

“CONHECER OS DESEJOS DA TERRA”: INTERVENÇÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM UM ASSENTAMENTO RURAL

“Know the earth wishes”: promotion intervention to health in a rural settlement

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros¹, Débora Morgana Soares Oliveira do Ó²

RESUMO

Este artigo visa avaliar o impacto de uma intervenção de promoção à saúde, mediada pelo Método Bambu, em um grupo de mulheres de um Assentamento Rural, com vistas a tornar visível o perfil de governabilidade dessa parcela da população. Tratou-se de um estudo do tipo intervenção comunitária, de abordagem qualitativa, realizado em um assentamento rural localizado no município de Moreno – PE. Foi utilizado o recurso da fotolinguagem, além da técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2009). O estudo agrupou três categorias de análise: “A Promoção à Saúde: entre retratos e olhares”, “O envolvimento do trabalho, dos movimentos sociais e do MST na promoção à saúde” e “Tecendo impactos: as novas lentes da promoção à saúde”; além disso, conta com uma etapa de intervenção referente ao “Método Bambu: Quando um pode ser muitos”. A intervenção com o grupo de mulheres no assentamento rural culminou positivamente na construção de um alicerce referente à promoção da saúde pelas integrantes, e conseqüente fortalecimento do protagonismo das mesmas, quanto aos cuidados primários e responsabilização pelo ambiente, vistos por meio da eclosão de concepções ativas acerca da qualidade de vida e do envolvimento com as ações propostas para a construção de um território saudável na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Promoção em Saúde; Qualidade de Vida; Saúde da População Rural.

ABSTRACT

This article aims to evaluate the impact of a health promotion intervention, mediated Bamboo method in a group of women from a rural settlement, in order to make visible the profile of governance of this portion of the population. This was a study of type community intervention qualitative approach, conducted in a rural settlement located in the municipality of Moreno – PE. The photo-language feature was used, in addition to Bardin (2009) second content analysis technique. The study grouped three categories of analysis: "The Health Promotion: Among portraits and looks," "The involvement of labor, social movements, and the MST in health promotion" and "Weaving impacts: the new lens of health promotion" moreover, it has an intervention step concerning the "Bamboo method: When one can be many." The intervention with the group of women in the rural settlement resulted positively in building a foundation on the promotion of health for members and the consequent strengthening of the role of the same as the primary care and responsibility for the environment, seen through the emergence of active conceptions of quality of life and involvement with the actions proposed to build a healthy community territory.

KEYWORDS: Women; Health Promotion; Quality of Life; Health of the Rural Population.

¹ Docente do curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco.

² Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: deboramenf98@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A promoção à saúde apresenta-se como um conjunto de ações e serviços que confere ao Sistema Único de Saúde (SUS) um meio de propiciar a educação de comunidades acerca dos condicionantes e determinantes de saúde/doença possibilitando a ampliação da qualidade de vida da população.^{1,2,3}

Põe-se em debate a disparidade, principalmente relacionada aos fatores sociais quanto à saúde no âmbito do campo e urbano. No campo, a desigualdade na distribuição de terras, a ausência de saneamento básico, o acesso aos serviços de saúde e o acometimento dessa população por doenças relacionadas à condição camponesa destacam um cenário crítico e alertam para a necessidade de visualizar as especificidades desse povo.⁴

Entre a comunidade camponesa, os que compõem os movimentos sociais mobilizam-se coletivamente, coordenados a partir de um interesse na modificação do cenário de desigualdades nos diversos níveis organizacionais da sociedade. Possuem um ideal contra-hegemônico, com uma pluralidade de lutas por meio das diversas frentes constituídas pela população considerada como minoria.^{5,6}

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), oficialmente ativo nos anos 80, atua em larga extensão no território brasileiro. A partir da capitalização e centralização da terra, das mudanças no âmbito econômico-social e tecnológico da agricultura, o MST fundamentou a luta pela reforma agrária e pela consolidação de políticas públicas efetivas, entre elas, a saúde.^{7,8}

