já uma terceira opinião acredita que o coletivo se dedica mais ao estudo do que ao trabalho em si.

[...] eu acho que tem mais teoria às vezes e menos prática... [...] eu acho que a gente tem que aprender os dois, aprender na teoria e desenvolver na prática, porque é aí que a gente aprende mesmo. Se ficar só na teoria... e tem gente que fica só na teoria e às vezes não consegue... Tem gente que fez o curso junto comigo e até hoje não consegue desenvolver; as teorias que a gente fez lá ele não consegue desenvolver na prática. Acho que tem mais teoria, mas não com todo mundo, mas tem (ST6, 2017).

Podemos perceber na fala de ST6 uma referência às pessoas que fizeram o Curso de Terapias Naturais, mas não se inseriram no setor de saúde. Para algumas cuidadoras, o fato dessas pessoas terem estudado e só desenvolverem o trabalho de cuidados no âmbito familiar já é muito positivo, para outras, o fundamental seria se somar ao trabalho coletivo.

Assim, observa-se certa oposição entre teoria e prática, ou trabalho e estudo, por se tratar de pessoas que tiveram acesso aos saberes disciplinares, mas não “desenvolveram na prática”. Vázquez (2007) reconhece que uma real oposição existe quando esta relação se estabelece sobre uma falsa conformação, isto é, fora da práxis. Ademais, a teoria pode antecipar idealmente a prática, mas não se desvincular dela.

A cuidadora ST5 também considera que o coletivo se dedica mais ao estudo do que ao trabalho de cuidados, mas nesse caso, ela se refere à práxis do coletivo em si e não a dos ex-alunos do Curso de Terapias Naturais:

Eu acho que tem muita teoria e menos prática. Devia ter mais prática e menos teoria. Porque você vê que tem assentamento e acampamento que eles reclamam muito... “- Estou sentindo isso, sentindo aquilo...”, e ficam agendando e agendando e nunca chega a hora da agenda. [...] só quando tá muito ruim que resolve, e aí às vezes já até passou da hora de cuidar (ST5, 2017).

Podemos pensar que o fato de o coletivo “reunir muito” e “fazer pouco”, está relacionado às dificuldades financeiras e de autossustentação das militantes, enquanto barreiras que acabam desacelerando o trabalho de cuidados, conforme discussão realizada na seção sobre o ingrediente 4 das competências:

Reuni muito, programa muito, programa, programa e não põe ação, porque toda reunião tem a programação, toda reunião tem a programação... “- Nós precisa de fazer isso, nós tem que ir em tal lugar, em tal lugar, em tal lugar...”, mas não vai (ST5, 2017).

Em outra passagem de sua entrevista, ST5 nos conta que o trabalho é mais importante sempre. O estudo pode até ficar para outro momento, mas o trabalho não:

Por exemplo... “Tá dando o curso, tá passando? Depois eu te explico o que tá faltando do curso. Cuida de fulano porque fulano tá precisando...”. Então eu acho que essa prática tinha que ser mais realista (ST5, 2017).

A cuidadora ST2, por sua vez, acredita que em todos os espaços do setor de saúde, mesmo nas lutas e mobilizações, seria importante garantir um momento de estudo:

Eu gostaria que a gente tivesse mais tempo pra estudar, tirar mais tempo pra estudar. Mesmo nas lutas eu acho que daria ao invés de ficar só no atendimento, ficar só atendendo as pessoas ali, dias e dias, igual o setor de saúde faz... eu acho que daria para avançar mais no estudo; acho que daria pra avançar mais porque acaba não ficando conhecimento nenhum. Agora no encontro sem terrinha, lá no Viveiro, nós fizemos questão de fazer oficinas da saúde..., fizemos várias, porque a gente acha que estes espaços precisam ser aproveitados, precisam ser aproveitados pra estudar. Não pode ficar só na prática (ST2, 2017).

Essa impressão de ST2 é confirmada pela fala de ST3, ao se referir sobre o período em que militava no setor de saúde:

Naquela época a gente reunia o setor e marcava. Era tão bom, a gente se reunia, marcava e já ia cuidar das pessoas. Por exemplo, se a gente fosse pra uma reunião da regional, a gente já ia todo mundo, chegava lá e já cuidava o tempo todo, era tanto que a gente quase nem participava de reunião, a gente já ficava nos cuidados das pessoas; três dias a gente ficava lá sempre cuidando das pessoas. Se tivesse outra reunião em outro assentamento marcava, tava lá e então o setor de saúde tava lá cuidando também... sempre o setor de saúde (ST3, 2017).

Dessa forma, podemos perceber diferentes relações epistêmicas com o saber que refletem em diferentes formas de compreender a práxis. Desde uma práxis mais reflexiva (também denominada de consciência da práxis), cuja consciência retorna sobre si mesma e sobre a atividade, a uma práxis espontânea (também denominada de consciência prática), cuja reflexão sobre a própria atividade é mais baixa (VÁZQUEZ, 2007).

Vale lembrar que para na práxis espontânea, a atividade prática é vista como algo que não carece de interpretação, que se esclarece por si só. Já a consciência da práxis vai além da própria atividade, para situá-la em um contexto mais amplo, o da história humana (VÁZQUEZ, 2007). Nessa mesma perspectiva, Freire e Nogueira (2009) afirmam que a reflexão sobre a prática supera a ingenuidade e aproxima a utopia.

7.6 AS SINERGIAS DO TRABALHO COLETIVO

O sexto e último ingrediente da competência está sempre presente no trabalho em equipe, e diz respeito à capacidade de gerir e construir cooperação entre indivíduos e coletivos (CUNHA, 2005). Este ingrediente parte de dois pressupostos: em primeiro lugar, a atividade do trabalho convida sempre à atividade dos demais; em segundo, nenhuma pessoa é competente em todos os ingredientes de forma igual. Por isso, um dos desafios do agir competente consiste em estabelecer harmonias diversificadas e complementares dos ingredientes diversos no trabalho em equipe (SCHWARTZ, 1998).

Certamente, é mais competente aquela pessoa que não trabalha de forma isolada, mas que se propõe a aproveitar a competência dos colegas de trabalho, a se inutilizar se for o caso, e a assumir responsabilidades quando necessário. Em outras palavras, em promover sinergias coletivas (MAILLIOT, DURRIVE, 2015). Trata-se de reconhecer que cada pessoa tem sua história, sua experiência escolar e de vida, e um perfil diferenciado de formação e de atuação no trabalho (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Assim, no ingrediente 6, o conceito de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP) assume centralidade e traz importantes contribuições para se pensar o coletivos de trabalho a partir de características muito particulares da abordagem ergológica (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). No decorrer desta seção, apresentaremos algumas dessas características, em diálogo com os resultados dessa pesquisa, de forma a identificar a presença das sinergias coletivas no trabalho de cuidados das mulheres do MST, bem como as dimensões formativas que se inscrevem no trabalho coletivo no contexto do movimento social.

Conforme exposto, na discussão sobre o ingrediente 1 da competência, em 2011, percebi um coletivo com experiências formativas diversas, que refletiam de forma diferenciada no trabalho do coletivo. Na ocasião, ST1 e ST2 eram as principais referências no atendimento e na proposição da terapêutica, pois possuíam maior apropriação de conhecimentos sobre os recursos terapêuticos, principalmente a radiestesia. Por outro lado, ST3 possuía amplo conhecimento sobre as plantas medicinais e, junto com ST4, tornou-se referência na produção dos fitoterápicos. Assim, enquanto ST2 realizava os “atendimentos”, ST3 e ST4 ficavam responsáveis em produzir os destilados para os tratamentos propostos por ST2, em preparar os xaropes, tinturas, pomadas e homeopantias para o trabalho do grupo e as mobilizações do MST. ST3 dominava a técnica da produção do fitoterápico e ST4 contribuía principalmente na organização da prática.

Eu não tenho muita habilidade para fazer [remédios a base de plantas medicinais]. A ST3 sempre me chama, “ - O ST4, vamos fazer alguma coisa aqui em casa?” Então nós já estamos pensando nessa linha. Vamos ver se agente tenta fazer pomadinha, sabonete, porque ela sim domina bem essa técnica. Eu sou muito boa pra ajudar a organizar, espaço, vasilhame, isso tudo, e ela já tem uma experiência já bem... (ST4, 2011)

Já a cuidadora ST5 era referência em saúde no seu assentamento e frequentemente acompanhava alguma pessoa aos serviços de saúde, internações, etc. Na época, ST4 já se diferenciava pelos saberes relacionados à espiritualidade e pelas preocupações com a alimentação saudável do coletivo, da militância em geral e dos pacientes em tratamento. Como podemos perceber na fala abaixo, ST4 buscava se constituir como referência do grupo para os cuidados com a alimentação:

As vezes eu brinco assim, eu tô no grupo só pra fazer comida. Eu quero, eu quero ficar no grupo mais para essa área de fazer comida, de cuidar disso aí. Ter esse cuidado que todo mundo vai comer uma comida e não vai passar mal. Eu já percebi isso, eu quero, nossa casa de saúde chegando, eu vou me cadastrar, eu brinquei assim na outra reunião, só pra fazer a comida pra quem tiver lá. Fazer comida, né cuidar dessa área aí, de alimentação (ST4, 2011)

Dessa forma, já em 2011, cada cuidadora apresentava sua contribuição de saberes que se complementavam e se integravam no trabalho coletivo, a partir das sinergias das ECRP. De fato, a eficiência de uma ECRP não pode ser considerada a partir das soma das competências individuais tomadas isoladamente, mas sim a partir de um arranjo profícuo dos diversos ingredientes dos integrantes de um coletivo de trabalho. Neste, cada um complementa os hiatos dos demais. Por esse motivo o termo sinergias coletivas é utilizado para se referir à integração que ocorre no âmbito das ECRP (SCHWARTZ, 1998).

Essa expressão das ECRP pode ser percebida no depoimento de ST3, ao afirmar que os saberes do cuidado se complementavam e se agregavam:

[...] se eu não me formar em uma coisa, eu me formo em outra coisa, o outro forma em outra coisa. Nós não vamos formar quatro, cinco militantes da Saúde, nós não vamos formar, porque eu não consigo o pêndulo, mas ele forma em outra coisa, como nos florais, pra lidar com os florais, ele forma na tintura, o destilado... Mas eu não conheço as plantas, como vou fazer os remédios? Mas tem quem faça, tem quem conheça as plantas... Então, é isso. Se três, quatro, não conhecem as plantas e nem sabem destilar, às vezes eu sei... Eu conheço as plantas e já sei destilar... (ST3, 2011)

E assim citamos também outras mulheres que constituíam o Coletivo trazendo consigo seu patrimônio de saberes e valores, ou que passaram a integrá-lo a partir do Curso de Plantas Medicinais e Terapias Naturais. A partir da experiência desse curso, através da ampliação do

acesso aos saberes constituídos das medicinas alternativas e complementares, percebemos uma ampliação das competências envolvidas no trabalho de cuidado. Guardadas as devidas diferenças nas histórias armazenadas na forma de patrimônio de saberes e valores, todas as cuidadoras passaram a desenvolver tarefas como atendimento e produção dos remédios, antes exclusivo de poucas integrantes do coletivo.

Atualmente, praticamente todas as áreas possuem seus cuidadores e cuidadoras “formados”, ainda que não estejam organizados no Coletivo Regional de Saúde. Como consequência, conseguem atender com mais facilidade as demandas de cuidados, de participação nas lutas e mobilizações do Movimento e de oficinas nas áreas.

[...] o trabalho no Rio Doce hoje a gente não tem dependência de uma só. Houve um tempo que nós era muito dependente de uma, duas cuidadoras, e hoje não. As áreas já se ajeitam...; se não fazem Reiki, então já orientam para os chás, faz massagem... então as áreas todas tem um pouquinho de tudo (ST4, 2017).

Nas marchas, lutas e mobilizações é possível constatar, de forma singular, o quão fundamental é a constituição das ECRP para atender as necessidades de saúde que se despontam desse espaço. Nessas ocasiões, ECRP se formam rapidamente onde houver necessidade de gerir o vazio de normas do meio (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Então você tá na marcha, a pessoa tá andando e passa mal, se tiver duas ou três companheiras e se for uma coisa que você não dê conta... porque sempre a gente anda na marcha assim, sempre tem alguém ali, não sou eu sozinha da saúde, mas tem duas ou três ali por perto... uma tá lá na frente, outra tá mais atrás, mas sempre tem que ter umas duas ou três. Porque se chegar a passar mal uma pessoa, às vezes você não vai dar conta sozinha, aí tem mais uma outra pra tomar conta junto com você. Ali você tem que ficar atento; de duas em duas ou de três em três. Enfim, enquanto o dia estiver marchando a gente tem que estar por ali. Porque às vezes a pessoa passa mal e você não vai dar conta sozinha. Se a pessoa desmaia você às vezes nem dá conta. Então tem que estar ali os seus remedinhos, ainda vai dar massagem ali; a marcha vai embora e se for possível leva pro hospital; você tem que ter ir acompanhando aquela pessoa. Então sempre a gente tem que estar de duas pessoas (ST3, 2017).

No depoimento de ST3 é possível perceber, em alguma medida, a presença do que Schwartz e Durrive (2010, p. 163) denominam por uma “verdadeira sinfonia sem maestro” de uma ECRP, na qual cada integrante não só sabe qual a sua tarefa, mas também qual o momento de entrar em ação. Ainda que, no setor de saúde exista a figura da coordenação, nesta sinfonia, não existe um maestro, isto é, aquele que fique delegando, lembrando e cobrando a atuação de cada um. Isto só é possível se no interior do coletivo, se estabelecer uma relação de igualdade e um projeto comum, de forma a possibilitar as trocas e sugestões

em todas as direções e se desfazer os desnivelamentos previamente existentes (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Assim, apesar das diferenças, em 2011, já era possível perceber a formação de um coletivo construído sobre uma relação de igualdade, conforme nos contava ST2:

Se a gente tiver oportunidade de formar os grupos de cuidadores da saúde, e é isso que eu gostei dentro do Movimento Sem Terra. Esses grupos de cuidadores conseguem formar dentro de um assentamento, dentro de um acampamento, dentro da região como é nosso caso aqui. Eu não sou referência da saúde aqui. A referência é um grupo... É a ST3, é a ST4, é a [cuidadora do município de Frei Inocêncio], é a [irmã de ST2], é a [cunhada de ST2], é a [cuidadora] lá do Juscelino, são as mulheres lá do Iraguiar, são as mulheres da Esperança do Vale, são as outras lá do Sul de Minas que fazem os remédios pra levar lá pra marcha. Então, isso é o mais importante... De a gente ter a possibilidade de formar esses grupos de pessoas, de cuidadores da saúde... De pessoas que tenham essa responsabilidade, essa tarefa de contribuir na cura das pessoas, né... (ST2, 2011)

No depoimento de ST7 é possível perceber uma relação de cooperação, na qual as cuidadoras procuram estabelecer os cuidados de forma coletiva, na maioria das vezes consultando as colegas sobre as condutas terapêuticas. O fato de “darem o melhor de si” significa que há valores compartilhados, que possibilita a construção de projetos comuns e a conformação de um “todo” (para usar a expressão da própria cuidadora) que se engaja coletivamente no trabalho de cuidados.

Acho que todo mundo procura dar o seu melhor pra cuidar das pessoas... Acho que não tem diferença; não é porque eu sou coordenadora e o outro só faz parte... acho que não; eu acho que a gente é um todo mesmo. Quando eu vou fazer alguma atividade eu nunca vou sozinha; sempre procuro uma companheira pra ir comigo. Sempre que a gente vai fazer um cuidado, que tem outras companheiras do setor por perto, a gente sempre pergunta... “-Olha, fulano tá sentindo isso e isso... O que é que você acha que a gente deve fazer pra ele melhorar?” (ST7, 2017).

Por vezes é possível perceber que algumas cuidadoras podem trazer maiores contribuições na ampliação das sinergias coletivas, sem que se configurem como um maestro no processo. Este é o caso da participação de ST8 na equipe de saúde da Feira Estadual da Reforma Agrária. Em um trecho do diário de campo, é possível perceber a contribuição dessa cuidadora na organização do trabalho coletivo:

Cheguei cedo e fui direto ao espaço de saúde, onde encontrei com ST9 no trabalho de cuidados. Pedi para observar seus atendimentos e percebi que ela é muito dinâmica. Preocupa-se com o todo do processo, e busca, de alguma forma, criar as condições para o trabalho coletivo: pergunta sobre o acolhimento, recolhe o lixo, organiza minimamente o espaço, distribui o trabalho entre as cuidadoras (DIÁRIO DE CAMPO, 08/10/2017).

Por outro lado, é possível perceber que algumas integrantes apresentam maior engajamento no trabalho do que as outras, e pode acarretar em perdas relevantes de eficácia (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Então acho que a gente tem estudado muito na teoria, que são os livros, que são os discursos da gente e a vivência popular, mas na hora do vamos ver e pegar pra fazer eu vejo isso muito nas pessoas, uns com mais e outros com menos, mas tá todo mundo ali inserido no processo. Então eu vejo muito isso, igual eu falei, tem pessoas que veem menos e outros veem mais, uns fazem mais, mas o que eu acho que tem que ser assim mesmo, não tem jeito (ST8, 2017).

Ademais, é possível perceber um caráter de solidariedade na conformação do grupo, relembrando-nos que no interior de uma ECRP, a “noção de viver junto toma sentido em outra escala” (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010, p. 163). Este caráter de solidariedade se faz presente não só na colaboração no trabalho, mas, também, através dos momentos de cuidados coletivos e da escuta qualificada. Com certa frequência é possível presenciar momentos em que umas cuidam das outras, as recebem em suas casas e realizam os tratamentos:

Esse nosso grupo de saúde, né, de cuidadoras... Estamos aí com esse cuidado umas com as outras. Esse grupo tem hora que eu estou em casa e fico imaginando... “Gente, onde está minha psicóloga fulana? Onde está minha psicóloga cicrana”? Se tornou assim. Começamos falando que íamos fazer florais, que íamos fazer chá, que íamos fazer isso, mas na verdade está sendo um tratando do outro, até psicologicamente (ST4, 2011).

