



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social – SER
Programa de Pós-graduação em Política Social – PPGPS

RHAIZA MOREIRA DE CARVALHO

ATENÇÃO À SAÚDE NO CAMPO:

desafios da utilização dos serviços pela juventude do MST no DF e Goiás

BRASÍLIA/DF
2023

RHAIZA MOREIRA DE CARVALHO

ATENÇÃO À SAÚDE NO CAMPO:

desafios da utilização dos serviços pela juventude do MST no DF e Goiás

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Lucélia Luiz Pereira.

Brasília/DF
2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D278a Moreira de Carvalho, Ehaiza
ATENÇÃO À SAÚDE NO CAMPO: desafios da utilização dos
serviços pela juventude do MST no DF e Goiás / Ehaiza
Moreira de Carvalho; orientador Lucélia Luiz Pereira. --
Brasília, 2023.
93 p.

Tese (Mestrado em Política Social) -- Universidade de
Brasília, 2023.

1. MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM-TERRA, LUTAS
SOCIAIS E AS INFLUÊNCIAS DO NEOLIBERALISMO NAS POLÍTICAS
SOCIAIS BRASILEIRAS. 2. POLÍTICA DE SAÚDE PARA A JUVENTUDE
CAMPOENA: LUTAS E RESISTÊNCIAS. 3. JUVENTUDE CAMPOENA DO
MST: ANÁLISE SOBRE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE. I. Luiz Pereira, Lucélia, orient. II. Título.

RHAIZA MOREIRA DE CARVALHO

ATENÇÃO À SAÚDE NO CAMPO:

desafios da utilização pela juventude do MST no Distrito Federal e em Goiás

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) como requisito para obtenção do título de mestre em Política Social.

Aprovada em: 27/07/2023.

BANCA EXAMINADORA:

Profª Dra. Lucélia Luiz Pereira

Orientadora – SER /UnB

Profª Dra. Janaína Deane de Abreu Sá Diniz

Membro Titular –SER/UnB

Profª Dra. Neimy Batista da Silva

Membro externo SER/UFG

Prof. Dr. Pedro Osmar Flores de Noronha Figueiredo

Membro suplente FEF/UnB

Dos campos, das cidades, das frentes dos palácios, os sem-terra, este povo de beira de quase tudo, retiram suas lições de semente e história.

Assim, espremidos nessa espécie de geografia perdida que sobra entre as estradas, que é por onde passam os que têm para onde ir, e as cercas, que é onde estão os que têm onde estar, os sem-terra sabem o que fazer: plantam.

E plantam porque sabem que terão apenas o almoço que puderem colher, como sabem que terão apenas o país que puderem conquistar.

(Paulo Rufino, *O canto da terra*, 1991)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Prof^ª. Dra. Lucélia Pereira pela orientação meticulosa, dedicada e atenta. Sua trajetória e dedicação acadêmica me incentivaram a finalizar esta dissertação.

À Prof^ª. Dra. Neimy Batista pelo acompanhamento, paciência e dedicação desde a graduação, que possibilitaram meu aprofundamento sobre o tema estudado, e pelos incentivos e inspirações tanto na minha vida acadêmica quanto privada.

Às professoras que compuseram a banca de qualificação do Projeto de Pesquisa pelas valiosas contribuições, determinantes para a construção da presente Dissertação de Mestrado.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade de Brasília e da Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Goiás, em especial os professores Alison Cleiton (UFG), Fabiana Itaci Corrêa de Araújo (UFG) e Camila Potyara Pereira (UnB).

Aos participantes da Banca de Defesa da presente Dissertação, Prof^ª. Dra. Janaína Diniz, Prof^ª. Dra. Neimy Batista e Prof. Dr. Pedro Osmar (Tatu), que aceitaram, generosamente, contribuir com este Trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de pesquisa durante os dois anos de Mestrado.

Aos colegas da turma do mestrado e doutorado de 2018/2019, uma turma comprometida que passou pelas mazelas de cursar a pós-graduação em meio à pandemia da Covid-19, estudando de forma coletiva, com debates e desabafos que contribuíram para que seguíssemos adiante. Um agradecimento especial à Bianca Stéfani Alexandre Irineu e à Ana Paula do Nascimento Barros.

À amiga de estrada, de academia, de corrente de vida Ana Paula Cruz Penante pelo apoio, compreensão, revisão, pontuações, debates e momentos de sociabilidade intensa.

Às amigas Desiree Moura e Mayara Santos Rodrigues pela companhia, escuta e força nos piores e melhores momentos dessa trajetória.

À companheira de vida e amiga Aline Leão, amorosa, entusiasta e motivadora, por todo amor e carinho que tornou tudo mais divertido e agradável.

Aos meus pais, Joselita Moreira e Cosme Lima, por todo o esforço para a compreensão dos processos e pelo carinho e cuidado.

À toda minha família e amigos que comemoraram cada pequena vitória.

Aos jovens camponeses do campo, em especial aos integrantes do MST, pela vida dedicada à luta pela reforma agrária e pela construção diária de uma nova sociedade.

Ao MST DF e GO pelas construções conjuntas, trocas de experiências e generosa participação na pesquisa.

Resumo

Compreende-se que a ideologia neoliberal acomete o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que disputa espaço e busca fomentar iniciativas na área de saúde que são focalizadas, ameaçando a perspectiva de um sistema de saúde público e de qualidade. Portanto, o SUS surge no Brasil no acirramento da luta de classes, com fragilidades quanto ao seu financiamento e efetivação. Para a juventude camponesa do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), os obstáculos enfrentados para utilizar o SUS podem ser impeditivos de uma efetiva promoção e prevenção à saúde. Assim, essa pesquisa buscou analisar a utilização dos serviços de saúde pela juventude camponesa, entre 18 e 30 anos, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, territórios dos estados de Goiás e Distrito Federal. Com esse propósito, foram definidos três objetivos específicos: 1) mapear as percepções sobre saúde para a juventude camponesa estudada; 2) conhecer os desafios na utilização dos serviços de saúde de atenção primária pelos jovens; 3) discutir agronegócio e agroecologia como elementos presentes na determinação social dos processos de saúde e doença da juventude camponesa. A discussão sobre agroecologia e agronegócio é fundamental no debate sobre saúde da juventude do campo, uma vez que o agronegócio gera conflitos sociais, políticos e culturais que impactam a vida dos jovens camponeses do MST. Além disso, interfere na saúde mental desses jovens, não só por ser apresentado como única alternativa de trabalho para este grupo etário, mas também por provocar problemas de saúde devido ao contato com aditivos químicos e tóxicos utilizados nos trabalhos das produções agrícolas. Nessa pesquisa recorreu-se ao método materialista histórico-dialético buscando apreender a totalidade dos fatos no que se refere à saúde da juventude camponesa, por meio de uma leitura histórica crítica referente à determinação social do processo saúde-doença. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio das técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e entrevistas semiestruturadas. Foram realizadas nove entrevistas com jovens do MST. Concluiu-se que os jovens entrevistados compreendem o acesso aos serviços de saúde como um de seus principais desafios, por estarem no campo. Assim, confirmou-se que o agronegócio influencia na determinação social dos processos de saúde das juventudes camponesas.

Palavras-chave: agroecologia; saúde; campo; juventudes.

Abstract

It is understood that the neoliberal ideology affects the Unified Health System (SUS), as it fights for space and seeks to promote initiatives in the area of health that are focused, threatening the perspective of a public and quality health system. Therefore, the SUS emerges in Brazil amidst the intensification of the class struggle, with weaknesses in terms of its financing and implementation. For the peasant youth of the Landless Workers Movement (MST), the obstacles faced in using the SUS can be an impediment to effective health promotion and prevention. Thus, this research sought to analyze the use of health services by young peasants, between 18 and 30 years old, from the Landless Rural Workers Movement, territories in the states of Goiás and the Federal District. To this end, three specific objectives were defined: 1) to map the health perceptions of the young peasants studied; 2) understand the challenges in the use of primary health services by young people; 3) discuss agribusiness and agroecology as elements present in the social determination of the health and illness processes of peasant youth. The discussion about agroecology and agribusiness is fundamental in the debate on the health of rural youth, since agribusiness generates social, political and cultural conflicts that impact the lives of young MST peasants. Furthermore, it interferes with the mental health of these young people, not only because it is presented as the only work alternative for this age group, but also because it causes health problems due to contact with chemical and toxic additives used in agricultural production work. In this research, the dialectical historical materialist method was used, seeking to grasp the totality of facts regarding the health of peasant youth, through a critical historical reading regarding the social determination of the health-disease process. This is qualitative research, developed using bibliographic and documentary research techniques and semi-structured interviews. Nine interviews were carried out with young people from the MST. It was concluded that the young people interviewed understand access to health services as one of their main challenges, as they are in the countryside. Thus, it was confirmed that agribusiness influences the social determination of the health processes of peasant youth.