Uma das estratégias que busca viabilizar a consolidação do direito é o planejamento de territórios saudáveis que, a partir da promoção à saúde, incentiva a criticidade e a reflexão da comunidade, mediante um processo que envolve o exercício da autonomia por meio do governo de si, a governabilidade em saúde.^{9,10} Apesar do desafio, promover saúde é favorecer o empoderamento da sociedade, criando a responsabilização pela individualidade do sujeito e pelo protagonismo diante da coletividade.¹¹

A mulher do campo participa ativamente do processo de escuta, execução e enfrentamento dos obstáculos pertinentes ao âmbito coletivo e individual, conseguindo superar a concepção hegemônica de privação do poder autônomo da figura feminina, tornando-se peça principal do plano de ação para ambientes saudáveis.^{12,13}

A pesquisa objetiva avaliar o impacto de uma intervenção de promoção à saúde, mediada pelo Método Bambu, em um grupo de mulheres de um assentamento rural, assim como contribuir com o perfil de governabilidade.

METODOLOGIA

A pesquisa do tipo intervenção comunitária, de abordagem qualitativa, aconteceu no período de outubro de 2015 a março de 2016, e foi realizada em um assentamento rural instalado em um terreno proveniente de um engenheiro, constituído por 132 famílias que ainda não possuem escritura dos lotes e localizado no município de Moreno – Pernambuco. Participaram oito mulheres membros do MST, com idade maior que 18 anos, escolhidas aleatoriamente para compor o grupo focal, com permanência semanal de encontros coletivamente determinados pela construção de um vínculo entre a equipe e pesquisadoras.

O levantamento de evidências foi realizado em cinco etapas. A primeira delas (correspondente ao primeiro e segundo momento do Método Bambu, “Semeando o Bambu, Mobilizar e reunir o grupo na comunidade”, e “Começando a conversa”, respectivamente) ocorreu com a convocação de mulheres para participarem da pesquisa, quando foi lançada a proposta de criação de um grupo visando impulsionar as potencialidades da comunidade.

Na etapa seguinte, marcou-se um encontro para apresentação em detalhes do projeto (referente ao terceiro momento do Método Bambu, “Apresentando o projeto”) e, em seguida, as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo o uso de materiais audiovisuais no estudo e o registro das falas. Posteriormente, foram caracterizadas em aspectos sociais e demográficos, respondendo a um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado e validado anteriormente pelas autoras com um grupo de características semelhantes ao estudado. As entrevistas serão armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão descartadas.

A terceira etapa do estudo foi realizada por meio do recurso de fotolinguagem, com a exibição de: oito imagens da série “Coleção Saúde” (Figura II), um montante de cartões postais que reportam maneiras dinâmicas de direcionamento à promoção da saúde; duas imagens retiradas do Google Imagens, retratando a força de trabalho, e uma do acervo pessoal, demonstrando o assentamento em questão e a bandeira do MST. Diante das fotografias, perguntou-se: “Você observa saúde nesta imagem? Como?”¹⁴

Após a mesma, deu-se seguimento aos demais momentos, do quarto ao décimo, do Método Bambu, “Identificando as potencialidades da comunidade”, “Desejando e Criando, a realidade desejada para a comunidade”, “Fazendo juntos e elaborando uma escala de prioridades”, “Elaborando o Mapa das prioridades”, “Planejando as atividades”, “Avaliando a oficina” e “Acompanhando e

apoiando o desenvolvimento das ações”.

Esse método revela-se esteio para formação do projeto de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, com expansão pelas demais regiões desde 2011, e foi utilizado com a perspectiva de trazer experiências exitosas da comunidade por meio de relatos, possibilitando a construção de um ambiente ideal para o assentamento.⁹

Finalizando as etapas, com o objetivo de avaliar o impacto das intervenções realizadas ao longo do processo, uma única pergunta norteadora foi lançada ao grupo focal: “O que é promoção à saúde?” As informações socio-demográficas, com fins de caracterização do grupo focal, foram organizadas em uma planilha no Microsoft Excel (2007) e analisadas por medida de tendência central, a média.

Para o enfoque qualitativo, as respostas foram transcritas na íntegra para o programa Word 2007 e analisadas conforme análise de conteúdo de Bardin,¹⁵ que permite uma abordagem por meio de depoimentos como matéria-prima. Dessa forma, o estudo agrupou o conteúdo em três categorias temáticas: “A promoção à saúde: entre retratos e olhares”, “O envolvimento do MST na promoção à saúde” e “Tecendo impactos: as novas lentes da promoção à saúde”, que referencia as ideias das participantes em grupamentos semelhantes.