A saúde é muito boa, nosso Deus! Eu gosto muito do setor de saúde porque a gente aprende muita coisa, aprende muita coisa boa pra gente cuidar das pessoas; a gente também é cuidado pelas outras pessoas. Eu gosto muito do setor de saúde (ST3, 2017).

A cuidadora ST7, por exemplo, relata um momento de stress nervoso por sobrecarga do trabalho de saúde em uma ocupação de órgão público, no qual ela recebeu cuidados de toda a equipe de saúde presente na mobilização. Na ocasião, todas as cuidadoras, em horário de trabalho ou não, voltaram suas atenções para ela.

[...] uma das meninas correu lá e avisou as meninas do setor de saúde que já tinha passado pela escala mais cedo e que eu estava passando mal. As meninas pediram pra todo mundo esperar; todo mundo pegou e foi cuidar de mim no espaço de cuidado. Acho que esse foi o momento marcante, foi muito bom, porque a gente sempre procura cuidar dos outros e esquece de cuidar da gente. Então foi impactante, foi bom pra mim ver que tinha pessoas que se preocupou comigo ali naquela hora... Rodeou de gente pra cuidar. Me levaram para o espaço, cuidaram de mim. Foi uma coisa de uns 30 a 40 minutos, aí eu já estava melhor e já voltei para o cuidado (ST7, 2017).

Outro aspecto presente na análise das sinergias das ECRP refere-se à dimensão formativa que se inscreve no cotidiano do trabalho de cuidados dessas mulheres. Em seus depoimentos, é possível observar a socialização e a produção dos saberes de cuidado não só nos cursos específicos de saúde, mas a todo o momento em que o coletivo se reúne para desenvolver seu trabalho, isto é, na produção dos remédios, nos cuidados em si, nas oficinas de formação nas áreas e nas equipes de saúde das atividades do MST.

É porque eu fui consultando com ela (ST2)... Ela foi me mostrando as plantas, e quando consultava os outros, me mostrava que planta que era e fui buscando, fui buscando... Às vezes, eram dez pessoas com plantas diferentes. Com dez pessoas você já conhecia muitas plantas. Com mais dez, e por aí foi, rodando. [...] Então, o Movimento ensina a gente muitas coisas. Ensina mesmo... E a gente aprende e passa pra alguém. Porque se alguém não saber, agente vai passando (ST3, 2011).

Às vezes junta sempre aqui mesmo, no Centro de Formação, pra gente fazer [os produtos medicinais]. A gente faz tintura, faz floral, às vezes a gente faz carvão [...] e às vezes outras coisas que a gente precisa de levar, sabonete, essas coisas assim, a gente junta e faz; faz pomada... essas coisas assim a gente reúne e faz no coletivo, porque aí quem tá chegando também já aprende a fazer pra gente poder levar (ST6, 2017).

Dos curso, né, que sempre a coordenação convida a gente pra participar dos cursos, e aí se eu não tivesse no setor de saúde do MST eu não tinha aprendido essas técnicas que eu aprendi, então contribuiu muito (ST5, 2017).

Obviamente que esta formação não prescinde do ingrediente 5 da competência, pois é necessário um engajamento permanente no trabalho para que se possa buscar cada vez mais o aprendizado dos saberes do cuidado, como nos conta ST7 a respeito das diversas vivências do setor de saúde que contribuíram para sua formação como cuidadora:

[...] eu me considero formada no setor de saúde, mas é saúde popular, eu não tenho um certificado que eu fiz um curso de plantas medicinais ou que eu fiz um curso de saúde mental; eu formei com conhecimento popular, então as meninas que fizeram o curso teórico e algumas práticas também que tem no curso passou isso pra gente. Igual quando eu comecei no setor de saúde eu estava lá no acampamento Maria da Penha. As meninas fizeram a oficina de saúde lá, eu aprendi ali; a primeira coisa que eu aprendi com elas foi naquela oficina de saúde. Apanhei gosto e aí procurei acompanhar as meninas nas atividades do setor de saúde. Fui aprendendo cada vez mais nestas atividades de saúde (ST7, 2017).

A cuidadora ST3, por sua vez, nos confirma essa dimensão formativa que se inscreve no cotidiano do trabalho de cuidados dentro do MST, ao reconhecer que, por ter se afastado do setor de saúde, sua formação se estagnou:

Éhhh, o que mudou em mim? [risos]... sei lá, acho que não mudou muita coisa não, Bianca, não mudou muita coisa não. Eu queria tanto ter mudado muita coisa, mas foi em falta de..., sei lá, foi falta muito de união. Se a gente tivesse muita união a gente tinha mudado muita coisa, com o setor a gente tinha mudado muita coisa e na gente mesmo, porque eu pra mim mudar mesmo, sei lá, eu sozinha eu não consigo mudar. Mudar assim, a gente fazer uma oficina... eu queria que a gente tivesse mudado mais. [...] Assim, cada dia, faz uma oficina aqui e conhece mais, tem mais conhecimento, mas eu vejo que não mudou muita coisa não. E o setor também aí eu acabei afastando do setor, acho que foi por causa disso que eu não consegui, porque se eu tivesse ficado dentro do setor eu tinha mudado muita coisa, mas eu vi que não mudou em muito não. A gente tem que falar a verdade, não tem que falar mentira (ST3, 2017).

Chama a atenção o destaque que as cuidadoras dão aos espaços de lutas e mobilizações, como sendo um espaço de cuidado e promoção da saúde; em que todos os saberes são bem vindos, desde os da medicina científica ocidental à medicina alternativa e complementar; onde se pensa de forma coletiva e se aprende, mas também se ensina, lembrando-nos que homens e mulheres “se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 1987, p. 69). Nessa práxis, trabalhar e aprender se misturam e se confundem, não se sabe ao certo onde começa um e onde termina o outro:

É às vezes a gente faz assim nas luta. É assim, você ensina e aprende na verdade. Você chega com uma técnica lá que pra nós é bem simples e chega lá eles falam... “- Ah, eu não conheço essa técnica, você vai me ensinar”. Aí ele tem lá uma muito boa também, aí a gente faz essa troca. A gente faz e ensina e a gente aprende; ensina eles a técnica que a gente sabe e eles ensinam a que eles sabem (ST6, 2017).

Primeiro é um espaço de cuidado, de saúde, não um espaço de doença, né. Um espaço de acolher as pessoas, de ouvir, de cuidar desse espaço coletivo, de pensar de forma coletiva, em que se você não tem conhecimento das práticas alternativas de cuidado, nesse espaço nós utilizamos principalmente as práticas alternativas de cuidados. Também é interessante se você não conhece as práticas buscar internamente conhecer, mas também não é obrigado porque todos os saberes nos espaços do Movimento são bem vindos, desde o saber técnico da saúde, ou a questão médica ou na área que você atua, ou um conhecimento de terapias alternativas. Eu acho que nesses espaços é impossível de você ir e você sair sem aprender um monte de coisa, desde que seja aberta essa forma de cuidar você sai de lá aprendendo um monte de coisa nova; eu acho que não tem muito segredo na verdade porque nosso espaço a gente faz de forma coletiva, vivendo e aprendendo ao mesmo tempo... acho que é isso (ST9, 2017).

Uma vez que essa dimensão educativa aparece com muita força nas equipes de saúde das lutas e mobilizações, as mulheres criam estratégias de socialização dos saberes de cuidado com as novatas, como por exemplo, formar duplas de cuidadoras com diferentes trajetórias de formação:

[...] a gente divide por equipe, por exemplo, quando é pra cuidado a gente divide em equipe, então quando é o nosso setor antigo já tem a dupla que gosta de trabalhar,

mas aí a gente insere, põe uma que não sabe junto pra gente tá passando. Por exemplo, eu e a ST6, nós duas aplicamos o Reiki, sabemos fazer os mesmos cuidado, aí tem outra dupla que não sabe os nossos cuidado, aí a gente troca de dupla (ST5, 2017).

E o que é mais forte pra nós é quando vem pra luta a gente se organiza pra vir juntas. Então, na Marcha, em todas as lutas que eu tenho ido... agora mesmo pra vir organizamos como prioridade pelo menos seis mulheres da saúde; e veio, tá aqui, porque o que nós já aprendeu tá passando pras meninas novatas que estão chegando. E então já tiramos isso como linha, de estar nos espaços, de virem mais pessoas do Rio Doce pra fazer formação pras meninas que estão chegando (ST4, 2017).

Assim, no interior do setor de saúde é possível perceber uma espécie de compartilhamento, não só de valores, como também de saberes entre as suas integrantes. Este compartilhamento só é possível, pois no interior de uma ECRP se inscrevem os debates de normas e as circulações de saberes e valores inerentes ao campo ergológico (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010). Por outro lado, porque as sinergias coletivas podem impulsionar ou frear os demais ingredientes da competência, nesse caso, os ingredientes 1 e 2, que dizem respeito, respectivamente, à capacidade de apreensão de um protocolo inicial e à infiltração do histórico, ainda que os engajamentos nas buscas pelo saber ocorram de forma diferenciada entre as cuidadoras.

Por outro lado, a dimensão formativa do coletivo de trabalho corrobora com a tese que a formação das cuidadoras ocorre através da própria atividade (SCHWARTZ, 1998). Nesse caso, as cuidadoras aprendem no trabalho em ato, junto com as cuidadoras mais experientes que conseguem verbalizar e demonstrar os saberes investidos. Assim, a socialização desses saberes é favorecida pela conformação das ECRP.

Diversos estudos também ressaltam a importância dos grupos de mulheres camponesas como espaço de socialização dos saberes de cuidado (LIMA et al, 2014; PULGA, 2013; TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014; THUM et al, 2011). De acordo com estes estudos, nesse espaço, elas compartilham informações acerca dos trabalhos de cuidado, conversam sobre assuntos relacionados à saúde (serviços públicos de saúde, alimentação saudável, entre outros) e realizam oficinas de preparo de remédios caseiros. Este é um processo que proporciona maior segurança das mulheres perante suas escolhas terapêuticas (THUM et al, 2011; LIMA et al, 2014; TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014).

Por outro lado, o grupo de mulheres atua como espaço de companheirismo e diálogo, bem como formação de cidadania e autoestima (PULGA, 2013; TEIXEIRA, OLIVEIRA, 2014). Para Pulga (2013), com a ajuda do grupo, as mulheres saem da posição de vítimas para construir um “novo sentido às suas vidas”. Um processo pedagógico que “tanto encanta

quanto possibilita a criatividade e o prazer na busca de ser mais gente” (PULGA, 2013, p. 586). Além disso, esse espaço proporciona maior visibilidade do trabalho feminino de cuidados diante da comunidade, proporcionando reconhecimento e valorização desse recurso de saúde (LIMA et al, 2014).

Dessa forma, os dados dessa pesquisa guardam semelhanças com os achados de Pulga (2013), que reconhece as experiências dos grupos de mulheres do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) como um processo educativo-terapêutico, uma vez que:

[...] trazem a visibilidade de setores excluídos e os incluem de forma organizada; trazem novas formas de se organizar e de exercício do poder; trazem novos conteúdos e novas metodologias, que desafiam os educadores em relação tanto aos processos formais de educação quanto às formas específicas de cada organização. Essas experiências que as mulheres vivenciam trazem como elementos pedagógicos o processo educativo como um todo, e não apenas atos isolados, a participação ativa, a capacidade de ouvir, de fazer, de construir juntos, de enfrentar conflitos e contradições (PULGA, 2013, p. 585).

Mas a socialização de saberes ocorre não apenas dentro do grupo de trabalho em si, mas também nas ações de educação em saúde junto às mulheres e famílias das áreas de acampamentos e assentamentos. Este é um processo no qual educador e educandos também aprendem em comunhão (FREIRE, 1987), a partir dos patrimônios de saberes e valores mobilizados por meio da educação em saúde, conforme nos conta ST2:

Eu penso que [o mais marcante] foi o aprendizado mesmo com as mulheres do assentamento, porque você vai pra ensinar uma coisa e aprende dez, e a gente só vai se formando (ST2, 2011).

Esta é uma das principais formas de inserção de novas cuidadoras no setor de saúde. Nessas atividades, buscam perceber quem são as pessoas que possuem algum saber sobre as medicinas alternativas e complementares e alguma sensibilidade para o trabalho de cuidados. Em seguida, a pessoa é acolhida no setor e passa a se aproximar dos saberes de cuidado, o que ocorre por meio da inserção nas lutas e outras atividades do Movimento, participação em cursos ou, ainda, pelo compartilhamento dos materiais didáticos com outras cuidadoras, conforme o depoimento apresentado abaixo:

A gente vai lá pra ensinar o pessoal, ensinar as práticas do dia a dia, aquelas que a gente tem condições de ensinar, porque tem umas que não tem condições de ensinar. As que a gente tem condições de ensinar, por exemplo, Reflexologia, uma aplicação de argila, fazer uma tintura, fazer um floral... Então a gente vai lá e ensina o pessoal, aí eles começam a usar na prática, começam a fazer também, aí quando a gente vai pras lutas a gente já vai levando eles pra ajudar a gente lá. Eu me lembro que na

feira, naquela feira que teve em Belo Horizonte... Tinha umas meninas que chegaram lá e falou assim... “-Ah, mas eu não sei fazer nada”, eu falei... “Sabe sim. Vocês vão ficar aqui e vão ser muito importante aqui. Vocês vão ficar na recepção, atendendo o pessoal e vocês vão aprendendo. Nas horas que for dando, aí a gente vai ensinando vocês”. Elas ficaram lá, ficaram chateadas lá, aí eu falei... “Não, vocês são muito útil aqui pra nós”. Aí passou um mês mais ou menos e aí nós fomos no encontro do Levante, e aí eram seis mil jovens, era muita gente... As meninas chegou lá e desdobrou na massagem! Assim, o que elas aprendeu lá foi muito importante, porque chegou lá as menina desdobrou. O pessoal chegava lá... “- Quero que você que faz!”... “Está vendo? Vocês não eram importante? Não sabiam nada?” (ST6, 2017).

Por conta da dimensão coletiva que o trabalho de cuidados assume dentro do Movimento Sem Terra, observa-se uma socialização e produção de saberes de cuidados entre as integrantes do setor de saúde. Este processo se desenvolve no cotidiano dos cuidados nos espaços de luta, nas reuniões, nas atividades do Movimento, e na própria vivência nos assentamentos e acampamentos e nos mostra não só uma dimensão educativa do trabalho, como também a potencialização dessa dimensão educativa dentro do movimento social. Em outras palavras, é no cotidiano do trabalho que as mulheres aprendem seu ofício de cuidadoras, mas este aprendizado só é possível dentro de um contexto no qual as sinergias coletivas são favorecidas, isto é, o contexto do movimento social.

Assim, podemos pensar na práxis como totalidade de um processo que envolve trabalho e formação e que engloba os seis ingredientes da competência, mas que não deixa de ser impulsionada pelo ingrediente 6:

[...] daí *sempre militando no setor de saúde* e fui fazendo outros cursos, estudando mais, aprendendo mais e conversando com outras pessoas mais velhas, pesquisando e assim foi toda a minha trajetória dentro do setor... Participando de curso de formação, participando junto com outras pessoas, ampliando o conhecimento e também transmitindo aquilo que eu sabia, aquilo que eu já tinha conhecimento. Acho que foi isso... É sempre uma troca de conhecimento (ST2, 2017).

Observa-se, portanto, que os movimentos sociais podem potencializar a dimensão formativa do trabalho. Para Arroyo (1998), no interior dos movimentos sociais, a teoria pedagógica em interface com a relação trabalho e educação se enriquece, ao recuperar matrizes constitutivas da formação humana, mostrando-nos uma dimensão educativa dos movimentos sociais.

Por outro lado, é preciso olhar para essa dimensão pedagógica que se instala no interior do movimento social a partir das oportunidades que ele cria de acesso aos saberes constituídos. No movimento social este acesso não só é favorecido como também a suposta

neutralidade do saber é colocada em questão, quando se indaga que tipo de saber, para quem e qual finalidade (ARROYO, 2007).

[...] se eu não estivesse no Movimento eu não tinha me formado, nem a metade do que eu sei hoje. Eu acho que é muito importante estar dentro do Movimento, porque se eu tivesse lá fora eu não tinha aprendido o que eu já aprendi dentro do Movimento. Eu já aprendi muita coisa no Movimento, eu acho muito importante pra mim o Movimento (ST3, 2017).

Eu acho que fora do MST a gente não ia ter contato com tanta pessoa, com tanto conhecimento. Eu acho que só dentro de uma organização que a gente consegue ter acesso aos tipos de formação que nós tivemos. [...] eu acho que toda a formação que eu tenho hoje é por conta do MST. Antes a gente vivia muito separado, muito isolado e dentro de um coletivo a gente consegue aprender mais, então eu acho que tudo o que eu aprendi e todos os cursos que fiz, que eu consegui fazer foi por conta do MST. Se fosse fora do MST eu não ia conseguir fazer (ST2, 2017).

Nessa perspectiva, a cuidadora ST9 traz considerações sobre o estudo, para além da formação como cuidadora, na formação humana e militante do conjunto dos Sem Terra:

Eu acho que nós sempre temos que estar estudando, sempre estar estudando..., é um [vício] por estudo... um princípio do MST, inclusive quando eu fui pra Cuba, pra Medicina eu sabia disso, que toda a militância tinha que estudar e fazer cursos nesse sentido, de você estar sempre em constante formação (ST9, 2017).