Key Words: agroecology; health; field; youth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CGAA	Coordenação-Geral de Agrotóxicos e Afins
CF/88	Constituição Federal de 1988
Conjuve	Conselho Nacional de Juventude
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Contag	Confederação Nacional de Trabalhadores pela Agricultura
CPT	Comissão Pastoral da Terra
DF	Distrito Federal
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
Ecoforte	Programa de Fortalecimento dos Núcleos de Agroecologia
EFAs	Escolas da Família Agrícola
Efago	Escola da Família Agrícola de Goiás
EJA	Educação de Jovens e Adultos
Embrapa	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ENA	Encontro Nacional de Agroecologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Incra	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMAJ	Programa Mundial de Ação para a Juventude
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios
Pnapo	Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica

PNJ	Política Nacional para a Juventude
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral para Povos do Campo e da Floresta
Pronara	Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos
Pronera	Programa de Educação para a Reforma Agrária
PT	Partido dos Trabalhadores
SAMU	Serviço de atendimento Móvel
Sinajuve	Sistema Nacional de Juventude
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA's	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	16
CAPÍTULO 1 MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM-TERRA, LUTAS SOCIAIS E AS INFLUÊNCIAS DO NEOLIBERALISMO NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS	20
1.1 REPERCUSSÕES DO NEOLIBERALISMO NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS	20
1.2 O DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO E A DISPUTA DOS PROJETOS NEOLIBERAL E DEMOCRÁTICOS	25
1.3 QUESTÃO AGRÁRIA NO BRASIL E O HISTÓRICO DO MOVIMENTO SEM TERRA	32
CAPÍTULO 2 POLITICA DE SAÚDE PARA A JUVENTUDE CAMPOENA: LUTAS E RESISTENCIAS	35
2.1 AS POLÍTICAS SOCIAIS E A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	35
2.2 A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E AS IMPLICAÇÕES NA POPULAÇÃO CAMPESINA	42
2.3 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO CAMPONESA	46
2.4 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA, JUVENTUDES E POLÍTICAS SOCIAIS	52
CAPÍTULO 3 JUVENTUDE CAMPONESA DO MST: ANÁLISE SOBRE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	60
3.1 PERFIL DA JUVENTUDE CAMPONESA DO MST DO GOIÁS E DF PARTICIPANTES DA PESQUISA	60
3.2 SAÚDE DOS JOVENS CAMPONESES: PERCEPÇÕES SOBRE SAÚDE	68
3.3 ATENÇÃO BÁSICA E OS DESAFIOS NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA JUVENTUDE CAMPONESA	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A ROTEIRO DE ENTREVISTA	87

1 INTRODUÇÃO

Ao considerar o avanço das políticas neoliberais no Brasil na década de 1990, em meio aos avanços normativos sustentados na Constituição Federal (Brasil, 1988), inclusive as diretrizes para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se que a ideologia neoliberal disputa os rumos do SUS, uma vez que apresenta, na área de saúde, iniciativas privatistas e focalizadas, além de afetar o financiamento, o que litiga com a perspectiva de um sistema de saúde público e de qualidade.

Portanto, o SUS surge no Brasil no acirramento da luta de classes, com fragilidades quanto ao seu financiamento e efetivação, mas busca ser universal, integral, equânime e de qualidade. No entanto, apesar de ser um ótimo sistema de saúde na constituição, é arremetido por investidas neoliberais, que contribuem para que esses princípios não sejam alcançados.

Para a juventude camponesa do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), os desafios enfrentados para utilizar o SUS podem ser impeditivos de uma efetiva promoção e prevenção da saúde. Ademais, as determinações sociais do processo saúde-doença podem inferir na garantia da saúde desses jovens, em meio a conflitos agrários e disputas de território. Os povos do campo, das águas e das florestas, vivenciam objeções quanto à utilização dos serviços de saúde.

A atuação do MST historicamente relaciona-se a relevantes lutas travadas, com uma base social massiva. É considerado um dos maiores movimentos sociais da América Latina, organizado em 23 estados e o Distrito Federal, contando com 450 mil famílias, que lutam pelo direito à terra, a partir da realização da Reforma Agrária em todo o país. Este é um movimento com perspectiva de luta para além das fronteiras brasileiras, organizado na Via Campesina, uma organização internacional composta por 182 organizações, em 81 países, e mais de 200.000.000 camponeses.

A Via Campesina, fundada em 1993, é um movimento internacional que reúne milhões de camponeses, trabalhadores sem-terra, indígenas, pastores, pescadores, trabalhadores agrícolas migrantes, pequenos e médios agricultores, mulheres rurais e jovens camponeses de todo o mundo. Construído sobre um sólido senso de unidade e solidariedade, defende a agricultura camponesa pela soberania alimentar (Via Campesina, 2014, tradução nossa) ^[1].

O MST se organiza por meio de princípios democráticos e em forma de pirâmide invertida, ou seja, busca realizar um processo de escuta das famílias, valorizando os saberes populares, antes de tomarem determinadas decisões. Não obstante, é fundamental salientar a

sua perspectiva de formação política educativa¹, calcada nas bases teóricas de Paulo Freire e na de Florestan Fernandes na Escola Nacional Florestan Fernandes. Desde os anos 2000, o movimento fez um giro político ao considerar, nas formações políticas e ações, a agroecologia, como pensamento político contra hegemônico do movimento vinculado à soberania alimentar, em defesa de saberes populares como norteadores de uma construção camponesa mais coletiva e de produção de alimentos saudáveis, sem agrotóxicos.

Portanto, a juventude camponesa do MST, é uma juventude de luta; que compõe as instâncias decisórias do movimento; que segue os moldes da organização na luta pelo direito à terra; que se encontra presente no movimento desde a sua fundação, na década de 1980; e que se organiza em acampamentos anuais de formação política, onde são formados na pedagogia do movimento. Compõem programas de Educação do Campo, conquistados pela luta por reforma agrária, como o Programa de Educação para a Reforma Agrária (Pronera) e as escolas de educação do Campo Escolas da Família Agrícola (EFA). Contudo, enfrentam os desafios de ser jovem, em especial agricultor familiar do campo no Brasil (Oliveira, 2010).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD), até 2015, 15,28% da população brasileira vivia no campo². A pesquisa demonstra que mais de 30 milhões de brasileiros viviam no campo e deveriam ter acesso aos seus direitos constitucionais. O acesso a serviços públicos estruturaria, com segurança, a vida campesina de milhões de brasileiros, para evitar o aumento do êxodo rural e o aumento da pobreza e das desigualdades sociais.

A definição do termo “campo” é uma escolha política calcada na mobilização dos movimentos sociais no século XX, a qual se contrapõe à perspectiva do rural como um lugar do atraso, e pensado para uma lógica economicista sem a presença e a vivência de pessoas. O termo campo é caracterizado como um território onde vivem sujeitos que exercem a sociabilidade, trabalham e possuem sua própria cultura (Curitiba, 2006). Os povos do campo são sujeitos de direitos e por isso lutam pelo acesso à saúde integral, equânime e universal e por um sistema de saúde público, que compreenda e atue nas especificidades do campo, com profissionais formados na perspectiva campesina agroecológica.

A inspiração para estudar o tema surgiu da significativa aproximação com jovens camponeses discentes da Escola da Família Agrícola de Goiás (Efago) na graduação, por meio do Projeto de Extensão “Semeando juventudes: Serviço Social, pedagogia da alternância”. A experiência possibilitou acesso a diversas informações e produção de conhecimentos sobre a

¹ Informações adquiridas em: <https://mst.org.br/>

² Ainda não há dados mais recentes, já que a pesquisa ainda não atualizada pelo censo de 2022.

realidade vivida pela juventude camponesa e os desafios enfrentados no acesso ao conjunto de políticas sociais, dentre elas a política de saúde, educação, assistência, habitação e cultura. Ainda, durante a graduação foi realizado o Trabalho de Conclusão de Curso com o tema “juventude camponesa e o acesso à política de saúde”, que foi também impulsionador desta pesquisa.

Ademais, a pesquisa foi inspirada na incursão da pesquisadora em movimentos sociais desde o Ensino Médio, em especial na temática da juventude, mulheres e negritude, que reivindica a importância das políticas públicas voltadas para as juventudes, muito próximo aos movimentos de juventude do campo como o MST, nas ruas e nas lutas.

Essa dissertação encontra-se organizada em três capítulos: o primeiro, fundamenta os processos históricos que o Brasil passou em relação à construção da política de saúde, em interlocução com a história política do Brasil. Aborda, também, o neoliberalismo como uma ideologia que determinou e determina os rumos da política. Portanto, trata dos conflitos agrários territoriais que ascendem com a estruturação do agronegócio no país e a consolidação dos movimentos sócio territoriais brasileiros em ações e projetos contra hegemônicos.

O segundo capítulo é composto por subtópicos que passam por uma revisitação histórica da política de saúde e da Atenção Básica. Apresenta a perspectiva da defesa da Atenção Básica como principal porta de acesso para a juventude em interlocução com a teoria da determinação social do processo saúde-doença. Ainda neste capítulo, é ressaltada a construção histórica das juventudes, principal categoria trabalhada nesses estudos, com o intuito de compreender sua diversidade. Por último, o terceiro capítulo apresenta a análise de dados coletados por meio de nove entrevistas com jovens do MST do Distrito Federal e de Goiás. A análise destaca os desafios enfrentados pela juventude no acesso à política de saúde e a relação da saúde dos jovens do MST com a agroecologia.

Assim, essa pesquisa buscou discutir os desafios enfrentados pelos jovens do MST, de 18 a 30 anos incompletos, para a utilização do serviço público de saúde, estabelecendo como objetivo geral: analisar a utilização dos serviços de saúde pela juventude camponesa, na faixa etária entre 18 a 30 anos, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Foram definidos três objetivos específicos: 1) mapear as percepções sobre saúde para a juventude do campo estudada; 2) conhecer os desafios na utilização dos serviços de saúde de atenção primária pelos jovens; e 3) discutir agronegócio e agroecologia como elementos presentes na determinação social dos processos de saúde e de doença da juventude camponesa.

Para aproximação dos objetivos supracitados, frisam-se importantes marcos teóricos como: a) a Constituição Federal brasileira que prevê, nos art. 96 ao 200, uma saúde pública, integral e de qualidade, universal sem discriminação de credo, cor ou raça, e dos artigos da Constituição, no que tange às pessoas do campo (Brasil, 1988); e b) a Política Nacional de Saúde dos Povos do Campo e das Florestas, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), expresso na Lei 8.080/1993.

A discussão sobre agroecologia é fundamental na discussão sobre saúde da juventude do campo. Outra discussão central é o agronegócio, uma vez que se constitui como fator de conflitos social, político e cultural dos jovens camponeses do MST, interferindo na saúde mental dos jovens, ao ser apresentado como única alternativa de trabalho para este grupo etário, provoca adoecimentos no contato com aditivos químicos e tóxicos utilizados nos trabalhos das produções agrícolas.