A fim de garantir o anonimato das participantes, foram conferidos nomes de personalidades femininas importantes diante do processo analítico do estudo. A pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e aprovada sob CAAE: 47564215.8.0000.5208 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

MÉTODO BAMBU: QUANDO UM PODE SER MUITOS

O Método Bambu mobiliza as integrantes a pensarem em perspectivas de participação e desenvolvimento de processos que envolvem a comunidade, trocando saberes e promovendo o progresso da qualidade de vida no ambiente. Divide-se em dez momentos, visando cumprir um plano que dê subsídios para a criação de um território saudável.¹⁶

Por meio de encontros semanais, o grupo, que se autodenominou como “Promotoras da Saúde”, conduziu a fase de intervenção do estudo por meio do método, propiciando o planejamento de atividades e execução de ações coletivas no assentamento.

O quarto momento foi conduzido a fim de identificar os pontos fortes da comunidade e suas experiências po-

sitivas executadas anteriormente no assentamento para o bem-comum. As mulheres relataram sobre os mutirões de higienização e organização, gastronomia e mobilizações em prol dos ideais do movimento.

Diante da perspectiva de construção de um território saudável, partiu-se para o quinto momento, que estimula o grupo focal a pensar em uma realidade desejada para o assentamento, citando ideias que contribuam para a ascensão da qualidade de vida. Foram identificados pelas integrantes, principalmente, itens pertencentes aos direitos humanos básicos e ao ambiente urbano, que estão inacessíveis a essa população, a exemplo de escola, hospital, padaria, academia, parque e praça, bem como as necessidades do campo, a exemplo do aumento da produção agrícola.

Progredindo na construção do método, o sexto momento referiu-se à criação de uma lista de objetivos, em escala de prioridades, reunindo ações que podem ser coletivamente realizadas para atingi-los. A partir disso, algumas metas elencadas foram: a necessidade da luta por verba para o aumento dos plantios, da capacitação teórica acerca do cultivo, da busca por local centralizado para a construção do parque, praça e academia, além da obtenção de materiais recicláveis para elaboração dos equipamentos, o interesse em ter uma capacitação na produção de pães, entre outros.

O sétimo momento destinou-se à elaboração de um mapa de prioridades, para escolha da execução dos objetivos mais simples, por ordem de tempo e interesse da comunidade. Foi construído com a utilização de círculos verdes e rosa, dispostos em um quadrado com vistas a representar a viabilidade das ações, estando as que pertenciam à efetivação exclusiva da comunidade em seu centro; as demais se afastariam, de acordo com a necessidade de envolvimento de terceiros na execução.

Ao fim, o mapa resume as atividades que podem ser executadas em menor tempo e que correspondem às prioridades do assentamento. Dessa forma, podem-se visualizar a necessidade do aumento da produtividade agrícola, a construção de um parque, praça e academia, além de atividades gastronômicas voltadas para a panificação.