Ribeiro (2012) destaca o avanço que representa os cursos de formação para o MST, ao possibilitar o acesso aos saberes escolares para uma população historicamente desprovida do acesso a este saber. Vale lembrar que, no campo, ainda hoje, observamos os menores índices de analfabetismo. Nessa perspectiva, Arroyo (2007) afirma que os movimentos populares radicalizam ao colocar o conhecimento no plano dos direitos coletivos.

Assim, para além do aprendizado do ofício no contexto do movimento social, o MST educa por propiciar a formação de um novo sujeito social, que, de acordo com Caldart (2004), perpassa por transformar:

[...] trabalhadores desenraizados em uma coletividade em luta que se produz como uma identidade que primeiro é política, mas que se torna também cultural à medida que recupera raízes, recria relações e tradições, cultiva valores, inventa e retrabalha símbolos que demonstram os novos laços sociais, e assim faz história (CALDART, 2004, p. 32).

Nessa perspectiva, é importante reconhecer o papel formativo da ocupação de terras, da resistência embaixo da lona preta, das lutas e mobilizações e do primeiro café de

acampamento, como nos conta ST2 sobre a formação de cuidadoras em um contexto distinto do vivenciado pelas cuidadoras do Rio Doce:

Pessoal vai cheio de boa intenção, são muito sábios, tem muito conhecimento acumulado, mas eles não passam por essa purificação da lona preta, que é onde soma todo aquele conhecimento que você aprende com a sua resistência debaixo da lona. Aquele chazinho, ou ficar dois dias no hospital regional com a criança doente. Eu penso que é isso aí que falta, esse sentimento. Igual quando agente discute que o melhor café que agente toma é o primeiro café de acampamento. Que é um café com cheiro de esperança, com gosto que você entrou na terra mesmo que é pra ficar, junta com o medo daquele momento de chegar o pistoleiro, com a coragem de estar todo mundo, a vontade de tomar o café, aquele café que vai espantar o sono. Acho que dá pra somar o chazinho que você oferece para uma pessoa (ST2, 2011).

[...] eu me considero uma ótima médica porque acho que muito além do conhecimento técnico tem a questão humana. Com certeza de onde eu venho isso influencia a minha história..., eu sou filha de assentados do MST, eu passei por todo processo de luta desse assentamento nosso aí..., eu fui acampada, com sete anos de idade eu fui para o acampamento, então tudo isso faz parte da minha formação enquanto pessoa, enquanto ser humano. Isso obviamente influencia na minha prática porque eu me identifico com aquelas pessoas que estão ali. Eu venho do mesmo lugar que a maioria das pessoas que estão ali, que eu vejo todos os dias, então eu consigo entender o universo daquelas pessoas, a questão social que às vezes é muito difícil e que determina muito a saúde, e a prática dentro da nossa organização que com certeza determina como eu cuido das pessoas porque a gente consegue ver a saúde muito mais ampla do que só um medicamento, um remédio, um médico (ST9, 2017).

Ou seja, é no cotidiano das relações estabelecidas dentro do Movimento que se observa a infiltração de um histórico de saberes e valores sobre o cuidado em saúde. O cotidiano aqui não deixa de assumir o sentido do extraordinário, por se referir à dinâmica de luta de um movimento social que, por se realizar em um período maior de tempo, torna-se cotidiano (CALDART, 2004).

Essa formação sociocultural advinda do Movimento, através dos seus valores e princípios organizativos, propicia uma formação diferenciada no âmbito da saúde, que perpassa por compreender a sua relação com cuidado com a terra e com a natureza, isto é, uma visão integral do ser humano e de saúde, a partir dos seus determinantes sociais e ambientais (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007; MATTOS, 2001).

[a saúde] vem da questão dos princípios organizativos do Movimento e dos valores; desse respeito à coletividade, do respeito ao cuidar da terra..., e ao cuidar da terra você aprende a cuidar também do ser humano, porque o Movimento assim como os índios trata a terra como mãe. À partir do momento que você compreende isso, você começa a cuidar da terra como mãe e a cuidar das pessoas também como a terra, e o Zé Pinto já falou isso na música dele... “Que a gente cuida da terra e ela cuida da gente” (ST8, 2017).

Eu acho que não só no setor de saúde, mas dentro das áreas do MST, as pessoas que são do Movimento, as famílias assentadas, acampadas, todo mundo tem uma visão de saúde um pouco mais ampliada do que esse conceito tradicional de saúde... Eu acho que se você perguntar pra qualquer pessoa... “- O que é saúde pra você...?”. Todo mundo vai remeter ali a ter terra... “- Ah, eu tenho que ter terra pra eu trabalhar, eu tenho que ter alimento saudável...”, e essas coisas elas vem do debate do Movimento, porque as famílias que são dos assentamentos, dos acampamentos e que estão no MST, e mesmo que não estejam ali diretamente nas lutas, mesmo que sejam famílias que não estejam vinculadas diretamente aos debates o MST tem influência na vida das pessoas e o pensamento das pessoas é diferente e, com certeza, conseguem ver a saúde como algo muito mais amplo do que só a saúde física, mental... Conseguem ver que a saúde pra se ter um bom estado físico, um equilíbrio físico, mental e psicológico, só mesmo tendo acesso ao uso dos direitos..., é ter casa, ter terra, ter onde trabalhar, ter onde morar, ter onde estudar... Também ter acesso ao serviço de saúde, porque isso também é importante. Então eu acho que esse conceito ele é mais amplo (ST9, 2017).

Ainda que esta “mudança de visão” não se restrinja às cuidadoras, certamente resulta da infiltração de um patrimônio histórico de saberes e valores do setor de saúde no conjunto do movimento social, como nos conta ST7:

Quando eu vim pro Movimento a gente entendia que saúde era esperar a pessoa adoecer. A pessoa adoeceu, ela vai ficar sem saúde, tem que levar pro médico; tem ainda algumas pessoas que tem essa cultura, de estar sempre indo em posto de saúde. Então a gente tenta mostrar pra eles que saúde não é isso, não é só a pessoa adoecer, não é só aquele monte de remédio que a saúde biomédica trás, e que às vezes ajuda em uma coisa e atrapalha outras dez [...] Então tem muita gente que, quando vem, às vezes de ouvir falar da saúde do Movimento não vai mudar, mas quando vem para os nossos espaços e participa com a gente das oficinas, e quando acompanha o setor de saúde e as nossas práticas muda totalmente o modo de ver, muda totalmente o modo de ver e sempre acaba se inserindo. É raro a gente fazer uma oficina e o pessoal não ficar emocionado, não ficar interessado e participar com a gente (ST7, 2017).

Daros, Dellazeri e Andreatta (2007, p. 130-2) reconhecem que nos anos iniciais de luta pela terra, o trabalho em saúde no Movimento orientava-se por uma perspectiva biomédica de saúde (BARROS, 2002). Com a fundação do setor de saúde no final dos anos 1990, importantes reflexões sobre direito à saúde, educação em saúde, vida saudável e sua relação com a transformação social no MST foram incorporadas as linhas estratégicas do setor. Sem negar a importância de dar respostas às necessidades de acesso aos serviços de saúde por parte das famílias, essas reflexões possibilitaram o redimensionamento do foco da saúde, para compreendê-la a partir da sua relação com aspectos os socioeconômicos, políticos e culturais:

Essa mudança diz respeito a deixar de olhar exclusivamente para o indivíduo (“doente”) e passar a compreender as relações e o cotidiano da vida comunitária e, nesse espaço, promover ações de saúde libertadoras (aqui se percebe a importância da educação). *Libertadoras* quer dizer relacionadas ao desenvolvimento de ações

que coloquem as pessoas como sujeitos conscientes das melhorias das condições de vida. Dito de outro modo, vincular a ação na área da saúde à compreensão (reflexão) dos diversos fenômenos que a envolvem (DAROS; DELLAZERI; ANDREATA, 2007, p. 133, grifo dos autores).

Um relato das experiências em saúde nos assentamentos e acampamentos do MST realizado pelo Setor Nacional de Saúde, em 2005, mostra-nos que, de modo geral, estas proporcionavam um aprendizado compartilhado na vivência do processo saúde-doença-cuidado, bem como diante das práticas educativas que contribuem para a valorização dos conhecimentos ancestrais, das técnicas de produção de fitoterápicos e do reconhecimento da solidariedade dos coletivos (MST, 2005).

E compreender o histórico de constituição desse patrimônio coletivo de saberes e valores do setor de saúde é fundamental para dar prosseguimento a uma práxis do cuidado em saúde no contexto do MST, pois a consciência da práxis passa por compreender que seus atos estão relacionados aos atos dos demais (VÁZQUEZ, 2007), como nos conta ST8:

Eu procuro muito em todos os espaços trazer o surgimento do setor, desde a luta pela terra, e aí Minas Gerais eu sempre trago a ST2 como o nosso embrião, como a semente que foi aqui na região.
Então as pessoas que vão chegando, os novos tem que saber desta historia, tem que saber dessas pessoas e tem que saber de onde saiu isso, porque daí pode ser que começa a individualizar o processo, igual a gente sempre debate... “Gente, nós aprendemos com outras pessoas e eu posso trazer isso” (ST8, 2017).

Em alguns depoimentos é possível perceber, também, um processo de formação no interior do MST que passa por aprender a ser companheira, a ser paciente, a se tornar mais humana, a romper com os preconceitos, a lutar por seus direitos, a não se deixar mais humilhar e a se encorajar:

Eu aprendi dentro do Movimento é ser mais companheirismo com as pessoas; isso aí eu aprendi, a ser muito companheiro com as pessoas. Lutar quando a gente quer lutar a gente luta por aquilo, todo mundo reunido, e lá fora não, é cada qual pra si e Deus pra todos (ST3, 2017).

O Movimento me ajudou muito nessa questão de ser mais humana, de ser mais calma; isso ajudou muito tanto no meu pessoal quanto na minha família também, ajudou muito. [...] Porque antes eu era assim, por mais que eu era nervosa, mas eu era uma pessoa intimidada, tinha medo de discriminação...; tinha medo de muita coisa, então eu era mais retraída, e depois que eu vim pro Movimento eu criei força pra mim lutar.... (ST7, 2017).

Há dez anos atrás eu pensava nessa questão do LGBT; essa questão ficava ainda uma interrogação; da questão das mulheres... Hoje eu já tenho outra mente a respeito disso, já tenho outra abertura, e também da minha própria história de vida de ser

negra. Então isso fez com que me fortalecesse muito, de ser mulher, de ser mulher que já passou por um monte de coisa, de violência, de tudo... teve um momento que eu não me enxergava por não ter sabedoria, não ser sabida, e o Movimento fez com que... “- Pô, ST4, você é uma dessas mulheres, que apanhava, que sofria, que chorava, que passava fome e que já passou por tudo”; eu não me via. A formação do MST, os cursos, fez com que essa mulher encaixasse, e eu consegui me encorajar também e fazer parte deste grupo, dessas mulheres e tocar a minha vida com autonomia [...] E o Movimento me ensinou este jeito de viver.[...] Um jeito simples, um jeito mais humilde, mas me ensinou a viver. Sem arrogância, sem... esse jeito mais carinhoso, mais cuidadoso (ST4, 2017).

Trata-se de valores fundamentais para o exercício do trabalho de cuidados em si e refletem o conceito de saúde do MST, para o qual a saúde é a capacidade de lutar contra o que nos agride e nos ameaça, e a intervenção em saúde deve fortalecer essa capacidade de lutar (MST, 2007).

Dessa forma, outra característica se desponta da análise do coletivo de saúde: as ECRP atuam como lugar de trânsito entre o polo dos debates e dos valores que estão no nível político (global) e o polo local, cujos valores do plano global se desenrolam nas atividades, isto é, no território. Trata-se de um movimento dialético (de via de mão dupla) entre as dimensões macro e micro. Os valores globais não só impactam os valores locais, como estes também remetem aos globais via ECRP (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Ademais, o processo de formação das cuidadoras do MST guarda certa semelhança com as experiências registradas pelo Setor Nacional de Saúde do MST, ao afirmarem que a formação dos cuidadores da saúde:

[...] ocorre no próprio processo de caminhada da construção de novas relações e valores que promovem a saúde que passa por repensar a saúde em contraste com os conceitos e valores relacionados com a doença, incorporados ao longo de sua história de perdas e exploração a que vinham sendo expostos. [...] E assim, ao ir construindo no caminho o resgate da dignidade e autoestima das famílias, se resgata também antigos valores e sabedorias de promoção da vida esquecidas na memória, na cultura e na história (MST, 2005, p. 9).

Caldart (2001) ao estudar as matrizes pedagógicas que formam os militantes do MST reconhece que estes se educam no movimento da organização coletiva de que são sujeitos, e que os produz como sujeitos. Nas palavras dessa autora:

À medida que os sem-terra se enraízam na organização coletiva que o produz como sujeitos, passam a viver experiências de formação humana encarnadas nesta trajetória. Mesmo que cada pessoa não tenha consciência disso, toda vez que toma parte das ações do Movimento, fazendo uma tarefa específica, pequena ou grande, ela está ajudando a construir esta trajetória e a identidade Sem Terra que lhe corresponde; e está se transformando e se reeducando como ser humano (CALDART, 2001, p. 215).

Assim, é importante reconhecer o os Sem Terra como sujeitos que produzem cultura, a partir de uma “forte dimensão de projeto, ou seja, de algo que ainda não é, mas que pode vir a ser” (CALDART, 2004, p. 35).

7.7 VALIDAÇÃO E LEGITIMAÇÃO DOS SABERES DE CUIDADO DAS MULHERES DO MST

Os relatos de cuidados das mulheres do MST nos mostram que, em geral, trata-se de experiências exitosas de cuidados, atestando-se certa qualidade, segurança e eficácia dos tratamentos.

Por exemplo, supomos que... Deus ainda não deixou, mas se caso eu tivesse feito alguma coisa que não tivesse dado certo, aí o resultado seria negativo, iria desmotivar e iria me amedrontar. Mas eu nunca passei por isto. Todas as vezes deram certo (ST1, 2011)

O remédio do mato só sara aquele ou não sara e pronto. Geralmente você faz uma dosagem certa e toma de acordo, ele faz bem. Pelo menos os que eu tenho feito, os que tenho tomado e dado para os outros hoje só fez bem. Não fez mal a ninguém (ST5, 2011)

O resultado dos tratamentos pode ser atestado por meio dos próprios pacientes que, em geral, retornam para agradecer, trazer um presente, materiais para a produção dos remédios, ou, ainda, um amigo ou um parente para receberem cuidados.

Até quem foi atendido, eu até já te contei a história, acaba sendo um multiplicador. Por quê? Porque ele é atendido, daí fala pra frente e um parente dele ou um vizinho ou um conhecido quer passar pelo tratamento e procura a gente. É uma forma de multiplicar a terapia, o tipo de tratamento alternativo, a medicina natural, né... (ST1, 2011)

Para Charlot (2000, p. 63), o saber é produzido a partir de uma “história coletiva” e está sujeito a “processos coletivos de validação, capitalização e transmissão”. É resultado das relações epistemológicas entre os homens, os quais são, sobretudo, sociais. Assim, um saber tem validade ao passo que determinada sociedade considerá-lo com valor e digno de difusão.

As cuidadoras relatam inúmeros casos de cuidados bem sucedidos, envolvendo as famílias do MST. Assim, são histórias e mais histórias que nos mostram a utilidade deste saber:

Já tratei de uma menininha que o médico enganou ela. Ela estava com pneumonia. Eu tratei dela com pé de galinha... O sumo do pé de galinha e o picão, e o medico falou com ela... Daqui a três dias você volta aqui. E daí quando ela voltou o médico perguntou o que ela tinha dado que a menina reagiu... Quer dizer, foi o remédio que melhorou depressa e ela não teve mais (ST5, 2011)

Tinha uma menina lá também que chorava muito desde bebê no acampamento. Ela não deixava a mãe dela atravessar a rua sozinha. Aí nós destilamos o remédio lá... Alecrim e alfazema e um outro alecrim lá. Foram três tipos de folha. Eu falei assim... “Dá essa garrafinha de chá pra ela até acabar, tantas doses por dia...” Acabou o choro da menina... [...] Acabou o desassossego da mãe. Ela não tinha sossego, né... (ST5, 2011)

Eu atendi uma pessoa por telefone e fiz algumas orientações e ela falou... “- Gente, eu nunca imaginava que eu ia passar uma noite...”; “- Massagem nos pés ia me ajudar a dormir. Eu não sabia que botar uma água quente no pé, usar uma essência na casa...”, aí ela fala que toma Rivotril, toma um monte de remédio controlado, e que com isso começou a dormir... já tem uns nove dias já, tá muito contente e tá sem remédio (ST4, 2017).

Podemos dizer que o processo de validação desses saberes de cuidado desenvolve-se a partir de um uso popular no contexto de um movimento social que legitima e confere status a esses saberes (TESSER, 2012), com base na eficácia instituída pela práxis.

Em alguns momentos, as sinergias do trabalho coletivo são fundamentais para cuidar dos casos mais críticos, como no relato de ST2, em que parecia não haver mais esperanças de recuperação da paciente. Neste relato, nota-se também, o quão fundamental foi a utilização de vários recursos terapêuticos de forma integrada:

Tem uma menina que ainda vem aqui passear e me encontrar. Ela teve uma doença muito grave no fígado e agravada por uma hepatite... ela chorava noite e dia e os médicos não tinham mais como cuidar dela, aí a mãe pediu que a gente cuidasse. Nós criamos uma equipe e fomos cuidar dessa menina...; os médicos já tinham mandado pra casa como se não tivesse mais jeito. E aí nós fomos cuidando com argila, com chá, com os remédios e com alimentação e hoje ela tá uma moça linda. Consegui recuperar a saúde e hoje ela tá ainda a procura, até pra poder ensinar para outras pessoas o tratamento que a gente fez. Então pra mim esse é um dos bem sucedidos... (ST2, 2017).