Portanto, para a juventude que consegue ser agricultora familiar e viver da sua produção em vez de produzir a partir do trabalho do agronegócio, a soberania alimentar e a segurança alimentar mostram-se essenciais para a concepção e para a promoção da saúde das pessoas que vivem no campo. Ademais, a relação estabelecida entre a juventude e os alimentos, ao se verem como parte do processo de produção e colheita para o sustento de seus familiares, amplia a sua compreensão do ser saudável e da importância da comida limpa, sem agrotóxicos.

2 METODOLOGIA

Esse estudo é resultado de uma pesquisa qualitativa sobre saúde da juventude do campo e utilização dos serviços de saúde na interface sobre determinação dos processos de saúde-doença e a disputa existente entre agroecologia e agronegócio. A pesquisadora recorreu ao método de investigação marxista materialista histórico-dialético no desenvolvimento da pesquisa, buscando “apreender a essência, ou seja, a estrutura e a dinâmica do objeto” (Netto, 2011, p. 22). Considerando que a juventude e a política de saúde e o próprio MST, são temas de relevância social e que têm sido historicamente objeto de disputa política, importa realizar uma pesquisa socialmente referenciada.

O método é essencial para apreender o estudo da teoria social, na “reprodução ideal do movimento real” (Netto, 2011, p. 53), compreendendo a essência do objeto estudado. Assim, a pesquisa aproxima-se deste método para tentar se aproximar de uma compreensão da totalidade dos fatos no que se refere à saúde da juventude camponesa, por meio de uma leitura histórica crítica referente à determinação social do processo saúde-doença, buscando identificar a

singularidade, a particularidade e a universalidade do objeto e apreendendo as suas múltiplas determinações, “abstraídos de suas influências políticas, econômicas e culturais” (Gil, 2008, p. 14).

O método é o movimento do concreto que se qualifica como

aquele ‘que consiste em elevar-se do abstrato ao concreto’, “único modo” pelo qual “o cérebro pensante” “se apropria do mundo”. (...) Por isso conhecimento concreto do objeto é o conhecimento das suas múltiplas determinações - tanto mais se reproduzem as determinações de um objeto, tanto mais o pensamento reproduz sua riqueza (concreta) (Netto, 2011, p. 45).

A partir do método materialista histórico-dialético, este trabalho foi desenvolvido por meio da pesquisa qualitativa, que: “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 2001, p. 21). A pesquisa qualitativa, mais utilizada em investigações das ciências humanas e sociais, possibilita apreender os sentidos e as dinâmicas acerca do tema estudado.

Para a construção do arcabouço teórico do trabalho realizou-se também levantamento bibliográfico concatenado à pesquisa documental, com base em alguns termos e conceitos caros ao tema: política de saúde; determinação social do processo saúde e doença; atenção à saúde no campo; reforma agrária; agroecologia e agronegócio; juventude; e juventude camponesa. Nesse sentido, o levantamento bibliográfico foi realizado a partir da leitura de livros, artigos científicos, teses, dissertações e alguns sítios virtuais associados ao objeto, como o site do MST, que apresenta o histórico do movimento, além da busca em sites oficiais das gestões atuais dos dois estados, Distrito Federal e Goiás. A pesquisa documental abarcou a Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e das Florestas, Lei nº 8080, CF 1988, Decreto da Atenção Básica, Política Nacional de Juventude. Esses documentos foram estudados relacionados à política de saúde no campo e à juventude camponesa, buscando entender a caracterização da população rural.

Para alcançar o objetivo geral desta dissertação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, guiadas por um roteiro sem rigidez. A escolha dos nove entrevistados ocorreu com base em: faixa etária, cor/raça, sexo, representatividade por assentamentos e acampamentos conquistados pelo MST, residência nos estados de Goiás e Distrito Federal.

Em Goiás, a identificação dos jovens ocorreu com o auxílio de uma liderança local, referência da luta da juventude no estado, que também foi entrevistada. No Distrito Federal, os

jovens foram selecionados a partir de aproximações da pesquisadora com lideranças do MST durante a graduação. Um dos entrevistados foi, inclusive, estudante de direito agrário, formação impulsionada pelo Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (Pronea). Trata-se do aprimoramento da educação no/do e para o campo desde a educação básica até a superior. Os contemplados pelo Programa, em sua maioria, são assentados da reforma agrária e tem a oportunidade de acessar uma educação que atende a dinâmica da vida camponesa. A aproximação com as mobilizações e eventos do MST também foi fundamental na identificação dos jovens. Assim, a seleção dos jovens entrevistados foi calcada em vivências e lutas, construídas historicamente.

No intuito de selecionar esses jovens, buscou-se uma aproximação com o Movimento, sendo que o primeiro contato com lideranças do MST do DF ocorreu no assentamento situado em Brazlândia-DF. Na primeira visita foi possível conhecer a área de saúde do MST do DF: um assentamento que possui uma área de pesquisa em ervas medicinais, uma casa de sementes em construção, a plantação e recuperação de uma área degradada por meio de uma agrofloresta, com a finalidade de ser um espaço de pesquisa de plantas medicinais fitoterápicas, e a construção de um local para pesquisa em parceria com a UnB, um projeto que evidencia o compromisso do Movimento com a saúde camponesa. Este é um assentamento que conta com muitos jovens e é diretamente ligado ao debate de saúde. Assim, a partir da primeira visita, foi organizado o cronograma de entrevistas.

Tendo em vista o período de pandemia³ de Covid-19, buscou-se respeitar, além dos procedimentos éticos, os procedimentos sanitários, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). No entanto, frente aos desafios do acesso à internet para a juventude assentada e acampada e as dificuldades experimentadas pelo Movimento no DF, em especial, em indicar jovens de forma remota, algumas entrevistas foram realizadas presencialmente. As demais, *online*, por meio da plataforma *Google Meet*, ocorreram sobretudo com os jovens do estado de Goiás, pela diversidade de locais onde se encontravam e pela impossibilidade de encontros presenciais.

Para a realização das entrevistas foi construído um roteiro semiestruturado, disponível no Apêndice A, norteador da temática em pauta, além de um guia para estimular a conversa com os jovens selecionados. O referido roteiro foi pensado para perpassar os seguintes

³ Segundo a OMS: O termo “pandemia” se refere à distribuição geográfica de uma doença e não à sua gravidade. A designação reconhece que, no momento, existiam surtos de Covid-19 em vários países e regiões do mundo. No Brasil, a pandemia matou mais de 705.054 brasileiros, e fez com que muitos tivessem que ficar em casa por muito tempo ou arriscar suas vidas indo trabalhar. Além disso, a crise sanitária mudou historicamente, cultural e psicologicamente a vida de todos os brasileiros.

subtemas: os desafios dos jovens em relação à utilização dos serviços de saúde; a relevância da juventude do MST em relação à luta por uma saúde integral para os povos do campo e da floresta; o Movimento e a relação com a garantia da saúde dos jovens e da população camponesa; além de também abordar a concepção de saúde para esses jovens; os efeitos do agronegócio na saúde dos mesmos; e a participação da juventude camponesa na luta contra o projeto do agronegócio.

As entrevistas foram realizadas de forma individual e anônima preservando o entrevistado de situações de constrangimento. Ao realizar a pesquisa prezou-se pela garantia dos direitos dos participantes, o respeito à dignidade humana e à sua proteção, de acordo com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, evitando quaisquer possíveis prejuízos aos entrevistados. Para assegurar a compreensão sobre os direitos, os riscos e benefícios de sua participação, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada a assinatura, de acordo com o Capítulo I dos Termos e Definições, Artigo 2º § “V:

O consentimento livre e esclarecido: anuência do participante da pesquisa ou de seu representante legal, livre de simulação, fraude, erro ou intimidação, após esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, sua justificativa, seus objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos (BRASIL, 2016).

O TCLE foi assinado presencialmente ou digitalmente, nos casos das entrevistas remotas. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos participantes. Portanto, garantiu-se o sigilo e a privacidade dos entrevistados, como estabelecido nos regulamentos do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados coletados foram utilizados de forma anônima e os nomes, substituídos por números, vão ser armazenados em lugar seguro por cinco anos, conforme as normativas éticas. Ademais, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, por meio da Plataforma Brasil.

No planejamento da pesquisa estabeleceu-se um cronograma de entrevistas com a juventude desses assentamentos. No entanto, houve desafios e imprevistos no sentido do cumprimento do cronograma a partir da relação com o Movimento e desencontros nas agendas, que possui sua própria dinâmica e rotina. Como exemplo, a realização de ocupações novas, nas quais os jovens de assentamentos existentes contribuem, costumeiramente, em tempo integral. Além disso, a pesquisadora enfrentou desafios diante da conjuntura de restabelecimento da escrita após um ano de *lockdown*⁴ e incertezas em relação às políticas para a agricultura familiar durante o governo de Jair Bolsonaro (2019 a 2022).

⁴ O lockdown foi um período determinado por cada governante, em que existiam algumas regras do que poderia estar funcionando e de circulação das pessoas nas ruas.

Ademais, ainda é preciso considerar os impactos que as disputas de terra geram na auto-organização do Movimento. Além do desafio para aproximação da juventude camponesa do MST na conjuntura política nacional, também se observam dificuldades de infraestrutura para a realização das entrevistas, como a falta de acesso à internet, água e energia elétrica nas ocupações onde residem as pessoas entrevistadas, e a falta de espaço adequado com o devido sigilo ético, para realização de entrevistas presenciais. Algumas entrevistas tiveram que ser realizadas em pé no sol, em meio à terra vermelha.

Diante dos desafios encontrados no percurso metodológico da pesquisa, a estratégia de planejamento do campo foi alterada, e passou-se a considerar a maior diversidade de abrangência de assentamentos. Assim, a pesquisadora realizou a pesquisa em nove assentamentos e acampamentos diferentes.