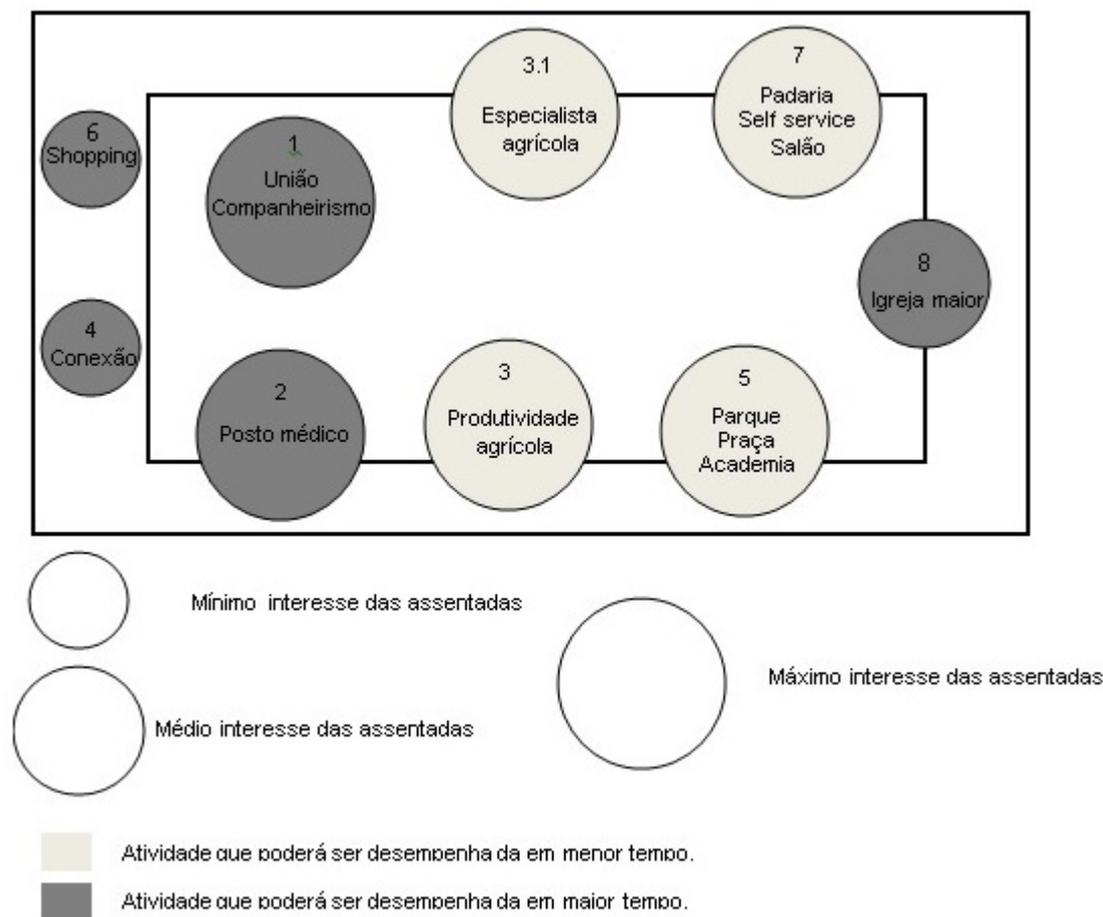
Posterior à determinação das prioridades, o oitavo momento permeou a construção de um plano de ação em conjunto com as mulheres, possibilitando a definição de responsabilidades, determinando datas, locais, metodologia para execução e materiais que seriam utilizados. Esse planejamento objetivou a divisão de tarefas, incitando a autonomia e empoderamento a respeito da capacidade de execução de ações que promovem saúde e aumentam a qualidade de vida da população.

Diante de um plano de ação pronto e da articulação

para aquisição de materiais e apoios, algumas intervenções puderam ser realizadas no assentamento. A necessidade de ascensão da produtividade agrícola posta em questão propiciou a articulação de um encontro com um técnico

em engenharia agrônoma, reunindo os assentados para orientações a respeito do cultivo de espécies e da possibilidade de aumento da produção.

Figura 1 - Mapa das prioridades construído pelas participantes referente ao sétimo passo do método.



Fonte: próprio autor.

A indigência do consumo, da possível produção de renda e da afinidade culinária possibilitou a realização de uma oficina de panificação, estruturada em um encontro com equipe do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/PE). As participantes tiveram acesso aos principais preparos, tipos e ingredientes que constituem os pães, além de noções básicas para empreender

com a produção.

Visando oportunizar o lazer e a prática de atividades físicas, um projeto de construção de um ambiente de convívio foi incorporado. O parque, a praça e academia foram desenhados pelas participantes, com proposta de utilização de materiais recicláveis e mobilização coletiva para a execução de todas as etapas da construção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo teve a participação de oito mulheres membros do MST, que desempenham atividades domésticas e de agricultura, com a média de idade de 34,6 anos, casadas, cinco autodeclaradas pardas, e oriundas do município de Moreno – PE.

O assentamento conta com fornecimento de energia elétrica oriunda de ligações internas, pois não há disponibilidade privada de serviços de prestação, assim como o abastecimento de água que, em sua maioria, corresponde aos poços construídos pelos moradores. O escoamento do banheiro é feito por meio de fossas sépticas e o lixo é queimado a céu aberto.