Se por um lado é importante a apropriação dos saberes constituídos acerca dos recursos terapêuticos, por outro lado, no processo de validação dos saberes, as mulheres renormalizam a todo o momento, isto é, recriam as normas e os saberes do cuidado, como nos conta ST2:

Porque todas as vezes que a gente reunia, trazia uma pessoa que falava de algum assunto, e também, estudando, pegando livros, pegando as melhores experiências e enriquecendo essas experiências. Fazendo as próprias experiências da gente com determinada planta. A gente não pode ficar só com a experiência de outras pessoas, tem que construir as experiências da gente. [...] A gente aprendia uma coisa, testava e ia melhorando a forma de uso. Ia melhorando o jeito de colher. Isso que a gente foi acumulando até hoje desses experimentos de conversar com as pessoas e fomos transformando essas experiências que eles já tinham (ST2, 2011).

Ou seja, observa-se uma infiltração do histórico no protocolo inicial, de forma a melhorar a “receita”. Na validação dos saberes não há espaço para a práxis repetitiva, mecânica, demandando-se um tratamento ajustado para cada caso, uma dialética entre os ingredientes 1 e 2 das competências:

Muita gente passa mal de pressão alta, chega lá com muita dor na nuca e a gente vai medir a pressão e a pressão tá alta... aí a gente faz a massagem da orelha e confere a pressão dela de novo e a pressão já abaixou, então tem muitas práticas que são eficazes e que a gente tem feito. Lógico que tem umas que não é o que serve pra você e que vai servir pra mim (ST7, 2017).

Além disso, como podemos ver na fala de ST4, esta eficácia está relacionada a um engajamento no trabalho e na relação com o saber, que leva a cuidadora a se desafiar constantemente para “dar conta” das demandas de cuidado que lhe aparecem:

Quando eu vejo uma pessoa, por mais que esteja doente, carente, machucado, eu acredito que eu vou dar conta, e desse tempo todo que eu cuido de gente, nunca aconteceu de eu desanimar com ninguém... isso que me anima, eu nunca desanimei com um paciente, com uma pessoa. Eu sempre acreditei que vai dar certo, que eu vou cuidar e que a pessoa vai se dar bem, e até hoje essa minha formação que me ajudou, essa fortaleza que me ajuda tem me dado esta resposta positiva, de não deixar pra trás, de não abandonar o caso... “Não, sempre deu certo!” (ST4, 2017)

Por fim, vale ressaltar a importância da sistematização nesse processo de validação dos saberes do cuidado. Em sua entrevista, ST2 discute a importância de uma estratégia de pesquisa sobre os saberes do cuidado, que passa por registrar os casos, as escolhas terapêuticas, incluindo dosagens, duração de tratamento e resultados alcançados. Assim, apesar das cuidadoras afirmarem que os tratamentos devem ser ajustados a cada caso, há, também, sempre, uma dimensão do protocolo, um saber em desaderência que pode servir de

norma antecedente para outras situações de cuidado. E é justamente este saber em desaderência que lhe interessa registrar:

[...] o que eu tenho dificuldade é de colocar no caderno toda a nossa experiência. Eu acho que esse é um desafio que a gente ainda precisa fazer..., escrever as experiências, porque às vezes tem uma planta que dá certo, um tratamento que dá certo, mas a gente não consegue fazer de novo porque não tem nada escrito; nós não conseguimos fazer isso, fazer um relato. A gente tem um relato de pessoas que a gente trata... tem um caderno onde a gente coloca os nomes, as plantas que usou, mas a gente não conseguiu ainda fazer um relatório desses tratamentos, até pra depois de um tempo a gente fazer a comparação e ver o que é que dá certo, o que não dá. Acho que esse é um desafio da gente ainda. [...] O que precisava mais é a gente ter esse acompanhamento... do que a pessoa melhorou, do que ainda precisa fazer... (ST2, 2017)

Fischer (2003) reconhece que a questão da produção, validação e legitimação dos saberes da experiência constitui-se uma problemática histórica, que perpassa pela luta das camadas populares em se reconhecerem e se descobrirem como sujeitos das práxis. Diante dessa problemática, os processos de educação popular de sistematização de saberes podem cumprir papel fundamental.

Para a ergologia, atividade do trabalho é, a todo o momento, uma investida em transformar um projeto em patrimônio, de modelar o meio em função dos valores próprios, que variam conforme as pessoas, a história e as culturas. No momento em que a pessoa consegue mostrar que ele converteu seu meio em patrimônio, seu envolvimento na história adquire sentido (SCHWARTZ, DURRIVE, 2010).

Dessa forma, no processo de validação e legitimação dos saberes do cuidado as inúmeras experiências exitosas construídas com base na práxis atestam segurança, qualidade e eficácia desses saberes. Trata-se de processo que perpassa pela via social, uma vez que ainda são inúmeros os desafios à validação das medicinas alternativas e complementares (TESSER, 2012), especialmente quando adotadas por cuidadoras e cuidadores populares. Neste processo, destaca-se a importância da integração dos saberes, das sinergias do trabalho coletivo, da incorporação dos saberes constituídos, da infiltração pelo histórico, da capacidade de constituir um tratamento ajustado para cada caso, de se engajar no trabalho e na busca pelo saber e, por fim, da sistematização dessas experiências. Assim, a validação e a legitimação dos saberes das cuidadoras do MST, perpassam pelo reconhecimento dessas mulheres como sujeitos da práxis e, portanto, pela recuperação do significado de se valorizar os saberes da experiência (FISCHER, 2003).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta seção, identificamos os principais resultados da pesquisa sobre o cuidado em saúde de mulheres do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) da região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, Brasil. Nessa pesquisa, buscamos caracterizar o trabalho de cuidado em saúde desenvolvido pelas mulheres do MST; analisar a dinâmica da produção, mobilização e validação dos saberes do cuidado; verificar a presença dos saberes constituídos no cuidado em saúde; e analisar a práxis do cuidado dessas mulheres.

Para a realização da pesquisa, utilizamos o aporte metodológico da pesquisa qualitativa e os instrumentos da observação participante e da entrevista semiestruturada. Foram entrevistadas oito mulheres, com idade entre 29 e 63 anos, sendo a maioria integrante do setor regional de saúde do MST. Esses dados se somaram aos previamente coletados por ocasião da pesquisa de mestrado. Para análise dos resultados, foi utilizado o aporte teórico da abordagem ergológica, no que tange os ingredientes da competência, e da filosofia da práxis, em diálogo com referenciais sobre cuidado em saúde e medicina alternativa e complementar, da Saúde Coletiva.

Observou-se que o cuidado ofertado pelas mulheres do MST envolve uma série de recursos terapêuticos no âmbito da medicina alternativa e complementar que incluem plantas medicinais e fitoterapia, terapia floral, homeopatia, argiloterapia, moxabustão, reiki, aromaterapia, reflexologia, escalda-pés, massoterapia, do-in, limpeza de ouvido, carvão e radiestesia. Tais recursos podem vir acompanhados de recomendações sobre alimentação saudável e cuidados espirituais e, geralmente, são utilizados de forma simultânea e complementar à medicina científica ocidental. Em geral, são ofertados em suas comunidades, nas demais áreas de reforma agrária, nas atividades do MST e nas lutas e mobilizações.

Na análise da dinâmica de produção e mobilização dos saberes do cuidado das mulheres do MST, podemos identificar algumas normas antecedentes transformadas em patrimônio a partir da experiência do trabalho coletivo: o princípio do centralismo democrático; os ensinamentos do Setor de Saúde do MST; e o cuidado como relação intersubjetiva. O primeiro ingrediente da competência pode ser percebido, por exemplo, na apropriação das técnicas da medicina alternativa e complementar, no que se refere à produção e utilização desses recursos terapêuticos; na apropriação dos conceitos de cuidado em liberdade e redução de danos no cuidado às pessoas com sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas; e na apropriação do conceito de acolhimento, na construção do cuidado como relação intersubjetiva. É possível perceber uma apropriação desses saberes de

forma reflexiva, à medida que estes propiciam a transformação do trabalho de cuidados, formando uma unidade indissolúvel entre trabalho e saberes ou teoria e prática, na práxis.

Mas se é verdade que toda atividade de trabalho é, por um lado, apropriação de um protocolo inicial, também é verdade que ela é, sempre, experiência ou encontro. Assim, no trabalho de cuidados, a dimensão gestonária e a infiltração do histórico no protocolo se evidenciam na mobilização do corpo-si que se expressa, entre outras formas, na prontidão, na entrega e na solicitude para com o outro. Trata-se de uma competência de difícil enunciação e sistematização, cuja formação se dá por meio da própria operatividade, ou seja, na vivência do próprio trabalho. Um saber que é recriado a todo o momento em que há demanda do cuidado, processo que também pode ser analisado face à práxis criadora, para a qual há necessidade de uma mente sempre presente.

A apropriação do ingrediente 3 das competências pode se percebida através de um cuidado que articula o domínio do protocolo inicial, que se expressa desde o acolhimento, a escuta qualificada, ao domínio dos recursos terapêuticos, por exemplo, com a capacidade de gerir as infidelidades do meio, no que tange ao cuidado de um paciente singular. Isso requer uma série de informações sobre o paciente, para melhor compreender a queixa, suas possíveis causas e riscos de efeitos adversos. Por outro lado, o cuidado demanda uma mente sempre presente, para lidar com os desafios da segurança, da eficácia e da qualidade. Observa-se aqui uma práxis do cuidado, uma unidade insolúvel entre trabalho e saberes, que dê conta de fazer as leituras dos contextos e encontrar as melhores respostas terapêuticas para cada caso.

Entre os valores que orientam o trabalho de cuidado das mulheres Sem Terra e impulsionam o seu agir competente destacamos o cuidado como possibilidade de humanização e fortalecimento daquela que cuida, a crítica aos processos de medicalização social, a promoção da autonomia e da solidariedade, a preferência pelos recursos da natureza e por técnicas e saberes simples e de fácil socialização. Por outro lado, observamos que o meio de trabalho impõe uma série de limitações que envolvem o alcance do cuidado diante da amplitude das necessidades de saúde das pessoas, a carência de estrutura para desenvolver o cuidado, o desafio de se dedicar às inúmeras demandas postas pelo MST e a necessidade de se garantir a autossustentação dessas mulheres. Assim, no trabalho de cuidados as mulheres vivem uma dramática do uso de si, diante da qual o corpo-si precisa reagir, fazer uso de si, de forma a transformar a relação com o meio a partir das suas escolhas.

De modo geral, as mulheres do MST se engajaram no trabalho de cuidados por três motivos: pela apreensão dos saberes das terapias naturais como parte da socialização primária da cultura camponesa; por necessidade própria de saúde ou de algum familiar; e por

dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Observou-se que as mulheres cuidadoras do MST vivenciam situações limites em decorrência das condições de vida e saúde no campo e encontram, no trabalho de cuidado coletivo, a possibilidade de construção do inédito viável. Observou-se, ainda, que a relação com o saber do cuidado passa por uma relação social de gênero, que repercute em diferentes relações epistêmicas com o saber.

Chama atenção a mobilização das mulheres para o trabalho de cuidados, expressando um diálogo com o meio que elas buscam recortar como seu, ou seja, transformá-lo em patrimônio. Para as cuidadoras não há diferença entre tempo livre e tempo de trabalho, o que supõe um engajamento do corpo-si na tarefa, que se expressa em estado permanente de prontidão, esforço, doação, paciência e persistência. Mas esse mesmo corpo-si que se engaja na atividade, muitas vezes se coloca em segundo plano e pode chegar ao extremo do adoecimento no trabalho. Neste, as mulheres assumem sua forma de vida e autocuidado como exemplo para as demais pessoas. O uso de si revela-se na importância de ser coerente consigo mesmo, de manter a unidade entre o que se diz e o que se faz (práxis), de se colocar como exemplo dos valores a serem construídos no movimento social. Mas esse processo também pode ser percebido no sentido inverso, pois ao se mudarem as circunstâncias, muda-se também o sujeito e vice-versa.

Esse mesmo engajamento pelo trabalho pode fundamentar uma necessidade de maior aprendizado sobre os saberes do cuidado, inserindo as mulheres em um movimento de busca por saber mais, com base no acesso aos saberes constituídos e na produção dos saberes investidos e situando-as no movimento da práxis. Mas se por um lado é possível perceber que cuidadoras se engajam, constantemente, na busca pelo saber, também podemos perceber certa tensão em torno da articulação entre o estudo e o trabalho no cotidiano do setor de saúde. Tal tensão reflete diferentes relações epistêmicas com o saber, bem como diferentes visões acerca da práxis, que em alguns casos se aproxima de uma perspectiva reflexiva da práxis e em outros, de uma perspectiva espontânea ou pragmática.

Cada cuidadora apresenta sua contribuição de saberes que se complementam e se integram no trabalho coletivo de cuidado, a partir das sinergias das entidades coletivas relativamente pertinentes. Nesse coletivo de trabalho observa-se, em alguma medida, o que Schwartz e Durrive (2010) denominam por uma “verdadeira sinfonia sem maestro”, em que cada integrante sabe sua tarefa e o momento de atuar. Isso só é possível, pois no interior do coletivo se estabelece uma relação de igualdade, de cooperação, de solidariedade e um projeto comum, de forma a possibilitar as trocas e sugestões. A solidariedade entre as cuidadoras se

expressa não só no trabalho em si, mas também nos momentos de cuidados coletivos e de escuta qualificada.

Outro aspecto presente na análise das sinergias das ECRP refere-se à dimensão formativa que se inscreve no cotidiano do trabalho de cuidados dessas mulheres, que proporciona a socialização e a produção dos saberes de cuidado a todo o momento em que o coletivo se reúne para desenvolver seu trabalho. Assim, no cotidiano do trabalho as mulheres aprendem os saberes do cuidado, em um contexto em que as sinergias coletivas são favorecidas (o movimento social). Destaca-se, ainda, o processo de socialização de saberes nos espaços de lutas e mobilizações.

Mas para além do aprendizado do ofício no contexto do movimento social, o MST educa por propiciar a formação de um novo sujeito social. Ressalta-se o papel formativo da resistência cotidiana no movimento social, que propicia uma formação diferenciada no âmbito da saúde, e perpassa por uma visão integral do ser humano e de saúde e pela socialização dos valores humanistas. Assim, o coletivo de saúde, enquanto uma ECRP, atua como um lugar de trânsito entre o nível macro e o nível micro. Ou seja, o MST impulsiona a práxis do cuidado, ao proporcionar um processo de reflexão e ação transformadora em torno da saúde na reforma agrária.

Os relatos das cuidadoras sobre as experiências de cuidado em saúde nos mostram que, em geral, trata-se de experiências exitosas, onde é possível atestar certa qualidade, segurança e eficácia dos tratamentos. Neste processo, destacam-se a importância da integração dos saberes, das sinergias do trabalho coletivo, da incorporação dos saberes constituídos, da infiltração pelo histórico, da capacidade de constituir um tratamento ajustado para cada caso, de se engajar no trabalho e na busca pelo saber e, por fim, da sistematização destas experiências. Assim, a validação desses saberes de cuidado desenvolve-se a partir de um uso popular no contexto de um movimento social que legitima e confere status a estes saberes, com base na eficácia instituída pela práxis. Por tanto, este é um processo que perpassa pelo reconhecimento dessas mulheres como sujeitas da práxis.

Vale ainda lembrar que tais saberes se apreendem nas experiências diversas, entre as quais destacamos o aprendizado familiar, a participação em cursos, o acesso a materiais didáticos, a experiência do trabalho e, especialmente, o trabalho coletivo do setor de saúde. Por certo que esses saberes não são apropriados de forma homogênea entre as diversas integrantes desta pesquisa, o que varia de acordo com o histórico e a experiência de cada cuidadora e a relação com o saber. Com isso, tais experiências nos mostram que estas mulheres criam e recriam cultura, saberes e valores, os quais devem ser respeitados,

considerados e valorizados no trabalho, nos processos de formação e na vida. Por outro lado, nos mostram que este é um trabalho que demanda tempo de formação, que não acontece em um curto período, e ainda, que todos os saberes são importantes para a formação da cuidadora, desde os saberes constituídos aos investidos, dos saberes tido como mais técnicos, aos relacionados ao domínio de uma atividade, passando, inclusive, pelos saberes relacionais.

Dessa forma, o estudo acerca do cuidado em saúde de mulheres do MST nos leva a constatar uma complexidade existente neste trabalho, confirmando um dos pressupostos centrais da abordagem ergológica: de perto nenhuma atividade é simples!

Espera-se que resultados dessa natureza possam subsidiar a gestão do SUS, os movimentos sociais, o controle social e as instituições de ensino na proposição de políticas de educação e de saúde mais adequadas e sensíveis à realidade de vida no campo, bem como processos pedagógicos que considerem as experiências e a produção de saberes desses coletivos. Além disso, espera-se que resultados dessa natureza possam subsidiar processos de formação de profissionais do SUS, seja para atuar na atenção básica à saúde, seja para atuar com as práticas integrativas e complementares.

Reforçamos a importância de se proporem estratégias de implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, uma vez que tal proposta congrega estas e outras reflexões sobre a saúde do campo. Reforçamos, também, a importância de se criarem estratégias de implementação da Política Nacional de Práticas Interativas e Complementares para a população do campo, uma vez que tais recursos terapêuticos, mais uma vez, se mostraram resolutivos, seguros e de grande aceitação por parte das famílias dos assentamentos e acampamentos.