Para estruturar o terceiro capítulo e analisar os dados, as entrevistas foram degravadas, transcritas, lidas atentamente e categorizadas, para visualização geral, identificação de padrões e cruzamento dos dados (Creswell, 2007). Ainda referente à análise dos dados, a palavra Juventude, associada à utilização dos serviços de saúde e concepção de saúde foram centrais para a análise. A agroecologia foi compreendida como o fio condutor da discussão sobre percepção de saúde, questão agrária, conflitos agrários e agronegócio

CAPÍTULO 1

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM-TERRA, LUTAS SOCIAIS E AS INFLUÊNCIAS DO NEOLIBERALISMO NAS POLÍTICAS SOCIAIS BRASILEIRAS

Neste capítulo foi realizada uma análise sobre os fundamentos da política social e em especial da política de saúde destinada à população camponesa, a partir do método marxista, de compreensão teórica e política, denominado método materialista histórico-dialético. Buscou apreender o objeto de forma a considerar os elementos históricos que dialeticamente transitam entre o universal, o particular e o singular, para compreender a sua essência. Sendo assim, a pesquisadora tentou se aproximar desse método ao debater os principais temas deste trabalho, começando por uma análise da política de saúde por meio da sua construção histórica e das implicações do projeto político econômico vigente, que no Brasil, teve a adesão de novas configurações no governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) com a política neofascista, agregada à ideologia neoliberal com amplas implicações para a política de saúde (Netto, 2011).

1.1 Repercussões do Neoliberalismo nas políticas sociais brasileiras

Para iniciar o debate sobre a política de saúde e determinação social do processo saúde-doença, localiza-se a saúde como parte do conjunto de Políticas Sociais que surgem por meio da intervenção do Estado frente à luta de classes na sociedade capitalista. Por isso, neste capítulo, foi abordada a conjuntura brasileira diante das lutas por políticas sociais e os efeitos do sistema capitalista, e de princípios neoliberais nas ações que favorecem a classe trabalhadora.

A atual política teórico-prática capitalista, atualmente é neoliberal. Ela remodela o antigo liberalismo econômico e político que promoveu uma política individualista e não incentivava a intervenção estatal nas relações trabalhistas. No País, o neoliberalismo é atualizado e particularizado a partir das características únicas da formação sócio-histórica da sociedade brasileira.

Desta forma, o neoliberalismo, representa

em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que bem-estar humano pode ser melhor promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos direitos a propriedade privada, livre mercado e livre comércio (Harvey, 2008, p. 3).

Desenvolve-se para "criar condições favoráveis à acumulação lucrativa de capital pelos capitalistas domésticos e estrangeiros" (Harvey, 2008, p. 17). Essas ações inicialmente ocorrem de forma coercitiva, impulsionadas pelos Estados Unidos e pelo governo de Margareth Thatcher na Inglaterra. A partir da década de 1970, visualiza-se o desenvolvimento e a expansão dessa ideologia política para outras partes do mundo, como Chile e Iraque, entre outros.

Foram diversos os fatores que contribuíram para o avanço do neoliberalismo em âmbito mundial, como por exemplo o fim da União Soviética que contribuiu para a propagação do discurso de que o socialismo cerceia as liberdades individuais e que fracassou, além de outras caracterizações difamatórias. Por consequência, era necessária outra referência de desenvolvimento, com a união política de países poderosos em torno de um objetivo em comum. A culminação desses elementos impulsionou e expandiu uma nova ideologia política, a neoliberal.

Segundo Harvey (2008, p. 13), "o neoliberalismo se tornou hegemônico como modalidade de discurso e passou a afetar tão amplamente os modos de pensamento que se incorporou às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretar, viverem e compreenderem o mundo". Portanto, a ideologia neoliberal foi implementada mundialmente ao ser combinada à globalização: os países imperialistas dominaram os demais países pela dimensão ideológica ou coercitiva considerando que são países que possuem um considerável poder bélico.

Essas são configurações de um Estado neoliberal em desenvolvimento desigual: apoio a repressões; indicações para reformas que sejam a favor do capital local e internacional; e medidas que impeçam a possibilidade de mudanças de rumos do sistema capitalista para um novo sistema, a exemplo, o socialista ou qualquer outro que garanta uma nova sociabilidade que contemple a classe trabalhadora. Essas ações políticas e econômicas neoliberais aprofundaram a desigualdade social e aumentaram a taxa de lucro da classe dominante que representa, atualmente, apenas 1% da população mundial. Apesar de serem medidas políticas anunciadas como solução para o fim da crise do capital que ameaçava a economia na década de 1970, não significaram a saída da crise, mas a intensificação das desigualdades e da acumulação do capital em uma curva ascendente, controlada por essa parcela minoritária da população.

As políticas neoliberais defendiam com prioridade o direito à propriedade privada. No entanto, era preciso criar ações que garantissem que os trabalhadores não se revoltassem contra os patrões, em especial porque o mundo estava em crise. Vivia-se em meio a um contexto de amplo índice de desemprego e baixos salários combinados à falta de políticas sociais e reduzidíssima qualidade de vida, o que culminou em revoltas e organização popular. Contudo,

com políticas denominadas Keynesianas foi instituído, primeiramente na Inglaterra, o *Welfare State* ou estado de bem-estar social. Esse Estado “marca definitivamente o nascimento das políticas sociais e representa uma conquista da classe trabalhadora em favor de seus direitos” (Godoy, 2019, p. 37), mas também representou uma mordaza para os sindicatos e trabalhadores que estavam reivindicando seus direitos, uma política de apaziguamento da luta em troca de direitos fundamentais.

No Brasil, a partir da década de 1970, em especial com efeitos da ditadura militar e a conformação de diversos outros fatores econômicos, políticos e ideológicos, além da influência econômica externa iniciou-se um processo de mudanças para políticas neoliberais. Todavia, só a partir da década de 1990, a ideologia neoliberal ganhará força no Brasil, na aceitação plena das regras pelo "consenso de Washington" e da ideologia de mercado inaugurada no governo Collor e consolidada no governo Fernando Henrique.

As políticas neoliberais no Brasil são reflexos de um país que não chegou a atingir o Estado de Bem-Estar Social, afinado a uma nação com resquícios da colonização. E ainda, destacam-se momentos políticos relevantes que antecedem o processo de implementação de políticas neoliberais no Brasil, como o fim da Ditadura Militar (1964-1985) e a promulgação da Constituição de 1988.

Ao sair desses 21 anos de Ditadura, apesar do processo de redemocratização buscar uma política mais voltada para a justiça social e com mais direitos para a classe trabalhadora, o País sofreu com a forte influência dos Anos de Chumbo, experimentando um pós-1964 com adensamento de uma caracterização econômica e política sustentada em monopólio, em um Estado dependente, e em uma autocracia burguesa, na qual o controle da economia brasileira se concentrava na burguesia, seguindo o capital norte americano (Netto, 2005).

Consequentemente, o pós-1964 e a hegemonia neoliberal global citada anteriormente culminam em um processo de desdobramentos de políticas neoliberais no Brasil. Assim, apesar do estabelecimento de governos democraticamente eleitos, eram alinhados com a ideologia neoliberal e aplicaram políticas de austeridade, nocivas à classe trabalhadora que começava a ter esperanças de exercer “democracia”, conforme previsto na Constituição recém promulgada, apelidada de “cidadã”. Desta forma, as políticas sociais aprovadas na CF/88 são enfraquecidas por falta de vontade política na alocação de recursos para sua consolidação.

Nos anos 1990, um período de crise política e econômica, que afetou de maneira incisiva a vida da classe trabalhadora. Políticas de retrocesso passaram a contrapor as conquistas da redemocratização. No entanto, no começo dos anos 2000, há uma mudança no período com a

eleição de Luís Inácio Lula da Silva à presidência da República (2003-2011). Esse foi considerado um presidente que estaria ao lado da classe trabalhadora, com a expectativa de provocar mudanças significativas nas pautas das políticas públicas, tornando-se um marco na história do Brasil.

A gestão governamental assumida pelo Partido dos Trabalhadores (PT) foi caracterizada como progressista em uma linha de atuação de conciliação de classes, indo de encontro com as propostas iniciais de se voltar para a classe trabalhadora, visto que cedeu à política de conciliação sob o discurso de manter a tal “governabilidade”. Por um lado, avançou em políticas sociais que garantiam mínimos direitos à classe trabalhadora, mas, por outro, com o passar dos anos e as pressões, favoreceu a burguesia, renunciando ações abrangentes em relação às pautas populares. O Governo Lula manteve uma política econômica conservadora, sem promover grandes reformas políticas ou empresariais, e seguiu a linha neoliberal adotada pelo antecessor Fernando Henrique Cardoso, de valorização do lucro, acompanhando as investidas do capital em meio à crise do capital (Behring, 2016). Contudo, como um governo conciliador, diante das crises adotaram medidas de arrocho das políticas sociais. O que nos levou associada a uma série de fatores a uma crise

A crise econômico-financeira de 2007 e 2008, com catastróficos resultados sociais, estimulou a erupção de movimentos de extrema direita. As jornadas de junho, no Brasil de 2013, mobilizaram sentimentos difusos contra as estruturas políticas carcomidas e “tudo que está aí” (Magalhães, 2019, p. 22).