Segundo Santos e Hennington,¹⁷ a saúde da população assentada mostra-se comprometida pelo perfil quanto à ausência do acesso a serviços fundamentais, como a disponibilidade de energia elétrica e saneamento básico. Dessa forma, corrobora-se, por exemplo, o dado do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), o qual revela que o uso de fossas sépticas é realizado por 76% da população rural, alertando para a vulnerabilidade quanto a doenças parasitológicas e oportunas ao ambiente.

O assentamento situa-se em uma área descoberta dos cuidados primários à saúde pelo SUS. Em sua totalidade, as mulheres não utilizam plano de saúde privado, nem frequentam rezadeira, e seis consideraram-se acima do peso. O uso de plantas medicinais é frequente, representando seis das entrevistadas. As mesmas relatam usar ervas como o capim santo, colônia, boldo e hortelã para diversas finalidades, principalmente ansiolíticas, antieméticas e anti-helmínticas.

Diante do difícil acesso aos serviços de saúde, dos costumes e práticas de sabedoria popular, a população camponesa passa a utilizar possibilidades disponíveis ao campo. O uso de plantas medicinais aparece como prática alternativa ou substitutiva para sanar a carência de atenção à saúde vista no assentamento.¹⁸

Por meio das três categorias de análise identificadas, sendo duas provenientes da fotolinguagem, e uma da avaliação da definição de promoção à saúde pelo grupo focal, foi possível elaborar os resultados seguintes.

A PROMOÇÃO À SAÚDE: ENTRE RETRATOS E OLHARES

Oito das imagens utilizadas no estudo foram da série de cartões postais “Coleção Saúde”, criados com a perspectiva de promover ações inovadoras e abordar a promoção à saúde de forma lúdica. Estas fotografias possuem

conteúdo acerca de alimentação, escola, serviços, relações interpessoais, religião e lazer (Figura 2).¹⁴

Diante do questionamento: “Você observa saúde nesta imagem? Como?”, os seguintes depoimentos foram observados:

“Se for fazer uma análise, primeira coisa que eu observei é a saúde familiar aí... você observa aí cuidado, né? Não sei se hoje em dia tem ainda, mas antigamente existia a higiene bucal que ia até a escola, ensinava o flúor, ensinava a escovar os dentes no sentido do conjunto na escola, minha primeira observação assim foi o sentido do conjunto como todo; a escola como a extensão de casa.” (Nísia Floresta Augusta)

As práticas de promoção à saúde na escola têm conquistado um espaço amplo e significativo, por meio de programas e políticas dotados de inovação pedagógica, como o Programa de Saúde na Escola (PSE). Embora o núcleo escolar, por vezes, não se sinta pertencente ao processo de formação em saúde, essa prática é de extrema relevância, visto que auxilia na construção de um processo participativo nas comunidades de maneira integral.¹⁹

Diante da construção de um discurso que se dispõe de maneira ampliada, fazendo convergir saúde e educação, considera-se o desenvolvimento mental na escola amparado à capacidade metamórfica da educação, que conduz à ideia do estabelecimento de uma relação com a aprendizagem, melhorando substancialmente a vida dos indivíduos.²⁰

Ao prosseguir com a construção dos discursos que fazem parte dos processos envolvidos na promoção à saúde, encontram-se perspectivas diferenciadas referentes à alimentação, salientando uma visão holística quanto a sua associação às práticas saudáveis:

“Dessa figura eu pude observar que ela tem arroz e feijão que é o básico, né? Mas não só de arroz e feijão o nosso organismo precisa... mas também o ‘autoexercício’: caminhar, alongamento, a natação, a menina pulando corda, o banho de sol que é essencial... não só é exercício físico, mas também mental.” (Chiquinha Gonzaga)

Segundo Toledo, Abreu e Lopes,²¹ hábitos como a alimentação, a prática de exercícios físicos e o lazer permeiam a discussão atual acerca dos benefícios que trazem, com a diminuição do peso corporal e prevenção de agravos à saúde, como as cronicidades e o comprometimento mental.