Por fim, acreditamos que as pesquisas sobre o trabalho em saúde no MST apresentam, ainda, muitas facetas a serem exploradas, e podem trazer novas contribuições teóricas sobre a saúde do campo, os movimentos sociais, suas experiências e processos formativos. Uma dessas facetas é a investigação sobre os processos de validação e legitimação dos saberes de cuidado, alicerçados na medicina alternativa e complementar. Este é um tema de extrema importância, dado o contexto de recente implantação desses recursos terapêuticos no SUS, que não ocorre sem reações por parte dos setores mais conservadores do campo da saúde. Por isso, levantamos a importância de se investigar além dos processos de produção e mobilização de saberes do cuidado, para entrar no cerne dos conhecimentos terapêuticos propriamente ditos, ou seja, nos aspectos técnicos e epistemológicos desses saberes.

Dessa forma, as reflexões aqui expostas não têm o sentido de encerrar uma caminhada no campo dos estudos sobre o cuidado em saúde no contexto dos movimentos sociais, mas de

abrir novas perspectivas e caminhos a serem percorridos. Encerramos nossa análise com um depoimento da cuidadora ST4 que nos lembra que homens e mulheres são seres inconclusos, e por isso, em permanente processo de formação humana:

Acho que nós enquanto grupo, temos muito trabalho, temos, mas nos temos uma sabedoria grande, que pode expandir mais ainda (ST4).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, Naomar. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997.
- ANDRADE, João Tadeu; COSTA, Liduina Farias Almeida. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia Médica. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ARROYO, Miguel Gonzalez. Trabalho – educação e teoria pedagógica. In: FRIGOTTO, Gaudêncio. (Org.). **Educação e crise do trabalho**: perspectiva de final de século. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 138-165.
- ARROYO, Miguel Gonzalez. Os movimentos sociais e o conhecimento: uma tensa relação. In: Instituto Técnica de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária – ITERRA. II Seminário Nacional o MST e a Pesquisa. Cadernos do ITERRA. Ano 7, n. 14, dez 2007.
- AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004a.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004b.
- BARROS, José Augusto. Pensado o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan-jul. 2002.
- BEZERRA, Maria L.; BACELAR, Tânia. As concepções contemporâneas de ruralidade e suas singularidades no Brasil. In: MIRANDA, Carlos; SILVA, Heithel (Org.). **Concepções da ruralidade contemporânea**: as singularidades brasileiras. Brasília: IICA, 2013. p. 35-75.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- BOURDIEU, Pierre. *A Miséria do Mundo*. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático**: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo de Saúde das populações do campo e da floresta 2012/2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operativo_populacoes_floresta_2012_2015.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 4-13.

b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse preliminar do censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, 2000. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/sinopse_preliminar/Censo2000sinopse.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BRASIL. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Vamos conhecer o Brasil**. Nosso povo. Características da população. Brasília: Ministério de Planejamento. Disponível em: <<http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>>. Acesso em: 04 abr. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSYS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CALDART, Roseli Salete. O MST e a formação do sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 207-243, dez. 2001.

CALDART, Roseli Salete. **Pedagogia do Movimento Sem Terra**. 3 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

CAMPOS, Francisco Eduardo de; AGUIAR, Raphael Augusto Teixeira de; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 1011-1034.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANGUILHEM, Georges. Meio e normas do homem no trabalho. **Pro-posições**, Campinas, v. 12, n. 2-3, p. 35-36, jul-nov. 2001.

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

CARNEIRO, Fernando Ferreira; BURIGO, André Campos; DIAS, Alexandre Pessoa. Saúde no Campo. In: CALDART, Roseli Saete; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012. p. 696 - 699.

CARREIRA, Lígia; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber às práticas educativas**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. p. 157-182.

CHARLOT, Bernard. **Da relação com o saber**: elementos para uma teoria. Tradução de Bruno Magne. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 93 p.

CHARLOT, Bernard. Relação com o saber e com a escola entre estudantes de periferia. **Cad. Pesq.**, São Paulo, n. 97, p. 47-63, mai. 1996.

CIMBLERIS, Ana. **Utilização de plantas medicinais no assentamento Ho Chi Minh (MG), do MST**: pesquisa-ação. 2007. 180 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CUNHA, Daisy Moreira. **Atividade humana e produção de saberes no trabalho**. S/d. Disponível em endipe.pro.br/antiores/13/paineis/paineis_autor/T246-1.doc Acesso em 25ago2016.

CUNHA, Daisy Moreira. Ergologia. In: OLIVEIRA, Dalila Andrade; DUARTE, Adriana Cancelli; VIEIRA, Lívia Fraga. **Dicionário**: trabalho, profissão e condição docente. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010. [CDROM]. Disponível em: <http://www.gestrado.net.br/pdf/271.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CUNHA, Daisy Moreira. Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e

Pesquisa em Educação, 30., 2007, Caxambu. **Anais da 30ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação**. Caxambu: ANPED, 2007a. Disponível em:

<<http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT09-3586--Int.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

CUNHA, Daisy Moreira. Saberes, qualificações e competências: qualidades humanas na atividade do trabalho. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 28, 2005, Caxambu. **Anais da 28ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação**. Caxambu: ANPED, 2005. Disponível em: <[28reuniao.anped.org.br/textos/gt09/gt091188int.rtf](http://reuniao.anped.org.br/textos/gt09/gt091188int.rtf)>. Acesso em: 06 set. 2016.

CUNHA, Daisy Moreira. Trabalho, humana atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. especial 1, p. 25-35, 2013.

CUNHA, Daisy Moreira. (Org). **Trabalho: minas de saberes e valores**. 1. ed. Belo Horizonte: NETE/FAE/UFMG, 2007b.

DAROS, Diana; DELLAZERI, Dirlete Terezinha; ANDREATA, Marcelo. O Curso Técnico em Saúde Comunitária do IEJC. In: INSTITUTO TÉCNICO DE CAPACITAÇÃO E PESQUISA DA REFORMA AGRÁRIA. **Cadernos Iterra. O Instituto de Educação Josué de Castro e a Educação Profissional**. Veranópolis: ITERRA, 2007. p. 129-177 (ano 7, n. 13)

DELLAZERI, Dirlete. **Saúde significa realizar Reforma Agrária**. Entrevista concedida à página do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra em 20 de julho de 2006 [online]. Disponível em: <<http://www.mst.org.br/node/2592>>. Acesso em: 01 jul. 2011.

DESLANDES, Suely Ferreira. O Projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petropolis: Vozes, 2015. p. 31-60.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. **Saúde e Sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. Glossário de Ergologia. **Laboreal**, v. 4, n. 1, p. 10-22, 2008.

FERNANDES, Bernardo Mançano. **A formação do MST no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000.

FISCHER, Maria Clara Bueno. Uma outra produção, validação e legitimação de saberes é possível... e necessária. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 63-72, 2003.

FITA Didác S; COSTA-NETO Eraldo M; SCHIAVETTI Alexandre. “Offensive” snakes: cultural beliefs and practices related to snakebites in a Brazilian rural settlement. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, Londres, v. 6, n. 13, p. 1-13, 2010.

FRANZOI, Naira Lisboa; FISCHER, Maria Clara Bueno. Saberes do trabalho: situando o tema no campo Trabalho-Educação. **Trabalho necessário**. a. 13, n. 20, p. 147-171, 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer**: teoria e prática em educação popular. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GAIA, Marília Carla de Mello. **Saúde como prática da liberdade**: as práticas de famílias em um acampamento do MST e o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde. 2005. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisa René Rachou – Fiocruz, Belo Horizonte, 2005.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, Helena; LABOIRE, Françoise; LE DOARE, Hélène; SENOTIER, Danièle. **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora da Unesp, 2009. p. 67-75..

KONDER, Leandro. **O futuro da filosofia da práxis**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. pp. 95-128.

LIMA, Ângela Roberta Alves de; HECK, Ria Maria; VASCONCELOS, Márcia Kaster Portelina; BARIBIERI, Rosa Lía. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 365-72, abr-jun. 2014.

LIMA, Júlio César França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angelina Ferreira (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96.

LUZ, Madel Terezinha. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice. (Org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**: Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / LAPPIS, 2012a. p. 15-24.

LUZ, Madel Terezinha. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. Rio de Janeiro. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.

LUZ, Madel Terezinha. Estudo comparativo de racionalidade médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice. (Org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde**: Estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / LAPPIS, 2012b. p. 25-47.

LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice. Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde: Uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 317-340.

MAILLIOT, Stéphanie; DURRIVE, Louis. A Ergologia e a produção de saberes sobre os ofícios. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. **Trabalho e Ergologia II: Diálogos sobre a atividade humana**. Belo Horizonte: Fabrectum, 2015. p. 151 -240.

MARX, Karl. **Cadernos de Paris; Manuscritos econômico-filosóficos de 1844**. Tradução de José Paulo Netto e Maria Antônia Pacheco. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. v. 1

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. Tradução de Álvaro Pina. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MATTOS, Rubem. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2005. p. 39-64.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR – Textos 1).

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA LIMA, Júlio César (org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 427-32.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **ESP-MG seleciona Educadores Populares para 2ª edição do EDPopSUS** [online]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/composchwanent/gmg/story/8563-esp-mg-seleciona-educadores-populares-para-2-edicao-do-edpopsus>>. Acesso em: 31 mai. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6. n. 11, p. 7-19, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petropolis: Vozes, 2015. p. 79-108.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST. **Caderno de Saúde n.5 – Construindo o Conceito de Saúde do MST**. Brasília: Setor Nacional de Saúde, 2000. 55p.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST. **MST: Lutas e Conquistas**. 2. ed. São Paulo: Secretaria Nacional do MST, 2010. Disponível em: <<http://antigo.mst.org.br/sites/default/files/MST%20Lutas%20e%20Conquistas%20PDF.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST. **Relatos de experiências em saúde**. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Ginebra: OMS, 2013.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Análise da Situação de Saúde: O que são Necessidades e Problemas de Saúde? In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. (Org.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 29-39.

PEREIRA, Isabel Brasil. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. **Razões públicas para o cuidado em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 144-164.

PEREIRA, Rosângela. Entrevista com Rosângela Pereira do Coletivo Nacional de Saúde. **Entrevista concedida ao Saúde em Movimento**. In: MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde, 2009. p. 2-3..

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; FRANÇA LIMA, J. C. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 110-114.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Terezinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben; CAMARGO JR, Kenneth R. (org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO, 2003. p. 7-34.

PULGA, Vanderléia Laodete. Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 573-590, set-dez. 2013.

RAMOS, Marise. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010.

REY, Fernando Luis González. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva; Revisão técnica de Fernando Luis González Rey. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2005. 188p.

RIBEIRO, Marlene. **Movimento Camponês, trabalho e educação: liberdade, autonomia, emancipação: princípios/fins da formação humana**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 11-62.

RIBEIRO, Suzana Lopes Salgado. Educação e formação: bandeiras de luta para um movimento social. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 21, n. 3, p. 207-217, set-dez. 2012.

RICARDO, Letícia Mendes. **O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro**: uma contribuição para o SUS. 2011. 192 f, Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

RICARDO, Letícia M; STOTZ, Eduardo N. Educação Popular como método de análise: relações entre medicina popular e ‘situação-limite’ vivenciada por trabalhadores do Movimento dos trabalhadores Rurais Sem-Terra. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 15, n. 4, p. 435-442, 2012.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.

RÜCKERT, Bianca. **As práticas de saúde no MST do Vale do Rio Doce, MG**: normas e valores na atividade. 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SANTOS, Judite. **MST realiza 2º Encontro Nacional dos Médicos para debater saúde pública** [online]. [S.l.]: MST, 2014. Disponível em: <<http://www.mst.org.br/2014/12/01/mst-realiza-2-encontro-nacional-dos-medicos-para-debater-saude-publica.html>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SANTOS, Renata Carvalho dos; SILVA, Maria Sebastiana. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, 2014.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Tecnologias em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; FRANÇA LIMA, Júlio César (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 382-92.

SCHVEITZER, Mariana Cabral; ESPER, Marcos Venicio; SILVA, Maria Júlia Paes da. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 442-451, 2012.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Revista Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul-dez. 2000.

SCHWARTZ, Yves. A experiência é formadora? **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 35-48, jan-abr. 2010.

SCHWARTZ, Yves. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez. 1998. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/26356950_Os_ingredientes_da_competencia_Um_exercicio_necessario_para_uma_questao_insoluvell>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SCHWARTZ, Yves. Produzir saberes entre aderência e desaderência. **Educação Unisinos**, São Leopoldo, v. 13, n. 3, p. 264-273, set-dez. 2009.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e saber. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 20-35, jan-jul. 2003.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e valor. Tempo Social. **Revista de Sociologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, out. 1996.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org.). **Trabalho e Ergologia: Conversas Sobre a Atividade Humana**. Tradução e revisão técnica de Jussara Brito e Milton Athayde. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2010. 318p.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org.). **Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, p.1575-1584, jun. 2010.

SILVA, Fátima Cristina Maia et al. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o Ambiente. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 9-24

SILVA, Fatima Cristina Maia et al. **Saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas**. Fascículo integrante do Curso Promoção da Equidade no SUS - Fundação Demócrito Rocha I Universidade Aberta do Nordeste I. s/d. Disponível em: <www.fdr.com.br/equidadenosus>. Acesso em:13ago2016.

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

STEDILE, João Pedro; FERNANDES, Bernardo Mançano. **Brava gente: A trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57.

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1341-1354, 2014.

TESSER, Charles Dalcane. Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão. In: LUZ, Madel Terezinha; BARROS, Nelson Filice (Org.). **Racionalidades e práticas integrativas em saúde: Estudos teóricos e empíricos**. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / LAPPIS,

2012. p. 251-283.

TESSER, Charles Dalcane. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p.1732-1742, 2009.

TESSER, Charles Dalcane; BARROS, Nelson Filice. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

TESSER, Charles Dalcane; LUZ, Madel Terezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.195-206, 2008.

THUM, Moara Ailane; CEOLIN, Teila; BORGES, Anelise Miritz; HECK, Rita Maria. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 576-82, set. 2011.

TORRES, Raquel. Educação e Saúde no Campo. **Revista POLI: Saúde, Educação, Trabalho**, ano 1, n. 2, nov-dez. 2008.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e Educação: o Método Ergológico. **Revista HISTEDBR Online**, Campinas, número especial, p. 93-113, ago. 2010.

VAGHETTI, Helena Heidtmann; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; CARRARO, Telma Elisa; PIRES, Denise Elvira Pires de; SANTOS, Viviane Euzévia P.. Grupos Sociais e o Cuidado na Trajetória Humana. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 267-275, 2007.

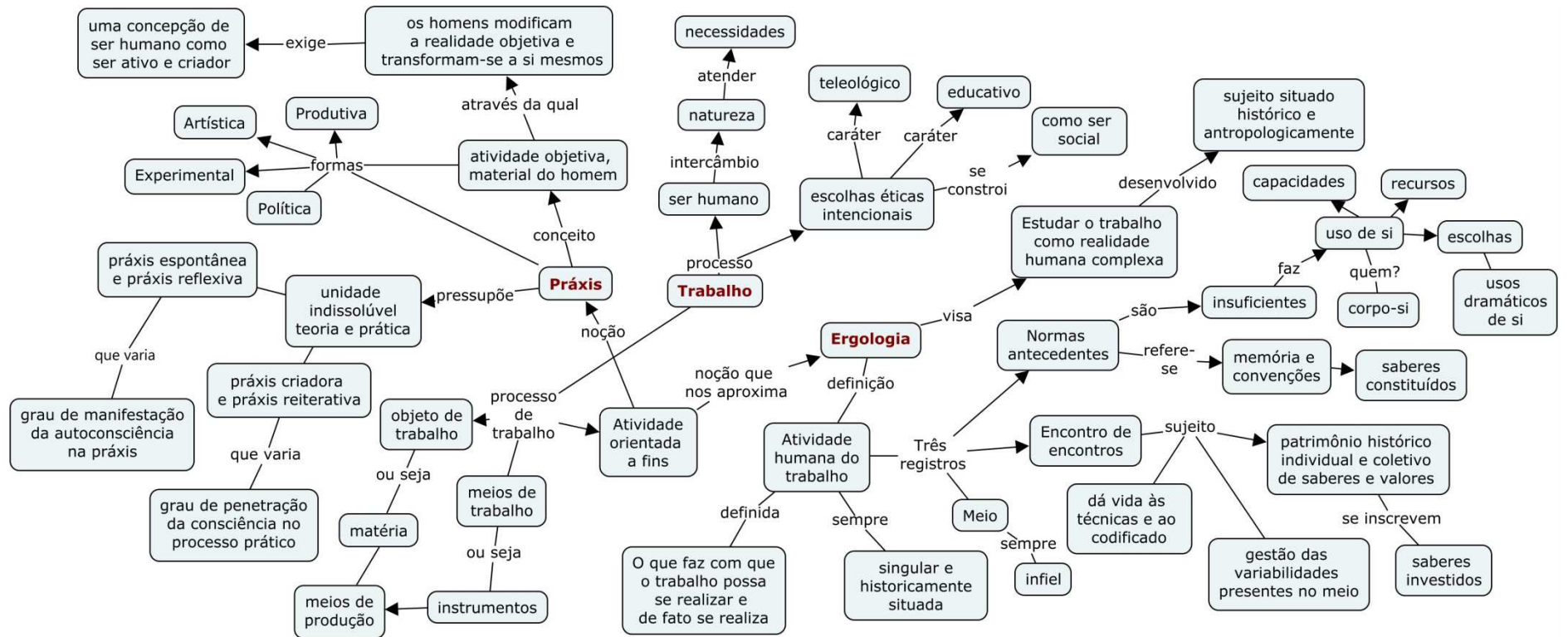
VASCONCELOS, Eymard Mourão. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 270-288.