Há uma mudança de governante no Brasil, mas não de partido o PT mesmo em meio a crises continua a assumir o governo do Estado Brasileiro, portanto a Presidenta Dilma Rousseff, é democraticamente eleita pelo povo Brasileiro. E ainda mesmo com a popularidade abalada, após os protestos de 2013, a presidenta Dilma Rousseff se reelegeu em 2014. Mas, apesar de implementar logo no início de seu mandato agendas defendidas pela direita e alinhadas ao capital, isso não foi suficiente para manter a presidenta no cargo. O Governo Dilma, ao contrário do Governo Lula, não conseguiu inibir protestos e não promoveu ações fortes de conciliação de classes. Não servindo mais para a burguesia, Dilma sofreu um golpe em 2016 e quem assumiu foi seu vice-presidente Michel Temer com a plataforma que ele considerava ser uma “ponte para o futuro”, voltada para os interesses da burguesia na implementação de políticas de austeridades, assinaladas por bancos mundiais e pela elite para viabilizar o pagamento da dívida pública. A consequência dessa movimentação política foi direta na área pública e na sociedade em geral, com demissões, diminuição dos investimentos em políticas sociais, aumento da cobrança de impostos, e ainda, com a realização de contrarreformas, que reformulam conquistas

históricas dos movimentos sociais. Assim, foram implementadas políticas que visavam a decadência de um serviço público estatal, para que fosse necessária a utilização de serviços privados e que geralmente favorecem os capitalistas.

O futuro chegou, essa série de fatores resumidos, culminaram em 2018 “o ano em que tão cedo não vai terminar” (Magalhães, 2019, p.11). Considerando o golpe que uma presidenta eleita democraticamente sofreu em 2016, a democracia encontrava-se abalada e em 2018 isso se aprofundou. Diante desse cenário, no qual um movimento conservador emergiu exponencialmente no Brasil, aconteceram diversos ataques a defensores de direitos humanos e ou da natureza que representavam movimentos de resistência.

O assassinato de Marielle Franco, é um exemplo emblemático no cenário nacional e, significativo para outros países, pois foi um momento em que se constitui na história do Brasil a eleição do Bolsonaro. Em 14 de março de 2018, Marielle, vereadora eleita no Rio de Janeiro, negra, lésbica, cria da favela da Maré, foi brutalmente assassinada junto com o seu motorista Anderson Gomes, e nos cantos do Brasil e do mundo ecoou a pergunta “Quem mandou matar Marielle?” Não havendo nenhuma dúvida entre a esquerda e defensores de direitos humanos e qualquer pessoa que não acreditasse em *fake news*, que foi um assassinato planejado e ordenado para silenciar a voz de uma vereadora eleita. Mas os atos de rua mostraram o que Marielle em vida reivindicava, “somos sementes”. Marielle deixou um legado. Mesmo assassinadas, milhares de mulheres vieram a ser sementes.

Ademais, no dia 06 de abril de 2018 o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi preso, em uma nítida investida para que não fosse reeleito, sendo considerado, em diversas pesquisas, como o favorito para vencer as eleições presidenciais que ocorreriam em outubro do mesmo ano. Lula foi preso sob a acusação de corrupção⁵, uso indébito do dinheiro público. Uma das indicações foi a aquisição ilícita de um triplex de “luxo” em Guarujá/São Paulo. Contudo, não havia provas para justificar prisão. Ele se entregou em um lugar simbólico no sindicato dos metalúrgicos em SP, onde pôde fazer um último ato que emocionou milhares de militantes e jornalistas.

Portanto, a ano de 2018 foi marcado por fatos que sangram na história do Brasil. O ano terminou com a eleição de Jair Bolsonaro, um presidente eleito sustentado pelo ódio e pelas *fake news*, notícias falsas disseminadas pela internet, sem fundamento ou fontes, e que possuem conteúdos que propagam o medo, o ódio a intolerância religiosa, a xenofobia, o racismo a LGBTfobia, o machismo e fere os direitos humanos, além de fazer com que trabalhadores se

⁵ Essa condenação foi anulada possibilitando que em 2022 o ex-presidente fosse reeleito.

voltem contra os trabalhadores mais estabilizados como os concursados, o incentivo do uso de armas, a morte de sujeitos com o mote “bandido bom é bandido morto”. Bolsonaro, reprovado historicamente como deputado, avaliado com reduzido desempenho legislativo, mas que apesar de não ser exatamente o que a burguesia almejava, considerada a falta de alternativa para o Brasil para essa perspectiva, serviu para os interesses da classe dominante. Esse foi um governo que marcou a história do Brasil como um enorme retrocesso político, econômico, cultural e nas políticas públicas. Tudo isso foi acentuado pelo fato de que três dos quatro anos de seu governo se deram em meio a uma pandemia catastrófica, o que resultou em milhões de mortes por incentivo governamental ao negacionismo e por falta de gestão política (Magalhães, 2019).

Portanto, segundo Lowy (2015 p. 663), “o sistema Capitalista, sobretudo nos períodos de crise, produz e reproduz fenômenos como fascismo, racismo, os golpes de Estado e as ditaduras militares”. Esse é um momento que fica registrado na história do Brasil de um governo de ideologia neofascista, adaptada a ideologia neoliberal, mas que se hibridiza com fascismo clássico. Adequa-se por intermédio o ódio ao seu próprio povo, a alta militarização e precarização da vida, e suscita políticas consideradas ultra neoliberais, pois aprofundam a austeridade, a guerra aos pobres, e o aumento da taxa de lucro enquanto milhões morrem de fome, de bala ou durante a pandemia de Covid-19. Do mesmo modo, considera-se que as medidas e decretos governamentais são autoritários e coercitivos (Mattos, 2020). Este resgate de conjuntura e da história é essencial para compreensão da política de saúde e das disputas para sua efetivação e permanência.

1.2 O desenvolvimento agrário e a disputa dos projetos neoliberal e democrático

As disputas de projetos de desenvolvimento agrário têm influência no processo de construção de políticas sociais para o campo. Se o projeto que está ligado aos latifundiários proprietários de terras no campo não compreende a relevância de políticas sociais específicas para a população camponesa, os desafios para efetivação das políticas se ampliam. Para o agronegócio, o campo é um local de produção de monoculturas e criação de gado; não é do interesse dele a vivência, a cultura, a educação e a sociabilidade no campo.

O termo agronegócio surge nos Estados Unidos da América (EUA) após diversas mudanças ocorridas na produção do campo, em especial, com a saída de um número significativo de trabalhadores do campo para as cidades. Considera-se que

a palavra agronegócio é nova e é também uma construção ideológica para tentar mudar a imagem latifundista da agricultura capitalista. O latifúndio carrega em si a imagem de exploração, trabalho escravo, concentração da terra, coronelismo, clientelismo, subserviência, atraso político e econômico. É, portanto, um espaço que pode ser ocupado para o desenvolvimento do país: o latifúndio está entre as políticas sociais e o desenvolvimento agrário nesse contexto para aí sim falar o termo agronegócio associado à terra que não produz e pode ser usada para reforma agrária. A imagem do agronegócio foi construída para renovar a imagem da agricultura capitalista, para “modernizá-la”. É uma tentativa de ocultar o caráter concentrador, predador, expropriatório e excludente para revelar somente o caráter produtivista. Houve o aperfeiçoamento do processo, mas não a solução dos problemas: o latifúndio efetua a exclusão pela improdutividade, o agronegócio promove a exclusão pela intensa produtividade (Fernandes, 2008, p. 1).

Segundo Delgado (2012, p. 96), “em 1999 acontece um verdadeiro relançamento do agronegócio”, com investimentos financeiros e políticos internacionais, criação de instituições como a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e o “afrouxamento” da política fundiária. O agronegócio avança com a ampliação de terras e uso de alimentos transgênicos que favorecem a dominação econômica da atividade do setor no país.

O processo de globalização mundial e a adoção de políticas neoliberais de abertura comercial e relativa desindustrialização parecem ter induzido um retorno do Brasil ao projeto de “vocação agroexportadora”, defendido historicamente pelas elites agrárias e que vai redefinir, dessa perspectiva, o papel que a agricultura deve desempenhar na economia (Delgado, 2012, p. 94).

O agronegócio possui uma perspectiva da lucratividade e da política burguesa, e avança para a total retirada de terras dos povos originários e transformação do campo em um lugar apenas para produção de *commodities*⁶. Isso ocasiona diversos conflitos de terras, os quais progridem para massacres, a exemplo do massacre de Eldorado dos Carajás, no Pará, que ocorreu em 1996. Trata-se de memórias da luta que demonstram a violência do conflito de terras e a necessidade da efetivação de uma reforma social (Caldart, 2001).

Portanto, o agronegócio é um projeto sustentado no modo capitalista neoliberal, que interfere diretamente na economia e que monetiza ao máximo a produção e venda de alimentos, considerando que os alimentos são apenas *commodities*. Os alimentos são padronizados e para isso recebem amplas quantidades de agrotóxicos para que possam ser vendidos em larga escala. Essa forma de produção não tem como prioridade o que seria o óbvio: alimentar a população brasileira. Além disso, objetivam exportar, com isso o agronegócio se torna um dos

⁶ Segundo a Fiocruz, são produtos de origem agropecuária ou de extração mineral, em estado bruto ou pequeno grau de industrialização, produzidos em larga escala e destinados ao comércio externo. Seus preços são determinados pela oferta e procura internacional da mercadoria.

responsáveis pela fome no Brasil e no mundo, conforme explicitado pelo MST em 2008, contudo se aprofunda atualmente (Fernandes, 2008).

A crise alimentar evidencia uma das vertentes do capitalismo neoliberal que infere na desigualdade social e amplia a fome no mundo. O agronegócio propagava a inevitável produção de alimentos com agrotóxico em larga escala para que se combatesse a fome, mas com o objetivo de lucrar. Os preços dos alimentos e a quantidade de alimentos que são desperdiçados por não serem vendidos exemplificam essa realidade (Fernandes, 2008).

Para Delgado (2012) existem dois projetos: político neoliberal, citado anteriormente, que tem em sua composição o agronegócio como um projeto para agricultura, originado nos Estados Unidos; e o democratizante, que possui como principal política o desenvolvimento e investimento na agricultura familiar e que, apesar de sua existência por meio dos pequenos agricultores, foi institucionalizado e estruturado concomitantemente à construção da Constituição Federal (Brasil, 1988). De acordo com Delgado, “os principais protagonistas do projeto democratizante no meio rural foram os sem-terra, assentados e agricultores familiares nas lutas da década de 1990 com propostas alternativas de desenvolvimento rural, baseadas na reforma agrária e fortalecimento da agricultura familiar” (Delgado, 2012, p.85).