A saúde se configura a partir da conjuntura desses fatores, afirmando a importância do desenvolvimento de

ações capazes de motivar os indivíduos a serem responsáveis pelos próprios cuidados em saúde, desenvolvendo um padrão satisfatório de qualidade de vida²². Ao tomarem posse da mediação do processo de governabilidade, os indivíduos começam a ampliar as relações interpessoais e a modificar o olhar quanto à conjuntura familiar criada pelo modelo hegemônico:

“Eu enxerguei saúde afetiva, vários gêneros ali, afinal da conta, Deus criou o mundo e o fez à sua maneira e o homem age como ele quer.” (Nísia Floresta Augusta)

“Em termos de saúde, é a prevenção, né? Já que tem ali, a gente pode observar, homem com homem.” (Chiquinha Gonzaga)

Figura 2 - Imagens oriundas da série de cartões postais “Colecione Saúde”, utilizadas como recurso de fotolinguagem na terceira etapa do estudo.¹⁴



Fonte: próprio autor.

Por meio de um processo diligente de saúde-doença, a população LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) permeia um percurso de exclusão social gritante diante da dificuldade do acesso aos serviços básicos que promovem qualidade de vida, como lazer, saúde, educação, alimentação e moradia. Esse quadro parte, principalmente, da opressão instaurada pela sociedade a esse grupo.²² Ao tomar conhecimento dos discursos, abre-se o leque da reversão desse processo e da instauração do sujeito detentor do direito à saúde:

“A doença não escolhe se você é um sem-terra, ou se você é o presidente da república, independente de cor, raça, razão social, independente de ele ser de classe média-alta, a saúde, ela é fundamental independente do seu status.” (Nísia Floresta Augusta)

A assistência à saúde nos assentamentos não é uma lacuna esporádica. O acesso a serviços primordiais é restrito e condiciona a população camponesa a uma busca emergencial dos cuidados.¹⁸ Surge, portanto, a necessidade de se empoderar a população rural acerca da governabilidade advinda das ações de promoção à saúde, visando à ampliação do conceito de saúde-doença e das práticas relacionadas ao autocuidado.

A manifestação de novos métodos complementares

estimula a formação da conjuntura do “bem-estar físico, psíquico e social”, incluindo a busca, principalmente relacionada à saúde mental, da espiritualidade, como podemos observar nos seguintes depoimentos:

“Independente se você for pastor, protestante, macumbeiro, o que você for você vai se agarrar em uma crença, em uma fé. Pra buscar sua saúde... Mas você não está sozinho, você tem uma força.” (Nísia Floresta Augusta)

“É um suporte, mas também pode atrapalhar, porque tem religião que quando tá doente diz que não pode tomar medicação porque é falta de fé... Deus não condenou a medicina.” (Frida Kahlo)

Dentro das vertentes da construção ampliada da saúde, a espiritualidade aguça, principalmente pelo melhoramento de fatores emocionais, um melhor enfrentamento de doenças, bem como a proteção das mesmas. Algumas decisões acerca da terapêutica e a influência da crença sobre os cuidados em saúde substituem tratamentos importantes por condutas espirituais, fator que pode representar uma barreira. Dessa forma, considera-se necessária a discussão da complementariedade da religião no processo saúde-doença.²⁴

O ENVOLVIMENTO DO MST NA PROMOÇÃO À SAÚDE

No estudo de Scopinho¹⁸, observa-se explicitamente que o MST tem como base sólida de luta a reforma agrária, que contém a busca pelo direito à saúde, calcando uma batalha social para o alcance da qualidade de vida no campo. Dessa forma, colocando as participantes diante de

figuras referenciais ao movimento (Figura 3), os discursos passam a se alinhar:

“Temos que honrar essa bandeira, né? Mesmo com ela rasgada, né? Por ter aquele símbolo e a cor dela, por sermos sem-terra, a gente não pode deixar nossa saúde de lado, mesmo sendo sem terra, temos que lutar pela nossa saúde, pelos nossos direitos.” (Chiquinha Gonzaga)

Figura 3 - Fotolinguagem para referência do envolvimento com a promoção à saúde.



Fonte: imagem à esquerda proveniente de acervo pessoal. Imagens à direita oriundas do Google Imagens.