VÁZQUEZ, Adolfo Sanchez. **Filosofia da Práxis**. 1. ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociais; São Paulo: Expressão Popular, 2007. 488 p.

WUNSCH, Simone; DENARDIN BUDÓ, Maria de Lourdes; BEUTER, Margrit; POTTER GARCIA, Raquel; AGATHÉ SEIFFERT, Margot. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 533-538, jul-set. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I – MAPA CONCEITUAL: TRABALHO, ATIVIDADE E PRÁXIS



APÊNDICE II – ARTIGO PUBLICADO EM PERÍÓDICO CIENTÍFICO

Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura**Knowledge and health care practices of the field population: integrative literature review****Saberes y prácticas de cuidado en la salud de la población del campo: una revisión integradora de la literatura**Bianca Rückert¹²Daisy Moreira Cunha¹³Celina Maria Modena¹⁴**Resumo**

Este artigo apresenta os resultados de uma revisão integrativa de literatura sobre os saberes e as práticas de cuidado em saúde da população do campo em território brasileiro. Foram analisados 16 artigos, a partir de seleção nas bases de dados BVS, Scielo e Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (OBTEIA), sem recorte temporal. A análise da literatura evidenciou a diversidade das práticas de cuidado, que envolvem plantas medicinais, crenças e religiosidade, alimentação saudável, apoio social, prevenção, entre outras. Verificou-se que o contexto cultural e a dificuldade econômica e de acesso aos serviços de saúde favorecem o desenvolvimento dessas práticas, e que estas se baseiam em inúmeros saberes. Ressalta-se a necessidade de maior valorização desses saberes, bem como a sua integração com os saberes do sistema convencional de saúde.

Palavras-chave: Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Cuidado em saúde. Saberes. Saúde da população rural. Revisão da literatura.

Abstract

¹² Doutoranda em Saúde Coletiva. Grupo de pesquisa em Políticas Públicas e Direitos Humanos em Saúde e Saneamento, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil; Av. Augusto de Lima, 1715, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30.190-009; (31) 3349-7810, biaruckert@yahoo.com.br.

¹³ Professora Associada. Departamento de Administração Escolar, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. daisycunhaufmg@gmail.com.

¹⁴ Pesquisadora visitante. Grupo de pesquisa em Políticas Públicas e Direitos Humanos em Saúde e Saneamento, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil; celina@minas.fiocruz.br.

This article presents the results of an integrative literature review on the knowledge and health care practices of the field population in Brazilian territory. Sixteen articles were analyzed, based on selection in the databases of VHL Brazil, Scielo and Observatory of the National Policy for the Integral Health of Populations of Field, Forest and Waters (OBTEIA) without temporal cut. The analysis of the literature evidenced the diversity of care practices, involving medicinal plants, beliefs and religiosity, healthy nutrition, social support, prevention, among others. It was verified that the cultural context, the economic and access difficulties regarding health services favor the development of these practices, which are based on several kinds of knowledge. It is important to emphasize the need for greater appreciation of this knowledge, as well as its integration with the knowledge of the conventional health system.

Key words: Health knowledge, attitudes, practice. Health care. Skills. Rural health. Literature review.

Resumen

Este artículo presenta los resultados de una revisión integradora de la literatura sobre los saberes y las prácticas de cuidado en la salud de la población del campo en el territorio brasileño. Se analizaron 16 artículos, a partir de una selección en las bases de datos BVS, Scielo y Observatorio de la Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo (OBTEIA), Bosque y Aguas, sin recorte temporal. El análisis de la literatura ha evidenciado la diversidad de las prácticas de cuidado, en las que figuran plantas medicinales, religiosidad, alimentación saludable, apoyo social y otras. Se ha verificado que lo contexto cultural y la dificultad económica favorecen el desarrollo de esas prácticas, que se basan en innumerables conocimientos. Se recalca la necesidad de una mayor valorización de esos saberes, así como su integración con los saberes convencionales de salud.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes y práctica en salud. Cuidado en salud. Saberes. Salud Rural. Revisión de la literatura.

Introdução

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 pessoas. Dessas, quase 30 milhões residiam em

áreas rurais, representando 15,6% da população total¹. Para o IBGE², população rural é toda população que reside fora dos limites das áreas urbanas. Este é um conceito que define o rural por antagonismo e eliminação às áreas urbanas e, por isso, é uma definição “eminentemente físico-geográfica e arbitrária, por não considerar as relações e processos econômicos e sociais que constituem esses espaços sociais.”³ (p. 35).

Em contraposição, outros conceitos são utilizados para se referir às populações rurais, evidenciando a diversidade presente nesses territórios. Tratam-se das populações do campo, da floresta e das águas, as quais se caracterizam “por seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra.”⁴ (p.8). Em especial, a população do campo é identificada como aquela que se apoia nos saberes tradicionais e na relação com a natureza para produzir seu autossustento e comercializar o excedente da produção. Nessa perspectiva consideram-se os “agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados e temporários que residam ou não no campo”⁴ (p. 8).

A diversidade desses territórios se faz presente também na multiplicidade das práticas populares de saúde, seja para se defrontar com o adoecimento, seja para fortalecer a saúde, através das “plantas medicinais [...], sementes crioulas, rezas, benzimentos, erveiros, raizeiros, massagista, auriculoterapia, acupuntura, homeopatia, terapia comunitária, parteiras, [...] entre outros.”⁵ (p. 213).

Em que pese essa pluralidade, os dados sobre as condições de vida e saúde da população do campo revelam uma situação de iniquidade quando comparadas à população urbana. No campo, é maior a porcentagem de mortalidade infantil e insalubridade⁶. Do total de pessoas que vivem no campo, 25,5% enfrentem uma situação de extrema pobreza, 71% são negros e 26% são analfabetos^{7,8}. Em relação à cobertura de saneamento, apenas 28,9% dos domicílios são ligados à rede de abastecimento de água potável com canalização interna⁷.

No tocante às condições de saúde, ainda permanecem doenças infecto-parasitárias decorrentes da precária situação de saneamento. São frequentes Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e morbidades relacionadas à intoxicação por agrotóxicos e metais pesados. Tais aspectos revelam a existência de um perfil epidemiológico diferenciado para a população do campo^{7,8}.

Somam-se a esses fatores as deficiências de acesso e qualidade dos serviços de saúde. Após mais de 25 anos de fundação do Sistema Único de Saúde, é importante reconhecer o “[...] caráter desintegrado, centralizado, curativo, urbano e não universal [...]” que marcam ainda hoje as políticas de saúde no campo⁹ (p. 696).

De forma a assegurar o cumprimento dos princípios do SUS, políticas de equidade são construídas, visando “à garantia do acesso resolutivo e com qualidade para as populações em situações de vulnerabilidade.”⁵ (p. 11). Uma dessas é a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que tem o objetivo de promover “o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.”⁴ (p. 20).

Entre os objetivos da PNSIPCFA destaca-se o de “reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades.”⁴ (p. 24). Tais práticas são concebidas através da apreensão e leitura do mundo pelas camadas populares, por meio de suas heranças culturais, de suas vivências e condições de vida e trazem importantes contribuições para a promoção da autonomia, e a constituição de sujeitos agentes de suas ações de saúde¹⁰.

Vasconcelos¹¹ salienta o aporte da participação popular na reorientação das práticas de atenção à saúde, na perspectiva de se construir um sistema mais integral, eficaz e orientado às especificidades das populações. De acordo com esse autor “muitas experiências comunitárias vêm demonstrando a forte potencialidade das ações de saúde na reorientação da vida social”¹¹ (p. 287). Para tanto, faz-se necessário redirecionar o modo como o sistema de saúde relaciona-se com os usuários, de forma a ouvir e considerar os saberes de saúde dessas populações.

Nesse sentido, um dos eixos do Plano Operativo da PNSIPCFA consiste em desenvolver ações de educação permanente e educação popular em saúde. Estas devem ser desenvolvidas com o intuito de proporcionar a integração de saberes e práticas de cuidado das populações do campo, da floresta e das águas com os saberes e as práticas dos serviços de saúde⁴.

A partir desses pressupostos, este estudo teve como objetivo identificar e analisar a produção científica sobre os saberes e as práticas de cuidado em saúde adotadas pela população do campo em território brasileiro, para o qual se realizou revisão integrativa da literatura em bases nacionais.

Aspectos metodológicos

Neste artigo, foi utilizada a revisão integrativa da literatura, considerando-se o seu propósito de sistematizar resultados de pesquisas acerca de um assunto específico. Nesta

sistematização, destaca-se o que já foi construído acerca desse assunto, bem como as lacunas do conhecimento científico, que requerem novas pesquisas. Assim, a partir de estudos prévios, podem-se traçar conclusões gerais sobre uma determinada área de pesquisa¹².

Souza et al¹³ consideram a revisão integrativa como o procedimento de revisão bibliográfica mais abrangente, por proporcionar a incorporação de pesquisas que utilizem os mais variados métodos, conjugar dados da literatura teórica e empírica, bem como englobar uma ampla variedade de finalidades, que incluem desde a “definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular”¹³ (p. 103). Ainda de acordo com as autoras:

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico.¹³ (p.105)

Para produção da revisão integrativa, seguiram-se os seguintes passos: delimitação do objetivo e das perguntas de pesquisa; realização da busca de pesquisas em bases de dados, de forma a atender aos critérios de inclusão e exclusão definidos antecipadamente; coleta de dados, análise dos estudos incluídos; discussão e apresentação dos resultados^{12,13}.

Para orientar a revisão integrativa construíram-se as seguintes questões: Quais práticas são adotadas pela população do campo no cuidado em saúde familiar e comunitário? Como se dão os processos de aprendizagem dessas práticas?

A seleção dos artigos foi realizada através de consulta aos sites Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) Brasil, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (OBTEIA).

A partir de pesquisa no site Descritores em Ciências da Saúde, foram escolhidos os descritores: “Saúde da população rural” e “Conhecimentos, atitudes e prática em saúde”. Considerando-se o objeto do estudo também foram utilizados os termos: “Saúde da população do campo” “Saberes” e “Cuidado”. Realizaram-se seis cruzamentos: “Saúde da população rural *and* Conhecimentos, atitudes e prática em saúde”; “Saúde da população rural *and* Saberes”; Saúde da população rural *and* Cuidado”, “Saúde da população do campo *and* Conhecimentos, atitudes e prática em saúde”; “Saúde da população do campo *and* Saberes”; Saúde da população do campo *and* Cuidado”, respectivamente. Na consulta ao Scielo foram utilizados os filtros “Brasil como assunto” e “Brasil como país de filiação”, separadamente e

para cada cruzamento, totalizando 12 buscas. Na consulta ao site do OBTEIA não foram realizados cruzamentos, apenas busca a partir das palavras-chaves: “Conhecimentos, atitudes e prática em saúde”; “Saberes” e “Cuidado”. Não foi realizado recorte temporal. A busca resultou em 677 trabalhos localizados. O acesso aos bancos de dados foi realizado no período entre janeiro e julho de 2017.

Em seguida, realizou-se a exclusão dos trabalhos repetidos e ajuste do material aos objetivos do estudo. Para isso, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo científico; estar disponível na íntegra; tratar sobre saberes e práticas de cuidado em saúde desenvolvidas pela população do campo em território brasileiro. Nesse sentido, excluíram-se dissertações e teses, artigos não disponíveis na íntegra e estudos que não contemplassem o objetivo proposto.

Para a seleção dos trabalhos realizou-se uma leitura fundamentada dos títulos e resumos de cada estudo e, em caso de dúvidas relativas ao assunto, procedia-se à leitura parcial ou integral do texto. Essa seleção resultou em 16 (dezesesseis) trabalhos, que integraram o *corpus* de análise da revisão integrativa. Na tabela 1 é possível visualizar a amostra inicial de cada busca, bem como o número de publicações excluídas de acordo com os critérios adotados.

Tabela 1: Número de publicações excluídas por critérios na revisão integrativa

	BVS*	BVS**	SciELO	Observatório PNSIPCFA	Total
Amostra inicial	267	308	85	17	677
Trabalhos excluídos por não se referirem ao objeto da revisão	149	147	10	6	312
Trabalhos repetidos	97	145	69	6	317
Trabalhos excluídos por investigarem outras populações rurais	8	7	0	1	16
Dissertações ou teses	3	0	0	2	5
Trabalhos excluídos por não diferenciarem população do campo de população urbana	3	0	0	0	3
Trabalho excluído por se referirem à população do campo de outros países	0	2	6	0	8
Amostra final	7	7	0	2	16

* Filtro Brasil como assunto

** Filtro Brasil como país de filiação

Uma caracterização geral dos artigos foi apresentada, considerando-se o objeto de investigação, o público participante e a metodologia empregada. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e reunidos em três eixos temáticos: Práticas de saúde da população do campo no cuidado comunitário e familiar; Aspectos socioculturais das práticas de cuidado em saúde da população do campo; e Produção e mobilização dos saberes de cuidado em saúde da população do campo.

Resultados

Breve caracterização dos estudos sobre saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo

Levando em consideração os objetivos da revisão integrativa e os critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos, foram identificados e analisados dezesseis artigos. A maioria refere-se às práticas de cuidado voltadas para atender uma ampla gama de necessidades de saúde, passíveis de cuidados no âmbito familiar e comunitário. Um deles, entretanto, aborda práticas de parteiras tradicionais durante o trabalho de parto e o nascimento¹⁴, dois textos abordam o cuidado às pessoas com sofrimento mental ou usuárias de drogas^{15,16}, e outros dois tratam de saberes e práticas de doenças específicas, como é o caso do estudo de Vilella et al¹⁷ relacionado à Doença de Chagas e o estudo de Zilmer et al¹⁸, referente ao adoecimento por câncer.

Em relação ao público investigado, seis trabalhos^{15,19,20,21,22,23} tratam de populações assentadas da reforma agrária, dos quais três^{15,22,23} referem-se a integrantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Três artigos^{24,25,26} tratam de mulheres agricultoras, sendo um²⁶ sobre mulheres do Movimento de Mulheres Camponesas (MMC). Dois estudos abordam população quilombola^{27,28} e um se reporta a parteiras tradicionais¹⁴. Quatro pesquisas^{16,17,18,29} abordam população do campo sem distinção.

No que tange aos aspectos metodológicos, apenas um artigo¹⁷ caracteriza-se como pesquisa quantitativa, um estudo²⁷ consistiu em uma pesquisa de caráter quanti-qualitativo e os demais consistem de pesquisa qualitativa. Estes se ancoraram em diversas propostas metodológicas, como estudo exploratório descritivo, etnografia, história oral e educação popular como método de análise.

Práticas de saúde da população do campo no cuidado comunitário e familiar

Entre as práticas de cuidado adotadas pela população do campo, o uso e preparo de remédios caseiros à base de plantas medicinais foi a mais citada na literatura^{14,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,29}. Observa-se que este uso, em especial, o consumo de chás, é uma prática incorporada no cotidiano das famílias camponesas¹⁹. A maior parte delas cultiva plantas medicinais nos próprios quintais, configurando-as como um patrimônio tradicional da comunidade^{20,29}. Mas ainda que se trate de uma prática disseminada, a literatura aponta para a existência de pessoas ou grupos de referências na comunidade para o preparo de remédios caseiros^{22,24,27}. O estudo de Lima et al²⁴, por exemplo, evidenciou que o trabalho de um grupo de mulheres agricultoras no Rio Grande do Sul envolve o cultivo e a coleta das plantas, a triagem, a fabricação dos produtos medicinais e a estocagem de plantas e remédios para outras estações.

De acordo com a literatura consultada, as plantas medicinais são utilizadas para o tratamento de diversos comprometimentos. Além do uso de espécies nativas, ressalta-se a importância das espécies exóticas na diversificação de terapias e ampliação do espectro de doenças tratadas pela comunidade²⁹.

Em alguns momentos, as práticas de cuidado vêm acompanhadas de crenças, pois é preciso acreditar nos efeitos do remédio para seu resultado benéfico^{23,27}. Em outros momentos, os ritos religiosos, a devoção a santos e as rezas são importantes na melhora da saúde de modo geral²⁰, na prevenção e tratamento de picadas de cobras²¹, no cuidado aos portadores de transtornos mentais severos¹⁶, e às pessoas com câncer¹⁸, ou mesmo no momento do parto e nascimento¹⁴. Conforme Zilmer et al¹⁸, a fé parece cumprir importante papel na superação das dificuldades vivenciadas diante do cuidado, bem como potencialização da terapêutica.

Wunsch et al¹⁹ destacam uma série de cuidados e crenças populares de famílias assentadas, que incluem o ato de se benzer antes do sol sair, considerar o calendário lunar para desenvolver certas práticas de cuidado, dispor o calçados lado a lado, usar sal para tirar olho gordo, evitar varrer a sujeira da casa para fora após anoitecer, entre outras.

Nos cuidados relacionados a mordidas de cobras, as crenças consistem em um importante recurso de saúde, tanto para a prevenção, quanto para evitar os efeitos do envenenamento. Em caso de mordidas, por exemplo, deve-se evitar mencionar as palavras “picada”, “mordida”, “cobra” ou nomear a espécie que causou o ferimento, pois os efeitos do veneno podem aumentar. Também se deve evitar receber visitas, apenas de familiares diretos.

Foram registrados ainda encantos, como colocar uma cobra coral viva em uma garrafa de conhaque e beber o líquido, ou manter objetos de origem vegetal, animal ou mineral na carteira como amuletos, para as cobras manterem distância²¹.