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), além dos trabalhadores rurais, encamparam a luta pela reforma agrária popular. Existem, segundo Stédile (2012), diferentes modalidades de reforma agrária, implementadas em diversos países, em épocas diferentes. Mas, ainda segundo o autor, no Brasil não houve uma reforma agrária ampla e popular, que consiste na “necessidade de um amplo processo de desapropriação das maiores propriedades, estabelecendo-se inclusive um limite máximo da propriedade rural no Brasil” (Stédile, 2012, p. 664). O autor aposta que essa reforma agrária teria agroindústrias cooperativas, respeitaria a sociabilidade camponesa e referenciaria sua produção na agroecologia, além de outras transformações que possibilitariam uma maior qualidade de vida ao camponês.

Mas, não só os sujeitos do campo constituem essa vanguarda; os demais movimentos sociais e teóricos que demandam uma transformação social também defendem um novo projeto agrário no país. Trata-se de um projeto de campo inserido em uma sociedade longe apenas de negócios e máquinas. Esses movimentos sociais do campo se incorporaram à construção do programa do governo Lula em 2005 sobre a reforma agrária que, sem dúvida, apesar das controvérsias de não ter efetivado integralmente a política nacional de reforma agrária e de ter desmobilizado o movimento sem-terra, com algumas estratégias, foi o mais expressivo na

quantidade de desapropriação de terras ociosas e de assentamento de famílias em relação aos governos anteriores (Fernandes, 2008).

Os movimentos sociais MST, MPA, entre outros, constroem política com base na agroecologia. A partir de 2011, segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) esses movimentos realizaram diversas ações para pressionar os governos por uma política nacional de agroecologia, iniciada pela Marcha das Margaridas⁷, prosseguindo com diversas manifestações, além de encontros dos movimentos em conjunto discutindo sobre o tema, como o Encontro Nacional de Agroecologia (ENA) e a construção dos documentos destinados ao governo vigente, a exemplo, os de 2014: “o MST destacou a agroecologia em um documento público dirigido aos candidatos à presidência da república nas eleições de 2014” (Carneiro, Búrigo, Dias, 2015, p. 516).

A agroecologia é uma forma ancestral de cultivo e preservação de alimentos, sendo que a agricultura familiar e o campesinato a praticam como maneira de manter a diversidade da produção agrícola. Portanto, a agroecologia é uma ciência e prática de transição agrícola; é uma forma de produção sustentável, na qual há uma preocupação não apenas com o alimento e a sobrevivência dos seres humanos, mas com todas as espécies. As plantações agrícolas funcionam respeitando as leis da natureza elas se defendem e se reproduzem, estabelecendo um funcionamento sem a necessidade de agrotóxicos (Nodari; Guerra, 2015).

Com o decreto presidencial 7.794/2012, após a luta das mulheres e as pressões da Confederação Nacional de Trabalhadores pela Agricultura (Contag), a presidenta Dilma Rousseff instituiu, em 2012, a Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Pnapo), a partir do decreto presidencial nº 7.794, de 20 de agosto. Segundo o Dossiê da Abrasco (2015), essa política contou com avanços em algumas pautas como: “os programas de crédito voltados para a agricultura familiar; o Programa Ecoforte⁸; os núcleos de Agroecologia apoiados pelo governo federal por intermédio do CNPq e o Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pronara)” (Búrigo *et al.*, 2015, p. 528). Apesar de alguns avanços, durante o governo da presidenta Dilma Rousseff, quase nada avançou na reforma agrária no país, sendo o governo que menos avançou nessa agenda, desde o de FHC.

Entre 2011 e 2015, a administração Dilma teria fixado 133,6 mil famílias em assentamentos. No 1º mandato de Lula teriam sido assentadas 381,4 mil famílias e,

⁷ Manifestação realizada desde o ano 2000 por mulheres trabalhadoras do campo e das florestas, impulsionada por sindicatos dos trabalhadores rurais e por movimentos sociais; é considerado o movimento mais efetivo de mulheres do campo e das florestas.

⁸ Programa de Fortalecimento dos Núcleos de Agroecologia (Ecoforte).

no 2º mandato, mais 232,6 mil famílias. A média de Lula é de 76,7 mil famílias por ano, contra uma média em torno de 25 mil famílias sob Dilma (INCRA, 2017).

O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) foi caracterizado como um governo conservador neoliberal, que entregou o Brasil para o capital externo e implementou incisiva política de privatizações “com base em uma taxa de câmbio fortemente valorizada com políticas internas recessivas, capitaneadas por juros altos, restrição ao crédito e congelamento por um ano do salário-mínimo” (Pereira, 2016 p. 73). A autora alude que essa política econômica impactou a agricultura, em especial a familiar. Além disso, o país enfrentou o agravamento da crise agrária com endividamentos, queda de preços e movimentações econômicas que feriram o andamento da agricultura.

Atualmente, vivencia-se governos que pouco avançaram nas políticas de reforma agrária. Na verdade, há retrocesso e é preciso defender políticas existentes para garantir o mínimo, com flexibilizações para o agronegócio, fazendo com que a população do campo viva momentos de maiores conflitos de terras. A Comissão Pastoral da Terra (CPT) registra o aumento de 63% em conflitos de 2018 para 2019, totalizando mais de 1.000 conflitos (Sauer; Leite; Godoy, 2020).

Ainda segundo Sauer; Leite e Godoy (2020, p. 301), houve várias outras investidas contra o campo e a reforma agrária, que não possuem influências apenas na população do campo, mas na vida de todos os brasileiros. Com a liberação de agrotóxicos de forma quase que automática “sem a devida avaliação de risco” o governo Bolsonaro nos primeiros dois anos de mandato liberou mais de 1.000 agrotóxicos⁹, diversos com a transferência de agrotóxicos que antes eram registrados como 'superperigosos' para de “menor risco”. Com menos fiscalização, o referido governo implementou políticas a favor do lucro e do agronegócio, o que provocou diversos danos ao meio ambiente – queimadas, desmatamentos, retrocesso em demarcação de terras, dentre outros – são marcos do governo em relação à política ambiental e à agricultura.

Com o adiamento da reforma agrária popular no Brasil, a situação no campo é de intensificação do desemprego, da precarização e da ampliação da pobreza. Apesar de propagar o contrário, o agronegócio concentra renda e reduz empregos, além de interferir diretamente na saúde da população com a utilização de agrotóxicos (Pessoa; Rigotto, 2012). De acordo com o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil tem 203.062.512 habitantes, sendo que uma parcela de mais de 25% vive no campo.

⁹ Informações adquiridas em: ww.andes.org.br

Decreto 10.833/2021 alterou a regulamentação da Lei de Agrotóxicos (Lei 7.802/1989). Que foi considerado uma antecipação do pacote de veneno do governo de Jair Bolsonaro, tramitando no Senado. Felizmente, o STF derrubou esse decreto em 2023.

Ressalte-se que essa disputa entre agronegócio e agroecologia se expressa no campo nas atividades mono agrícolas ou pecuárias impulsionadas pelo agronegócio, que por sua vez veem o campo apenas como local de produção e disputa a vida em sociedade acompanhada do trabalho familiar e coletivo, o que delinea uma diferente sociabilidade. Contudo, coexiste à vida no campo a produção, a sociabilidade, a cultura, o lazer, a cooperação, a solidariedade, as construções civis, dentre outros, que se referem a direitos demandados pelos trabalhadores no campo. Por isso, a luta do MST e demais movimentos camponeses se expressam nas ocupações e na construção de escolas, creches, postos de saúde, praças e contribuem para a permanência e acesso à renda no campo, o que possibilita outras formas de trabalho e que poderia ser impulsionado e ampliado com a reforma agrária (Sauer; Leite; Godoy, 2020) .

Desse modo, a implementação do disposto nos artigos 184-192 da Constituição Federal sobre as disposições da reforma agrária, os critérios para desapropriação de terras sem função social, e que ao ser redistribuída o assentado poderá negociar as terras após cinco anos (Brasil, 1988), foram essenciais para as pessoas sem-terra. Essas determinações na Constituição, no entanto, demandam uma luta constante para serem implementadas (Stédile *et al.*, 2013).

Regiões específicas como Nordeste ainda necessitam de uma ampla distribuição de terras. Assim, a reforma agrária possibilitaria uma política de crescimento econômico, reduziria a demanda social por terras e diminuiria a desigualdade sociais. Ademais, é possível redistribuir as terras sem pagar valores elevados aos donos das terras requisitadas, elevando assim os lucros. Essa reforma também possibilitaria que as pessoas beneficiadas suprissem as demandas do dia-a-dia familiar com a produção e venda dos alimentos produzidos na terra adquirida.

A reforma agrária social agroecológica é “necessária para tirar as terras das agroindústrias, garantir autonomia às pessoas do campo para que possam produzir e para mudar radicalmente a atividade agrícola, construindo uma alternativa sustentável ‘equilibrada econômica, social e ecologicamente’” (Stédile *et al.*, 2013, p. 96). No século XXI, destacam-se os motivos para uma reforma agrária, vale salientar com uma das questões a propriedade de terra, que é um assunto debatido mundialmente, em que nações adquirem terras umas das outras para assegurar o plantio em seus países, e assim evitar a escassez e a fome. Outra questão importante é a disputa de terras pelas agroindústrias, para a ampliação de seus negócios. A reforma agrária tornou-se um debate urgente há algum tempo, pela necessidade ambiental, social e econômica de realizá-la (Stédile, *et al.*, 2013). Se antes a apropriação de terras como patrimônio foi marca da sociedade capitalista, agora no século XXI as diversas estratégias para arrendamento e as disputas por terras evidenciam uma intensificação e acirramento das lutas,

em especial, pela necessidade de planejamento do uso adequado e respeito com a terra e os povos originários (Stédile, *et al.*, 2013).