Diante de uma mediação caracterizada pela imagem do assentamento em estudo, a prerrogativa lançada no grupo focal perpassou pela percepção de acesso à saúde no ambiente em que as mulheres se encontram. A ausência dos cuidados primários em saúde no território implica nas barreiras geográficas enfrentadas pela população assentada ao se locomover em busca de atendimento. No caso das mulheres, pela periodicidade da necessidade de realização do exame de Papanicolau, essa lacuna torna-se visivelmente questionada:

“Precário... Porque não tem posto de saúde, no sentido da gente mulber, a gente pra procurar uma prevenção (exame de Papanicolau), se precisar fazer um exame de prevenção, a gente tem que se locomover.” (Nísia Floresta Augusta)

Nessa perspectiva, torna-se imprescindível discutir acerca da integralidade, fazendo com que esse princípio seja incorporado às ações propostas às populações vulneráveis da sociedade, visando ao acesso com qualidade aos serviços de saúde em seus diversos níveis de complexidade do SUS.⁴

TECENDO IMPACTOS: AS NOVAS LENTES DA PROMOÇÃO À SAÚDE

Após a etapa de intervenção do estudo, provocou-se, por meio do questionamento “O que é promoção à saúde?”, uma avaliação do impacto causado pelo trabalho, bem como a explanação da construção de novas concepções obtidas ao longo da pesquisa pelas participantes, correspondendo ao nono e décimo momentos do Método Bambu:

“Na minha opinião, promoção à saúde é você cuidar da sua saúde, como você deve cuidar? Se alimentando bem, é... fazendo exercícios.” (Chiquinha Gonzaga)

“Um autoexame, uma boa alimentação, é... um check-up geral que a gente tem que fazer periodicamente, uma mamografia, porque isso aí é a gente que tem que correr atrás disso aí, a gente tem que buscar, tem que buscar no dia a dia.” (Nísia Floresta Augusta)

A concepção ampliada de qualidade de vida produz grande impacto sobre o quadro situacional de saúde da população rural, provocando o reconhecimento de fatores diretamente ligados à promoção da saúde, como o trabalho, a modificação dos hábitos alimentares, a prática de atividades físicas, bem como a melhoria das condições de moradia e saneamento.²²

A construção de comunidades saudáveis surge como uma estratégia de minimização e prevenção dos agravos causados pela escassez dos serviços de saúde para a população rural, instigando o protagonismo das integrantes diante do processo saúde-doença. Para tanto, o acesso ao conhecimento e a realização de ações que instiguem a autonomia do sujeito são âncoras para a obtenção de resultados significativos diante desse processo:

“Sem contar no incentivo né? No incentivo, que hoje nós estamos fazendo o quê? Uma academia!” (Maria da Penha)

“E hoje vemos né que é diferente né? E também tem a nossa praça que nós vamos fazer né? Saindo das mãos da gente, e é saúde né?” (Nise da Silveira)

“Formou um elo né? Porque antes era uma aqui e outra lá, só se via na reunião e dava só um oi, ‘oxe! vou me aproximar de fulana não, fulana é chata’ e formou um elo entre a gente, de certo modo, uniu.” (Nísia Floresta Augusta)

Os discursos possibilitam a visualização de um saldo

positivo quanto ao percurso intervencionista realizado, retratando, nas entrelinhas, o estímulo para a realização das atividades por meio do processo de responsabilização pelo ambiente e a mobilização coletiva para o alcance dos objetivos traçados.

Souza et al.²⁵ caracterizam publicações recentes acerca do empoderamento, destacando estudos que, em seu processo metodológico, conferem poder de decisão e autogestão da saúde aos indivíduos, por meio de ações que promovam a consciência das potencialidades e lacunas presentes no ambiente. Dessa forma, pode-se inferir que o reforço das ações comunitárias para modificação de um cenário é considerado um ponto importante para a efetivação da promoção à saúde.

CONCLUSÕES

A intervenção com o grupo de mulheres no assentamento rural culminou positivamente na construção de um alicerce referente à promoção da saúde pelas integrantes, e conseqüente fortalecimento do protagonismo das mesmas quanto aos cuidados primários e responsabilização pelo ambiente, vistos na eclosão de concepções ativas acerca da qualidade de vida e no envolvimento com as ações propostas para a construção de um território saudável na comunidade.