Os cuidados com alimentação, por sua vez, envolvem desde a alimentação diversificada, a introdução de plantas medicinais, verduras e frutas caracterizadas como benéficas na alimentação, a redução de açúcar, sódio e gordura, e a preferência por alimentos de tradição familiar^{18,20,23,24,25}. Alguns estudos enfatizam a importância do consumo de alimentos sem agrotóxicos e sem transgênicos^{19,22,23,24}. Ricardo e Stotz²³ tecem observações sobre o sentido da alimentação para agentes de cura de um assentamento do MST no estado do Rio de Janeiro. Para eles, os alimentos podem ser considerados fortes/fracos, frescos, reimosos e quentes/frios. Na roça, por exemplo, em contraposição com a cidade, os alimentos são mais fortes e frescos.

Ações de prevenção à saúde foram relatadas nos estudos de Wunsch et al¹⁹ e Cavalcante e Nogueira²². O primeiro estudo descreve ações de prevenção a acidentes de trabalho, como, por exemplo, o uso de calçados adequados para andar no mato e de roupas apropriadas para exposição ao sol e ao calor¹⁹. Já o segundo trabalho aborda a ênfase nas ações de promoção como resultado de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, que perpassa por sua determinação social²².

Outras práticas de cuidado compreendem o uso da terapia floral, da radiestesia, do passe espiritual, do reiki¹⁵ e da acupuntura²⁵. Estas e as demais práticas, na maioria das vezes, vêm acompanhadas de uma atitude de zelo e solicitude¹⁸ e de um momento de diálogo com as próprias mulheres que participam dos grupos ou com as pessoas que recebem cuidados. Esse diálogo é atravessado por afeição, solidariedade, respeito e escuta ativa. Quem cuida também é cuidado, em uma relação mútua. Por outro lado, possibilita a construção de um olhar crítico sobre o processo saúde-doença, a socialização de conhecimentos e o fortalecimento das lutas^{20,23,26}.

Assim, nas práticas analisadas percebe-se o que Pinheiro³⁰ (p. 113) reconhece como atitude interativa do cuidado, “que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo o acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida”. Nessa perspectiva, o cuidado se apresenta como possibilidade de aproximação das ações de saúde aos projetos de felicidade humana³¹.

Todavia, uma prática de cuidado não se desenvolve isoladamente, mas de forma integrada ou simultânea a outras práticas. Assim, o uso de plantas medicinais é articulado, por

exemplo, às crenças religiosas e espirituais, à alimentação saudável e outras recomendações, passando, inclusive, pelas práticas oferecidas pelos serviços públicos de saúde^{20,26,27}.

Com relação às práticas de cuidado das parteiras tradicionais, a literatura registra uma conduta de mínima intervenção durante o trabalho de parto. Tal postura, muitas vezes, corresponde a não fazer nada, apenas esperar pacientemente, contribuir para alívio das dores e gerar as condições para as parturientes sentirem-se acolhidas e seguras. Desse modo, buscam resguardar a integridade da parturiente e evitar procedimentos invasivos que geram vivências negativas do parto¹⁴.

Em se tratando dos cuidados relacionados à prevenção da Doença de Chagas, o estudo de Villela et al¹⁷, descreve a utilização de práticas como limpeza da casa para evitar a presença do inseto vetor da doença, borrifação domiciliar de inseticida, evitar amontoados dentro de casa, limpar galinheiros, vistoriar cômodos, colchão e cama e rebocar frestas na parede. Os autores ressaltam a ineficácia das práticas de higiene e limpeza, mas ressaltaram a validade das demais práticas.

Aspectos socioculturais das práticas de cuidado em saúde da população do campo

A proximidade das práticas populares de cuidado, em especial o uso de plantas medicinais, às concepções e valores dos camponeses, contribui na adesão à terapêutica, além de possibilitar maior participação dos sujeitos no próprio tratamento²⁴. A literatura ressalta a importância dessas práticas por seu valor cultural, que contêm um significado concreto na vida das pessoas, e por isso, devem ser consideradas em discussões sobre saúde pública, saneamento e medicina tradicional²¹. Nessa perspectiva, Ricardo e Stotz²³, atribuem duas funções às práticas: “permitem a cura de doenças e a definição e atribuição de formas culturalmente reconhecíveis aos diversos tipos de doenças”²³ (p. 441).

O uso de recursos terapêuticos naturais também foi enfatizado pela literatura, atribuindo-se essa preferência à relação diferenciada que o camponês estabelece com a natureza. Além de serem mais acessíveis, tais recursos são considerados melhores que os produzidos por laboratórios químicos, com destaque para os medicamentos sintéticos e os agrotóxicos, que prejudicam o equilíbrio natural do organismo humano e o meio ambiente^{18,22,23,24}. Essa perspectiva também foi observada no ofício das parteiras tradicionais, no qual a postura de mínima intervenção relaciona-se com o respeito ao tempo próprio da natureza humana¹⁴.

Tal perspectiva remete-nos à noção de saúde como dimensão normativa de Canguilhem, para a qual a medicina apresenta função espectadora, ao respeitar a sabedoria que advém da natureza e contribuir no restabelecimento da dimensão normativa do ser. Do contrário, para uma ideia de que o organismo doente é um objeto passivo e dócil às manipulações, requer-se uma medicina ativa^{32,33}.

Diversos autores ressaltaram as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e sua baixa resolutividade como fatores que favorecem o uso das práticas populares de cuidado. Tais dificuldades de acesso são sentidas nas distâncias entre as comunidades e os serviços de saúde, na escassez de transporte público e na insuficiência de profissionais de saúde^{14,16,19,23,24,27}. Em alguns casos, pode estar relacionada à falta de investimentos públicos, dada a situação de irregularidade do território, como é o caso de algumas comunidades quilombolas²⁷.

Além das dificuldades mencionadas, a literatura relata insatisfação com os serviços de saúde, por não atenderem às especificidades da população do campo¹⁶, e baixa ou nenhuma integração entre os serviços e as práticas populares de cuidado^{22,27}. Em contraposição, uma maior oferta da assistência pelos serviços públicos de saúde, bem como a diminuição da incidência de algumas doenças, pode acarretar na perda de saberes de saúde. Este é o caso dos saberes relacionados a picadas de cobras²¹ bem como dos saberes de prevenção à Doença de Chagas¹⁷ nas respectivas comunidades investigadas.

Por outro lado, evidenciou-se que as práticas de cuidado propiciam proteção diante das adversidades vividas no campo através da produção agroecológica para consumo próprio, da autossustentação e das crenças e superstições¹⁹. Para Wunsch et al¹⁹ (p. 537), “a cultura do cuidado popular torna-se uma ferramenta de sobrevivência das famílias no contexto que as rodeia, por meio de tradições e costumes”.

Diante desses contextos, a solidariedade apresenta-se como um aspecto significativo das práticas de cuidado. Na história de vida das parteiras tradicionais, por exemplo, Dias¹⁴ ressalta que estas passaram a desenvolver o ofício por solidariedade, em resposta à demanda das parturientes da família e da comunidade. Tanto as práticas das parteiras, quanto as demais práticas, são oferecidas às pessoas da família e à comunidade, constituindo-se como redes de apoio social. Nesta rede, também é possível receber auxílio para acessar os serviços públicos de saúde^{14,16,18,20,24,27,28}.

Nessa mesma perspectiva, Rückert et al¹⁵ salientam a importância do apoio social desenvolvido pelos movimentos sociais, em especial o MST, no fortalecimento da autoestima e da autonomia das pessoas com sofrimento mental e/ou uso prejudicial de álcool e outras

drogas. Por esse motivo, o MST foi apontado como um movimento social que promove processos de formação e emancipação humana.

Diante do exposto, pode-se afirmar que a população camponesa vivencia situações limites³⁴ em decorrência das condições de vida e saúde no campo brasileiro e encontra, nas práticas de cuidado em saúde, uma forma de incidência nessa realidade concreta. Uma vez que não são as situações limites por si só que promovem a falta de esperança, mas sim a percepção delas como algo insuperável, a partir do momento em que os camponeses passam a perceber a realidade de forma crítica, dedicam-se à superação dessas situações limites e à construção do inédito viável.

Ainda nessa perspectiva destaca-se a dimensão normativa da vida, na qual o homem é um ser que busca sempre estabelecer novos valores no meio. Saúde, para Canguilhem³², não é apenas se adaptar às exigências do meio, é ser normativo, é abusar do meio e poder tornar-se doente. Nessa dimensão, a saúde expressa segurança, uma vez que representa uma maneira de “abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais”³² (p. 152).

A produção e mobilização dos saberes de cuidado em saúde da população do campo

Ao estudarmos as dinâmicas de produção e mobilização dos saberes do cuidado em saúde da população do campo, nos deparamos com uma série de aspectos que integram esta dinâmica, que incluem a aprendizagem familiar e com antepassados, o acesso a saberes disciplinares, a observação, experimentação e a socialização de saberes em grupos de mulheres e movimentos sociais, passando, inclusive, pelas diversas experiências de vida.

Dentre as formas de socialização dos saberes de cuidado, a familiar foi a mais citada pelos autores^{14,18,20,24,27,25}. Em alguns casos, é possível encontrar até três gerações de uma mesma família desenvolvendo práticas de cuidado concomitantemente²⁴. Para além do núcleo familiar, a socialização de saberes entre gerações também foi evidenciada pela literatura^{19,20,25,28,29}. Por outro lado, pode-se constatar a perda de interesse entre as gerações mais jovens no aprendizado de práticas culturais de saúde²¹.

Considerando-se o acesso aos saberes disciplinares, ressalta-se o aprendizado a partir de livros, revistas e programas de televisão que abordam assuntos de saúde²⁰ e a participação em cursos^{19,20,22,24}. Alguns dos conhecimentos que circulam no âmbito do cuidado são

provenientes do sistema convencional de saúde e, geralmente, são apresentados pelos profissionais em circunstâncias de cuidado de si ou de familiares^{20,24,28}.

Teixeira e Oliveira²⁰ relatam o processo de formação de uma cuidadora assentada, no qual se reconhece a importância dos cursos, assim como a consolidação desses conhecimentos no dia-a-dia dos trabalhos de cuidados juntos às demais famílias. Nessa mesma perspectiva, o papel da experiência na produção dos saberes de cuidado foi ressaltado por Silveira et al²⁸, Zilmer et al¹⁸ e Wunsch et al¹⁹. De acordo com esses autores, as práticas de cuidado ancoram-se em inúmeros conhecimentos originados nas mais diversas experiências de vida.

Ainda de acordo com Teixeira e Oliveira²⁰, para sentirem-se confiantes com as escolhas realizadas nas práticas de cuidado, as mulheres assentadas lançam mão de inúmeras fontes de saberes, aderindo às que consideram mais apropriadas às especificidades de cada pessoa. Ricardo e Stotz²³ ressaltam que a observação e a experimentação são fundamentais na produção dos saberes de cuidado, e o alcance de resultados exitosos é primordial para o seguimento da escolha terapêutica.

A esse respeito, Freire³⁴ defende a articulação entre a teoria e a prática em uma unidade indissolúvel, ou seja, a práxis, na construção de um conhecimento crítico e de uma ação transformadora sobre a realidade. De acordo com Freire e Nogueira³⁵, “o conhecimento mais sistematizado é indispensável à luta popular [...], mas esse conhecimento deve percorrer os caminhos da prática”³⁵ (p. 25).

No estudo de Cavalcante e Nogueira²² é possível constatar o papel do MST na socialização e produção dos saberes de cuidado, seja a partir das capacitações e cursos construídos pelo movimento, seja a partir da sua própria organização, que impulsiona o desenvolvimento das práticas coletivas de saúde.

Outra forma de socialização dos saberes de cuidado destacada pela literatura são os grupos de mulheres. Nesses espaços, elas compartilham informações acerca das práticas de cuidado, conversam sobre assuntos relacionados à saúde e realizam oficinas de preparo de remédios caseiros. Desta forma, os grupos proporcionam maior segurança das mulheres perante suas escolhas terapêuticas^{20,24,25}, além de atuarem como espaços de companheirismo, diálogo e formação de cidadania e autoestima^{20,26}. Um processo pedagógico que “tanto encanta quanto possibilita a criatividade e o prazer na busca de ser mais gente”²⁶ (p. 586). Além disso, proporcionam maior visibilidade do trabalho feminino de cuidados perante a comunidade²⁴ (LIMA et al, 2014).

Pulga²⁶ reconhece as experiências dos grupos de mulheres como um processo educativo-terapêutico, uma vez que:

[...] trazem a visibilidade de setores excluídos e os incluem de forma organizada; trazem novas formas de se organizar e de exercício do poder; trazem novos conteúdos e novas metodologias [...]. Essas experiências que as mulheres vivenciam trazem como elementos pedagógicos o processo educativo como um todo, e não apenas atos isolados, a participação ativa, a capacidade de ouvir, de fazer, de construir juntos, de enfrentar conflitos e contradições²⁶ (p. 585).

Assim sendo, tais experiências nos mostram possibilidades de formação dos trabalhadores do campo a partir de uma “perspectiva transformadora, integral do ser humano, emancipatória e produtora de cidadania”²⁶ (p. 583) e nos lembram que homens e mulheres “se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”³⁴ (p. 69).

Considerações finais

Este estudo, através de revisão integrativa da literatura, abordou os saberes e as práticas de cuidado em saúde adotadas pela população do campo em território brasileiro. A análise da literatura evidenciou uma diversidade cultural nas práticas de cuidado, que envolvem o uso de plantas medicinais, crenças e religiosidade, alimentação saudável, apoio social, ações de prevenção, entre outras. Tais práticas, geralmente, vêm acompanhadas de um momento de diálogo e companheirismo, que possibilitam a construção de um olhar crítico sobre o processo saúde-doença e ocorrem de forma integrada entre si.

Verificou-se que o contexto cultural e a dificuldade econômica e de acesso aos serviços de saúde favorecem o desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde. Estas são marcadas por um cuidado humanizado, por uma relação de respeito à natureza, por uma concepção holística de saúde e pela solidariedade. Seu desenvolvimento ancora-se em inúmeros saberes, que têm origem na aprendizagem familiar e com antepassados, no acesso a saberes disciplinares, na socialização de saberes nos grupos de mulheres e no movimento social, bem como nas experiências diversas de vida. Esses grupos, por sua vez, foram reconhecidos como um processo pedagógico, que trazem importantes contribuições aos processos de formação humana dos trabalhadores do campo.

Constata-se a necessidade de maior valorização dos saberes de cuidado, bem como a integração destes com os saberes do sistema convencional de saúde. Para tanto, faz-se necessário investir no desenvolvimento de ações de educação popular em saúde com a população do campo, bem como ações de educação permanente em saúde com os trabalhadores do SUS.

Além disso, este estudo reforça a importância da consolidação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, uma vez que tal proposta congrega essas e outras reflexões sobre a saúde do campo. Reforça-se, também, a necessidade de se criar estratégias de efetivação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Medicamentos Fitoterápicos, pois tais práticas, mais uma vez, se mostraram de grande aceitação por parte da população do campo.

Por fim, considerando-se a relevância do tema em questão, destacamos a necessidade de novos estudos que aprofundem os aspectos socioculturais das práticas de cuidados da população do campo, bem como estudos que aprofundem a relação entre essas práticas, os processos de trabalho na agricultura e o modelo de desenvolvimento no campo brasileiro.

Colaboradores

Bianca Rückert trabalhou no levantamento e análise dos dados e na concepção, redação e revisão do artigo. Daisy Moreira Cunha participou da revisão e da aprovação da versão final do artigo. Celina Maria Modena foi responsável pela orientação da pesquisa e participou da revisão e da aprovação da versão final do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos ao Instituto René Rachou (IRR-Fiocruz) pelo auxílio financeiro e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de doutorado.

Referências

1 Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Vamos conhecer o Brasil. Nosso povo. Características da população [internet],

2017. [acesso em 4 abr 2017]. Disponível em <http://7a12.ibge.gov.br/vamos-conhecer-o-brasil/nosso-povo/caracteristicas-da-populacao.html>.

2 Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse preliminar do censo demográfico 2000. [internet], 2000. [acesso em 4 abr 2017]. Disponível em https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/sinopse_preliminar/Censo2000sinopse.pdf.

3 Bezerra ML; Bacelar T. As concepções contemporâneas de ruralidade e suas singularidades no Brasil. In: Miranda C, Silva H, organizadores. Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. Brasília: IICA; 2013 p. 35-75.

4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília (DF): MS; 2013.

5 Silva FCCM, Gonçalves JWS, Santorum JA, Souto KMB, Souza, MS, Pessoa VM. Saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Fascículo integrante do Curso Promoção da Equidade no SUS - Fundação Demócrito Rocha I Universidade Aberta do Nordeste I ISBN 978-85-7529-613-4 www.fdr.com.br/equidadenosus

6 Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil. Brasília (DF): MS; 2004.

7 Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015. Brasília (DF): MS; 2011.

8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Plano Operativo de Saúde das populações do campo e da floresta 2012/2015. Brasília (DF): MS; 2011.

9 Carneiro FF, Burigo AC, Dias AP. Saúde no Campo. In: Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G, organizadores. Dicionário da Educação do Campo. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular; 2012. p. 696 - 99.

10 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília (DF): MS; 2012.

11 Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 270-88.

12 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-64.