No Brasil, a partir de 2016 a bancada parlamentar que defende o agronegócio no congresso avança e afronta as leis que ainda protegiam parte das terras e reservas do País. Se em 2016 era desafiante avançar, em 2018 considera-se que foi o ano do “silenciamento da reforma agrária” (MST, 2019). Se os governos anteriores garantiam o mínimo de condições financeiras e políticas para manter a esperança de uma reforma agrária popular em curso, em 2018 houve um retrocesso nas políticas para o campo, uma vez que sofreram inúmeros cortes e acirramento dos conflitos de terras que perduraram até 2021, ano em que os conflitos diminuíram, mas não se encerraram. Desta forma, a reforma agrária se tornou um sonho cada vez mais distante e, por outro lado, o agronegócio continuou a se fortalecer nesta conjuntura.

A agroecologia não é, portanto, uma alternativa apenas de produção, mas uma solução para problemas ambientais e sociais. Contudo, incide na estrutura agrária e na vida no campo diferentes propostas para inserção a promoção da saúde das pessoas, aliado ao enfrentamento da pobreza no campo. A agroecologia tem o potencial de facilitar o acesso a direitos pelos trabalhadores e reduzir os níveis de desigualdade. Ressalta-se ainda na agroecologia outras possibilidades para a utilização de conhecimentos tradicionais acompanhados das inovações tecnológicas envolvendo a participação infanto-juvenil.

A agroecologia é um projeto contra hegemônico que visa, além da produção de alimentos saudáveis, a sociabilidade e a cultura do campo. Também é um projeto que tornaria os alimentos saudáveis mais acessíveis à classe trabalhadora. Em geral, os produtos orgânicos comercializados são vendidos a preços elevados, inacessíveis para essa classe, portanto, essa se torna a população mais atingida por doenças causadas por agrotóxicos. Utilizá-la amplamente no país seria uma forma efetiva de promover a saúde de acordo com os pressupostos do SUS, por ser comprovadamente sustentável e alimentado por um processo de produção coletiva, com envolvimento de famílias assentadas. Segundo a Abrasco (2015), a agroecologia representa:

a produção de alimentos saudáveis; a superação da pobreza rural; a emancipação das mulheres; o estímulo ao protagonismo da juventude; a promoção de maiores níveis de segurança alimentar e nutricional e da saúde da população; a conservação e a não contaminação da terra; da água e da biodiversidade; a conservação de mercados locais; a geração de trabalho digno no meio rural e a valorização das culturas e conhecimentos locais (Búrigo *et al.*, 2015, p. 511).

Trata-se de dados que representam o quanto as políticas sociais para o campo se encontram fragilizadas, além de demonstrar a relevância da agroecologia como importante

mecanismo para aprimorar essas políticas. “É notório o destaque dado ao modelo agrícola como determinação do processo saúde-doença no campo e na cidade” (Silva, 2019, p. 61). O fortalecimento do agronegócio, que continua como o maior produtor de alimentos, utilizando agrotóxicos para tal, significa a precarização da saúde da população do campo.

Portanto, a referência agrícola utilizada por assentamentos tem implicações para a determinação social do processo saúde-doença, não só pela utilização de agrotóxicos e a falta de segurança na utilização desses produtos, mas também pelas relações de trabalho estabelecidas por uma perspectiva essencialmente capitalista. Essa perspectiva estabelece relações de trabalho nas quais há um estranhamento do agricultor com o plantio, nas quais o agricultor não pode se alimentar dos produtos que planta e, humilhado, acaba tendo que realizar outros trabalhos fora do campo para complementação de renda. Ou seja, esse tipo de produção agrícola impacta a qualidade de vida do assentado, já que a utilização de agrotóxicos, que promove a construção de hábitos não saudáveis, não é opção dos produtores, mas uma imposição do sistema, construída socialmente pelo capitalismo desde a Revolução Verde no Brasil (Lira; Albuquerque; Gourgel, 2018).

Quando se ressalta a precarização da saúde da população do campo, é possível compreender como isso atinge a juventude camponesa, que luta por direitos e pela permanência no campo, mas que para isso precisa ter acesso à saúde, ao emprego, e a outras políticas sociais. A juventude também é agricultora familiar e enfrenta os desafios da questão agrária no Brasil, ao estarem em contato com os conflitos e com os agrotóxicos, fatos ressaltados no histórico de lutas do MST.

1.3 Questão Agrária no Brasil e o histórico de Lutas do Movimento Sem Terra

A questão agrária no Brasil iniciou-se com o advento da Lei de Terras nº 601 de 1850 (Brasil, 1850), que foi a primeira lei de regularização de terras no país, instituída no lugar das Sesmarias, antigo modo de distribuição de terras devolutas por meio de doação. Esta lei foi oportuna para o impedimento da distribuição de terras e favorecimento da elite, além de influenciar a imigração. As pessoas que vinham da Europa em meio ao momento em que o Brasil era colônia, eram geralmente pobres e não possuíam condições para compra de terreno. Com isso, eram forçadas a trabalhar para os detentores de terras e donos de lavouras, em especial da cafeeira. Importante ressaltar que a formação social brasileira era escravagista; o País foi um dos últimos a abolir a escravidão em 13 de maio de 1888, e esse aspecto social e

econômico recai sobre a questão da distribuição de terras e sobre qual o perfil dos detentores de terra no Brasil. Essa lei muda completamente a relação do Brasil com a distribuição de terras, pois aumenta, de forma significativa, a concentração das posses e é mais um marco da desigualdade social histórica (Mendes, 2009).

A Lei de Terras possuía significativa influência, o que mudou o funcionamento da gestão do Brasil, estabelecendo províncias. Com a referida Lei, os camponeses passaram a ter que institucionalizar a posse sobre as terras, por meio de documentos comprobatórios. Portanto, a Lei de Terras tem consequências até hoje, com uma brecha no artigo do 3º inciso IV que determinava que era preciso ter documentação sobre as terras a partir da instituição da legislação. Com isso houve fraudes na aquisição de terras no país, com a falsificação de documentos que comprovaram posse antes da existência da Lei, denominada até hoje como grilagem de terras. A concentração fundiária é desigual e possibilita uma prática que é ainda atual no Brasil. Sendo assim, essa ainda favorece os fazendeiros, deixando milhões de brasileiros sem o direito ao básico, que é ter terra e poder produzir seu próprio sustento (Mendes, 2009).

O conflito de terras se acirra no Brasil no contexto da ditadura militar, a qual instituiu leis que expulsavam pequenos agricultores de seus territórios e favorecia agricultores latifundiários. Com isso, iniciou-se no Brasil, em especial no Sul do País, as ocupações, sendo que, segundo o MST, a “Encruzilhada Natalina” é a ocupação que se torna símbolo da resistência contra a ditadura militar, ao conseguir apoio da sociedade civil. O mote “sem reforma agrária não há democracia”, surge dessas lutas durante a ditadura militar, assim, como o próprio MST (Mendes, 2009).

Por isso, ao tratar da reforma agrária brasileira é impossível não relacionar a um dos maiores movimentos sociais do Brasil, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Este é um movimento de massas sócio territorial que surgiu na década de 1980, e que teve seu primeiro encontro nacional em 1984 em Cascavel-Paraná. Busca lutar pela terra e por justiça no Brasil. Seus líderes declaram: “queremos ser produtores de alimentos, de cultura e conhecimentos. E mais do que isso: queremos ser construtores de um país socialmente justo, democrático, com igualdade e com harmonia com a natureza” (1º encontro nacional do MST, 1984) (Caldart, 2001).

Segundo o MST, foram conquistadas terras por meio da luta organizada para mais de 250 mil famílias e essas famílias são organizadas no Movimento, sejam em grupos de trabalhos, assembleias ou coletivos, participação em encontros nacionais e estaduais, protestos e, portanto,

resistindo coletivamente, pois a luta não é só para serem assentadas; existe uma série de demandas pela sociabilidade campesina, educação, saúde e saneamento básico, além da luta para conseguirem produzir para seu próprio sustento nessas terras, com bem menos recursos e máquinas do que o agronegócio (Caldart, 2001).

O MST contribui para o avanço de uma política de reforma agrária no Brasil por meio da ocupação de terras, pois é uma referência no debate e, junto com outros teóricos relevantes, escreveu o plano nacional de reforma agrária brasileira. Apesar de não ter sido concretizada, demonstra que os movimentos camponeses brasileiros possuem um projeto alternativo bem estruturado (MST, 2021).

Essas Lutas bem como questões relacionadas à produção, à educação, à saúde, à cultura, aos direitos humanos..., se ampliam à medida que se aprofunda o próprio processo de humanização de seus sujeitos, que se reconhecem cada vez mais como sujeitos de direitos. Direitos de uma humanidade plena (Caldart, 2001, p. 208).

Contudo, a Reforma Agrária se conecta com diversos desses objetivos, pois tornaria mais possível o seu alcance. Para o dirigente do MST, João Pedro Stédile, a reforma agrária significa uma nova forma de desenvolvimento, baseada na pequena agricultura. “E esta reforma agrária que resolverá dois problemas da sociedade brasileira: o desemprego e a violência na cidade” (Soto; Muzinski, 2008, p.132). O conceito de Reforma Agrária vem se ampliando historicamente além das disputas travadas entre agroecologia e a agricultura familiar enquanto projeto não só de reforma agrária, mas também de sociedade contra o agronegócio calcado no neoliberalismo (Mendes, 2009).