O Método Bambu, ferramenta que auxiliou no planejamento e condução das ações, permitiu, ao reconhecer as potencialidades e dificuldades encontradas na comunidade, a realização de oficinas e momentos de fortalecimento teórico-prático, demonstrando sua total eficiência quanto ao direcionamento de atividades que resultam em ambientes sustentáveis.

A vulnerabilidade da população do campo, notada principalmente pela ausência dos cuidados primários em saúde, pela falta de saneamento e pelas barreiras encontradas para articulação com os serviços, elucida a importância da efetivação da política voltada para essa comunidade. Dessa forma, reflete-se sobre a necessidade de derrubar as margens impostas socialmente a esse povo, em especial aos que fazem o MST, conferindo-lhes o alcance de um padrão satisfatório de vida.

A ruptura com o conceito de marginalização criado pela exposição midiática implica na descoberta de figuras importantes na participação social, visto que lutam por direitos e possuem papel importante na produção agrícola que vincula a pluralidade campo-cidade. Cabe significar o conhecimento dessa população, adquirido por meio da busca incessante por uma sociedade igualitária, imbuída de práxis e que possa decidir o melhor para a coletividade, respeitando as respectivas diferenças.

Permeiar a realidade de um movimento camponês diante do modelo hegemônico é semelhante à sensação de estar de olhos colados e conseguir, de repente, abri-los. Enxergar as lacunas que o envolvem e almejar a modificação desse cenário, ressignificando o conceito de qualidade de vida, nos motiva a continuar escancarando que o campo está para a cidade, assim como as mãos unidas estão para a luta, e ela não para.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, DF, 2011 jun. p. 123.
- Heidemann ITSB, Wosny AM, Boehs AE. Promoção da saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 jan.; 19(8):3553-3559.
- Silva, KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4361-4370.
- Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Nunes JH. Interacionismo simbólico e movimentos sociais: enquadrando a intervenção. *Sociedade e Estado*. 2013 ago.; 28(2):257-277.
- Rosa AR, Mendonça P. Movimentos sociais e análise organizacional: explorando possibilidades a partir da teoria de frames e a de oportunidades políticas. *Rev O&S*. 2011 out.; 18(59):643-660.
- Severo DO, Ros MA. A participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde e Sociedade*. 2012 set.; 21(1):177-184.
- Cruz FS. Do essencialismo ao não essencialismo? Reflexões sobre a identidade cultural do MST. *Lua Nova*. 2010. 80:181-201.
- Moysés ST, Sá RF. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(11):4323-4330.
- Lunardi VL. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 1999 jan.; 20(1):26-40.
- Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, Sá RF. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014. 19(11):4313-4322.
- Pulga VL. Contribuições do movimento de mulheres camponesas para a formação em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013 dez.; 11(3):573-590.
- Costa MC, Lopes MJM, Soares JFS. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*. 2015; 19(1):162-168.
- Miranda M, Branco VMC. Cartões Postais. Série Coleção Saúde; 2007.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 4a. ed. rev. e atual. Lisboa: Edições 70; 2009.
- Sá F, Araújo JA. Manual do Método Bambu – construindo municípios saudáveis. Recife: Editora Universitária UFPE; 2007.
- Santos JCB, Hennington EA. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cad Saúde Pública*. 2013 ago.; 29(8):1595-1604.
- Scopinho RA. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):1575-1584.
- Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis*. 2015 dez.; 25(4):1207-1227.
- Ruckert 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: Comunicação Saúde Educação*. 2014 mar.; 2(18):1537-1546.
- Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2013 jun.; 47(3):540-548.

22. Haeser LM, Büchele F, Brzozowski FS. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22(2):605-620.

23. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

24. Borges MS, Santos MBC, Pinheiro TG. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2015 ago.; 68(4):609-616.

25. Souza JM, Tholl AD, Córdova FP, Heidemann ITSB, Boehs AE, Nitschke RG. Aplicabilidade prática do empow-erment nas estratégias de promoção da saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2014 mar.; 19(7):2265-2276.

Submissão: setembro de 2016

Aprovação: abril de 2018