- 13 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*. 2010; 8(1):102-6.
- 14 Dias MD. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. *Rev. Eletrônica Enfermagem*. 2007; 9(2): 479-88.
- 15 Rückert B, Machado, AR, Santos, CCA, Brito, PCD. Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2): 1537-46.
- 16 Silva VHF, Dimenstein M, Leite JF. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. *Mental*. 2013; 10(19): 267-85.
- 17 Villela MM, Pimenta DN, Lamounier PA, Dias JCP. Avaliação de conhecimentos e práticas que adultos e crianças têm acerca da doença de Chagas e seus vetores em região endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(8): 1701-10.
- 18 Zilmer JGV, Schwartz E, Muniz RM. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. *Rev Esc Enferm*. 2012; 46(6): 1371-8.
- 19 Wusch S, Budó MLD, Beuter M, Garcia RP, Seiffert MA. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2018; 18(3): 533-8.
- 20 Teixeira IMC, Oliveira MW. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(2): 1341-54.
- 21 Fita DS, Costa-Neto EM, Schiavetti A. "Offensive" snakes: cultural beliefs and practices related to snakebites in a Brazilian rural settlement. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2010; 6(13): 1-13.
- 22 Cavalcante IMS, Nogueira LMV. Práticas sociais coletivas para a saúde no Assentamento Mártires de abril na Ilha de Mosqueiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12 (3): 492-9
- 23 Ricardo LM, Stotz EN. Educação Popular como método de análise: relações entre medicina popular e 'situação-limite' vivenciada por trabalhadores do Movimento dos trabalhadores Rurais Sem-Terra. *Revista APS*. 2012; 15(4): 435-42.
- 24 Lima ARA, Heck RM, Vasconcelos MKP, Barbieri RL. Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(2): 365-72.
- 25 Thum MA, Ceolin T, Borges AM, Heck RM. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm (Online)*. 2011; 32(3): 576-82.
- 26 Pulga VL. Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. *Trab. educ. saúde*. 2013; 11(3): 573-90.
- 27 Santos RC, Silva MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. *Saúde Soc*. 2014; 23(3): 1049-63.

- 28 Silveira CL, Budó MLD, Ressel LB, Oliveira SG, Simon BS, Apoio Social como possibilidade de sobrevivência: percepção de cuidadores familiares em uma comunidade remanescente de quilombos. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(3): 585-92
- 29 Almeida CFCBR, Ramosa MA, Amorim ELC, Albuquerque UP. A comparison of knowledge about medicinal plants for three rural communities in the semi-arid region of northeast of Brazil. *J Ethnopharmacol*. 2010; 127: 674–84
- 30 Pinheiro R. Cuidado em Saúde. In: Pereira IB, França Lima JC, organizadores. *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 110-114.
- 31 Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14): 73-92.
- 32 Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- 33 Canguilhem G. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
- 34 Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 17a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
- 35 Freire P, Nogueira A. *Que fazer: teoria e prática em educação popular*. 10a ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

APÊNDICE III – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Colher informações sobre a organização e as condições do trabalho, as tarefas e seus objetivos e as relações interpessoais no cumprimento da tarefa.

Como as mulheres desenvolvem o cuidado? Quais as principais demandas? Como a demanda de cuidado é acolhida? Como é a escuta? Como fazem o diagnóstico e a terapêutica? Quais os recursos utilizados? Como é o acompanhamento? Como se organizam coletivamente para o cuidado?

Captar indicativos acerca dos saberes e das competências convocados pelas cuidadoras, e o modo como articulam os saberes e os ingredientes.

APÊNDICE IV – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Data, hora, local e duração da entrevista

Perfil do entrevistado

Data de Nascimento, sexo e idade

Área de reforma agrária

Naturalidade e origem rural/urbana

Ocupação profissional

Escolaridade

Cursos que já participou pelo MST

Situação conjugal

Participação no MST: quanto tempo, instâncias que já participou ou participa atualmente; atividades que desenvolve no MST e mobilizações que participou recentemente

Perguntas

Características do trabalho de cuidados

1. Fale-me sobre o seu trabalho no Setor de Saúde no MST

(O que significa para você participar do Setor de Saúde do MST?)

2. Você acha que sua atuação influencia na forma como as pessoas do MST entendem a saúde? Como? Dê exemplos
3. Pode me contar alguns casos de cuidados bem sucedidos? Quais recursos foram utilizados? Por quê?

Características do trabalho coletivo

4. Como vocês se organizam coletivamente para as tarefas do setor de saúde?
5. Existem regras compartilhadas que orientam o trabalho de vocês? Como elas foram construídas?
6. Qual a sua contribuição nesse coletivo?
7. Como se dá a inclusão de novas militantes no setor de saúde?

Inserção

8. Como você percebe a relação entre teoria e prática na caminhada do setor de saúde?
9. Para você, qual o papel do setor de saúde no MST?

(se não respondido na pergunta 1)

10. Quais os principais desafios do Setor de Saúde onde você participa? (*local ou regional*) *E os avanços?*

Processo de produção e mobilização dos saberes do cuidado

11. Conte-me um pouco sobre sua trajetória de formação como cuidadora. (*Como começou? Como você acha que aprendeu esses conhecimentos sobre cuidado?*)

12. Em que medida a sua trajetória de vida contribuiu para a sua formação como cuidadora?

Em que medida a sua própria trajetória de cuidado contribuiu para a sua formação como cuidadora?

Em que medida a participação em cursos, ou mesmo a leitura de manuais, livros e revistas contribuiu para a sua formação como cuidadora?

(se não respondido nas perguntas anteriores)

13. Pode narrar alguma situação de aprendizagem que marcou você?

14. Você participou de cursos pelo MST? Como você acha que eles contribuíram para sua formação? E de cursos na área da saúde?

15. Qual a contribuição do MST na sua formação como cuidadora?

O que mudou na forma como você entende a saúde depois que entrou para o MST? (se não respondido nas perguntas anteriores)

16. Desde 2011, o que mudou na sua formação e no seu trabalho como cuidadora?

Para ST2, ST3, ST4 e ST5.

17. Nas equipes de saúde dos encontros e mobilizações do MST, quais os casos mais comuns de adoecimento? Vamos supor que amanhã eu lhe substituísse no espaço de saúde do Encontro Estadual do MST. Como você me treinaria para o cuidado desses três casos?

18. Há algo mais que você gostaria de me falar, alguma dúvida ou sugestão?

APÊNDICE V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “A Práxis de Mulheres Sem Terra na Saúde do Campo”, desenvolvida por Bianca Rückert (aluna de doutorado do Centro de Pesquisa René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz), Celina Maria Modena e Daisy Moreira Cunha (orientadoras).

O objetivo dessa pesquisa é compreender a relação entre teoria e prática nas ações de saúde desenvolvidas por mulheres do MST da região do Vale do Rio Doce, MG. Você está sendo convidada por ser militante do setor de saúde na região do Vale do Rio Doce e já ter participado de algum de curso coordenado pelo MST.

Sua participação não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não participar ou desistir.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em: permitir com que a pesquisadora observe suas práticas de cuidado, responder perguntas de um roteiro de entrevista, e participar de um encontro para discussão dos saberes de cuidado com as demais participantes dessa pesquisa. Caso autorizado, a entrevista e o encontro serão gravados. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e será realizado no seu assentamento ou acampamento. O tempo de duração do encontro para discussão dos saberes de cuidado é de aproximadamente duas horas e será realizado em local de escolha das participantes, junto a alguma atividade do setor de saúde. Você não terá nenhuma despesa ao participar deste estudo, qualquer necessidade de deslocamento ou alimentação por causa dessa pesquisa serão custeados pelas pesquisadoras.

O principal risco de participação nesta pesquisa é sentir-se emocionada, desconfortável ou constrangida durante a coleta das informações. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida e você poderá conversar com a psicóloga integrante da equipe de pesquisadores. Você tem o direito de não responder a alguma pergunta ou deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Todo material será mantido em local seguro, somente as pesquisadoras terão acesso ao mesmo.

Caso lhe ocorra algum dano relacionado diretamente com sua participação na pesquisa você terá direito à indenização.

A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício direto. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de ajudar a: registrar conhecimentos das práticas de saúde usadas pelas cuidadoras da reforma agrária; e mostrar como as cuidadoras aprendem, ensinam e criam novas práticas de saúde.

Rubrica da participante da pesquisa

Rubrica do pesquisador

Você receberá uma via assinada deste termo onde constam o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CPqRR, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa.

Endereço e telefone institucional da Pesquisadora Principal:

Celina Maria Modena – CPqRR / FIOCRUZ Minas

Av. Augusto de Lima, 1715 - Barro Preto - 30190-002, Belo Horizonte – MG Tel: (31) 3349-7882

Endereço e telefone institucional do Comitê de Ética – CPqRR / FIOCRUZ Minas

Av. Augusto de Lima, 1715 – Barro Preto - Belo Horizonte, MG (Cep: 30190-002)

Secretária: Bernadete Patrícia Santos – TeleFax: (31) 3349 7825

e-mail: ceps-h-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

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

Participante da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE VI - CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

ST	Idade	Origem	Ano de inserção no MST	Área de reforma agrária	Função no MST	Escolaridade	Observação
1	67	urbana	1993	---	---	Pós-graduação	É irmã de assentado, morou alguns anos no Assentamento Barro Azul (Governador Valadares) e recentemente voltou para seu município de origem. Não faz mais parte do MST, por isso não participou desta segunda etapa da pesquisa.
2	61	rural	1998	Assentamento Ulisses de Oliveira - Jampruca	Coordenadora do setor de produção no assentamento	Ensino médio	Foi fundadora do setor de saúde na regional Vale do Rio Doce e em Minas Gerais. Atualmente não participa mais do setor de saúde, realiza apenas contribuições pontuais. Ainda hoje é procurada para realizar algum cuidado. Participou das duas etapas da pesquisa.
3	59	rural	2002	Pré-assentamento Janete Telles - Jampruca	Coordenadora do setor de saúde no pré-assentamento	Ensino fundamental incompleto	Foi ativa no setor de saúde até o ano de 2014. Ficou três anos afastada e no momento do trabalho de campo disse estar retornando ao setor. Participou das duas etapas da pesquisa.
4	48	rural	2002	Assentamento Egidio Bruneto – Campanário	Direção estadual representando o setor de saúde	Ensino médio	Desde 2011 integra a direção estadual do MST representando o setor de saúde. Participou das duas etapas da pesquisa.
5	63	rural	2002	Assentamento Ulisses de Oliveira - Jampruca	Setor de saúde no assentamento	Ensino fundamental incompleto	Participou das duas etapas da pesquisa.
6	50	rural	2008	Acampamento Maria da Penha – Mathias Lobato	Colabora no setor de saúde regional Vale do Rio Doce	Ensino médio	Trabalha como técnica no viveiro de mudas da região. Participou apenas da segunda etapa da pesquisa.
7	29	urbana	2012	Acampamento Maria da Penha – Mathias Lobato	Coordenadora do setor de saúde na regional Vale do Rio Doce	Ensino médio	Participou apenas da segunda etapa da pesquisa.
8	62	rural	1996	Assentamento Oziel Alves – Governador Valadares	Direção estadual representando a regional Vale do Rio Doce	Pós-graduação	Formada em Pedagogia da Terra, militante também do setor de educação. Participou apenas da segunda etapa da pesquisa.
9	31	rural	1993	Assentamento Oziel Alves – Governador Valadares	Colabora no setor de saúde regional Vale do Rio Doce	Pós-graduação	Formada em Medicina em Cuba pelo MST. Trabalha como médica de família pelo Programa Mais Médicos atendendo população de baixa renda na cidade de Governador Valadares. Participou apenas da segunda etapa da pesquisa.

ANEXOS

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO IRR – FIOCRUZ

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁXIS DE MULHERES SEM TERRA NA SAÚDE DO CAMPO

Pesquisador: Celina Maria Modena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63845417.6.0000.5091

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.972.853

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa tem como proposta estudar a práxis desenvolvida por mulheres do MST na Saúde do Campo, e se torna relevante quando se analisa a literatura de diversos autores da área de pesquisa social a respeito da população do campo que evidenciam a existência de iniquidades entre os povos do campo: "diversos são os desafios em relação à garantia de condições de vida da população do campo, que passam pela estrutura fundiária brasileira fortemente desigual, baixos índices de escolaridade, moradias inadequadas, falta de saneamento básico, baixa renda, entre outros. Tais desafios se somam à incipiente participação dessa população na construção de políticas públicas. No tocante às condições de saúde, destacam-se as doenças relacionadas ao trabalho (em especial, por intoxicações por agrotóxicos), as doenças infecto-parasitárias, alta mortalidade infantil e dificuldades de acesso aos serviços de saúde". Os pesquisadores consideram importante a práxis das mulheres do campo um importante objeto de estudo na medida em que: 1. Partiram "dos pressupostos de que a participação no movimento social possibilita a construção de uma práxis em saúde, na qual: a atividade do cuidado apresenta intrínseca relação com a totalidade da luta do MST; as mulheres socializam e produzem novos saberes de cuidado, bem como se educam na dinâmica da luta"; 2. Consideram que "a práxis é composta por um conhecimento crítico, de postura epistemológica, para o qual a teorização é fundamental, e de uma ação radical contra os reais problemas da sociedade, ou seja, nas relações

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto CEP: 30.190-002
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825 Fax: (31)3349-7825 E-mail: cepsh-cparr@cparr.fiocruz.br

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



Continuação do Parecer: 1.972.853

de exploração que ocorrem através do trabalho.”

Para o desenvolvimento da pesquisa, será utilizada a metodologia qualitativa. Os instrumentos de trabalho de campo serão a observação participante, a entrevista semiestruturada e um encontro para confrontação dos saberes sobre o trabalho que será substanciado por uma importante revisão bibliográfica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender a práxis em saúde desenvolvida por mulheres do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

Objetivo secundário: Identificar as histórias de construção de práticas de cuidado em saúde por mulheres do MST; Registrar saberes utilizados em práticas de cuidado em saúde, de forma a contribuir na sua sistematização; Identificar a dinâmica da produção e mobilização dos saberes na trajetória de construção das práticas de cuidado em saúde; Verificar a presença de saberes escolares e outros saberes disciplinares nas práticas de cuidado em saúde; Discutir os desafios à práxis em saúde no MST.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: Ocorrência de desconforto ou constrangimento dos participantes. Durante as entrevistas, as participantes poderão se sentir emocionadas e extravasarem através de choro. Será respeitado este momento, a entrevista será interrompida e se houver necessidade, poderá ocorrer uma conversa com a psicóloga integrante da equipe de pesquisadores.

Este risco é mínimo e para evitá-lo será utilizado um termo de consentimento livre para esclarecer e informar aos participantes sobre seus direitos, sendo-lhes assegurada a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento que desejarem.

Os dados obtidos serão confidenciais e o anonimato das participantes será garantido, de maneira que seus nomes não serão revelados em nenhuma situação.

Benefícios: O estudo pretende estudar a práxis em saúde desenvolvida por mulheres participantes do MST, com o intuito de contribuir para a visibilidade e o reconhecimento dos saberes populares de cuidado e subsidiar a gestão do SUS, os movimentos sociais, o controle social e as instituições de ensino na proposição de políticas de educação e de saúde mais adequadas à realidade do campo, bem como processos pedagógicos que considerem as experiências e a produção de saberes desses coletivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema do projeto é relevante desde que os seus resultados poderão ser de valia para subsidiar

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto CEP: 30.190-002
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825 Fax: (31)3349-7825 E-mail: cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.972.853

programas de políticas públicas (ou do próprio movimento) para enfrentar os desafios em relação à garantia de condições de vida da população do campo, que passam pela estrutura fundiária brasileira fortemente desigual, baixos índices de escolaridade, moradias inadequadas, falta de saneamento básico, baixa renda, entre outros.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Memorando da pesquisadora confirmando as correções solicitadas no parecer anterior:

1. Protocolo de Pesquisa : folha de rosto assinada
2. Carta Anuência MST- corrigida: a carta está adequada, em papel timbrado e assinada, e com o carimbo que confirma o cargo da pessoa que assinou.
3. Risco: nessa seção foi acrescentada a informação de que os participantes da pesquisa receberão cuidados em caso de necessidade.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu de forma adequada às recomendações solicitadas na realtoria anterior. Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após submissão e análise criteriosa do protocolo em questão, constatamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR/FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições a ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Firma-se diante deste documento a necessidade de serem apresentados os relatórios anuais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_854075.pdf	23/02/2017 11:47:12		Aceito
Outros	Memorando_Modena_correcoes.pdf	23/02/2017	Celina Maria	Aceito

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
 Bairro: Barro Preto CEP: 30.190-002
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3349-7825 Fax: (31)3349-7825 E-mail: cepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer: 1.972.853

Outros	Memorando_Modena_correcoes.pdf	11:45:52	Modena	Aceito
Outros	AnuenciaRuckert_Modena_Cunha_com carimbo.pdf	23/02/2017 11:38:45	Celina Maria Modena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocoloRuckert_Modena_Cunha_corrigido.doc	23/02/2017 11:36:37	Celina Maria Modena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERuckert_Modena_Cunha_corrigido.doc	23/02/2017 11:32:41	Celina Maria Modena	Aceito
Declaração de Pesquisadores	folhaderostoprotocolo_Ruckert_Modena_Cunha.pdf	16/01/2017 16:51:27	Celina Maria Modena	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoplataforma_Ruckert_Modena_Cunha.pdf	16/01/2017 16:50:50	Celina Maria Modena	Aceito
Orçamento	OrcamentoRuckert_Modena_Cunha.docx	16/01/2017 16:12:48	Celina Maria Modena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocoloRuckert_Modena_Cunha.doc	16/01/2017 16:11:41	Celina Maria Modena	Aceito
Outros	AnuenciaRuckert_Modena_Cunha.pdf	16/01/2017 12:49:20	Celina Maria Modena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERuckert_Modena_Cunha.doc	16/01/2017 12:43:18	Celina Maria Modena	Aceito
Cronograma	CronogramaRuckert_Modena_Cunha.docx	16/01/2017 12:42:12	Celina Maria Modena	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoRuckert_Modena_Cunha.docx	16/01/2017 12:40:58	Celina Maria Modena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Março de 2017

Assinado por:
MARCELO PASCOAL
(Coordenador)

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: Barro Preto

CEP: 30.190-002

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3349-7825

Fax: (31)3349-7825

E-mail: cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br