O MST reforça seu projeto de reforma agrária social na prática, com as conquistas e lutas de acampamentos e com a construção de escolas para crianças e adolescentes do campo, demonstrando o comprometimento diário com a luta pela Reforma Agrária. Porém, a reforma agrária não é a única luta do MST: com o crescimento do movimento, as lutas também ampliam, e atualmente o MST se envolve em discussões e lutas que sejam demandas sociais e que precisam de uma perspectiva campesina, por exemplo a construção de políticas ou a luta contra a retirada de direitos.

A ocupação de terras ociosas, que é um dos principais objetivos do MST, possibilitaria a redução da força de trabalho sobrando do campo e evitaria a evasão da população do campo, viabilizando condições de vida mais adequadas, em especial para a juventude que é a parcela dessa população que mais migra para os centros urbanos, sendo atingida pelo desemprego e pela falta de acesso às políticas sociais como trabalho, cultura, saúde, dentre outras.

CAPÍTULO 2

POLÍTICA DE SAÚDE PARA A JUVENTUDE CAMPONESA: lutas e resistências

Nesse capítulo delinea-se a análise da utilização da política de saúde pela juventude camponesa em meio às reivindicações pela reforma agrária brasileira. Determina-se, a partir daí e da auto-organização no MST, as condições sociais e econômicas que o Movimento terá que ocupar, permanecer na terra e mantê-la produtiva, até a realização da reforma agrária. Os movimentos sócio territoriais reivindicam a reforma agrária como uma possibilidade de intervenção estatal que, junto às políticas sociais, poderiam tornar o Brasil um país mais equânime.

2.1 As políticas sociais e a política de saúde no Brasil

As políticas sociais representam significativas conquistas resultantes de luta da classe trabalhadora, mas possuem um caráter contraditório porque, apesar de garantir direitos sociais necessários, também têm a finalidade de controle e apaziguamento de revoltas populares, impedindo e desmobilizando a auto-organização dos trabalhadores rumo à outra sociabilidade. Ou seja, as políticas sociais são uma mediação que os governos fazem para amenizar as tensões entre as classes (Pereira-Pereira, 2008).

Por isso, para analisá-las, torna-se necessário compreender como se engendram em meio às contradições do capitalismo. Criadas, historicamente, para influenciar o movimento operário em massa e apaziguar momentos de crise do capital, as políticas sociais são utilizadas pelo Estado para amenizar situações de miséria e pobreza que provocaram a mobilização organizada da sociedade civil. Porém, também se tornaram um direito, uma conquista relevante da classe trabalhadora, a qual foi ampliada e aperfeiçoada historicamente com o avançar das lutas (Behring *et al.*, 2008).

As políticas sociais no Brasil foram criadas historicamente por meio de lutas e disputas da classe trabalhadora e ainda enfrentam barreiras impostas pelo projeto privatista. Ainda assim, amenizam as mazelas geradas pela desigualdade social, portanto, são classificadas como direitos sociais, importantes, em especial, aos não possuem condições que assegurem qualidade de vida e segurança para o exercício da cidadania.

No Brasil, algumas políticas sociais, no âmbito da democratização, conformam um sistema de Seguridade Social que designa “um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade

voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e à assistência” (Salvador, 2010, p.164). Sendo assim, aqui delinea-se a trajetória da política de saúde brasileira. Antes da existência do SUS tratava-se em uma perspectiva liberal e assistencialista, sem a responsabilização do Estado na organização e regulação em âmbito nacional.

No País, desde 1824, os serviços de saúde eram realizados por Santas Casas, hospitais filantrópicos gerenciados por comunidades como a judaica e síria libanesa, dentre outras. Em 1930, iniciou-se uma regulação estatal para a política de saúde, contudo, eram atendidos apenas trabalhadores formais, sendo que os que não possuíam vínculo previdenciário se encontravam à mercê de ações filantrópicas (Silva; Batista, 2018).

Nesta mesma época, a saúde foi dividida em duas políticas: a medicina previdenciária e a saúde pública. A saúde pública regulava as questões sanitárias e melhoria da vida integral da população, em especial a do campo. Mas, em 1939 foi construído o Instituto de Saúde Previdenciária, com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e com eles houve o início de um processo de disputa por recursos, visando mais a lucratividade do que a saúde dos trabalhadores, princípios que passaram a ser o foco das atuações do governo na época (Bravo, 2001).

Com a criação em 1979 da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), instituição do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e da Revista Saúde em Debate, o movimento sanitarista iniciou uma consolidação institucional. “Essas instituições foram peças-chave para o processo de construção de identidade em torno de uma área de conhecimento batizada no Brasil como saúde coletiva” (Paiva; Teixeira, 2014, p. 22), a qual possibilitou maior capilaridade nacional do movimento pela reforma sanitária.

Em resposta à ditadura militar brasileira, no início do ano de 1980 se originou um movimento que questionava o projeto de saúde hegemônico vigente e que levantou propostas de reformas, as quais logo se ampliaram e se tornaram um projeto alternativo de saúde. Tratava-se de um movimento sanitarista, que tinha como objetivo criar um sistema de saúde público e com participação popular. Foi um movimento significativo para a constituição de uma saúde descentralizada, ao qual resistiu às adversidades de um Estado militarizado e continuou resistindo em meio ao processo de redemocratização. Esse movimento ampliou o conceito de saúde em 1988, o idealizando de forma democrática, importante conquista para a classe trabalhadora (Andrade, 2007).

Em síntese, “a saúde emerge como ‘questão social’ no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho,

ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (Bravo, 2001, p. 2)¹⁰. Em meio à crise do capital e intensificação dos protestos, inexistia alternativa para o Estado, ou seja, apesar de também ser uma conquista por parte dos trabalhadores, o governo lucrou com essa ampliação como tentativa de sanar os problemas (Bravo, 2001).

Segundo Bravo (2001, p.6), durante a ditadura militar a “medicalização da vida social” foi implementada na saúde e na previdência. Com influência do capitalismo na saúde, cada vez mais a saúde previdenciária tomava a frente em relação à saúde pública. Com esse movimento, as indústrias farmacêuticas lucraram mais e a saúde se tornou cada vez mais assistencialista, curativa, com enfoque médico e com o estabelecimento de relação médico-cliente.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disparidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre as áreas estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada aumentaram as contradições do Sistema Nacional de Saúde (Bravo, 2001, p. 8).

Ainda durante o período da ditadura militar, com a pressão dessa crise e com intenção de recuperar o apoio, o governo militar instituiu o 2º Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), ao qual destinava 267 bilhões de cruzeiros aos recursos humanos que incluía o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência, com o atendimento médico assistencial individualizado (II PND, 1975). Portanto, passou a ter mais recursos para os programas e iniciaram-se mudanças na atenção à saúde, a partir da saúde primária (Paiva; Teixeira, 2014).

Assim, conseguiram avançar, mobilizar mais pessoas, realizar as conferências e formularam propostas e resoluções que iriam ser determinantes para a saúde pública brasileira e para tornar possível o estabelecimento de um projeto universal, equânime e integral (Paiva; Teixeira, 2014). Após a queda do governo ditatorial, registrou-se um marco significativo, evidenciado na mobilização e construção coletiva para a criação do novo sistema de saúde, sendo essa a 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 (Arouca, 1986).

O relatório com os acúmulos das discussões e disputas por um projeto na conferência, com o envolvimento massivo da sociedade, garantiu um direcionamento político eleito como referência do movimento que intensificou as contribuições e somou no processo constituinte para chegar às resoluções finais dos artigos da Constituição (Arouca, 1988). As reivindicações

¹⁰ Com as lutas dos trabalhadores e a necessidade de uma política de saúde, diante das endemias rurais que os abatiam, surge a reforma Carlos Chagas em 1921, que inicia uma tentativa de ampliação da saúde pública, com enfoque principal na questão sanitária e no trabalhador.

do movimento sanitaria de décadas e de resistência a regimes repressores criaram determinações que iriam nortear a saúde pública brasileira e discutiram sobre as principais demandas do movimento: “fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura para todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde pública, constituindo assim um sistema único” (Paiva; Teixeira, 2014, p.25).

Para criar de um novo sistema de saúde foi necessária uma movimentação e articulação nacional,

de um organismo que, reunindo tudo o que existe a nível da união, possa, a partir de um grande fundo nacional de saúde, promover uma política de distribuição desses recursos mais justa e igualitária, alcançando, assim, a universalização, isto é, garantindo a cada pessoa neste País o direito aos serviços básicos de saúde. (Arouca, 1986, p. 41).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde se inicia, portanto, a construção do que seriam os marcos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade de um sistema integrado, universal e equânime. Nessa conferência foi aberto espaço para participação ampliada, além dos delegados eleitos, resultando em mais de 5 mil pessoas presentes, incluindo parte da área privada, o que demonstrou as disputas de concepções presentes no SUS. A 8ª conferência foi um marco de participação e de encaminhamentos que definem, por exemplo, que a saúde:

não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito do trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo (Arouca, 1986, p.36).

Há, portanto, a partir desse momento um processo para definir a concepção de saúde no Brasil e o que seria o sistema universal. Embora com desafios, que partiriam das disputas entre a área pública, privada e sociedade civil e da implementação de um sistema universal em um país continental como o Brasil, instituiu-se em 1990 o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do que determina a Lei nº 8.080/1990. E com o processo constituinte finalizado, ficou assegurada a saúde como um direito universal e dever do Estado, conforme determinado nos artigos 196 ao 200 na seção II da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A saúde no processo constituinte é concebida como resultante de diversas determinações – alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, exercícios físicos, acesso a bens e serviços essenciais. A saúde expressa a organização social e econômica do Brasil – evidencia o entendimento da saúde para além da ausência da doença e perpassa as dimensões da promoção, proteção e prevenção (BRASIL, 1990). Refere-se à garantia das condições objetivas e promoção da saúde de maneira a evitar e prevenir futuras doenças, sejam individuais ou coletivas como endemias e epidemias, e a garantia da soberania alimentar. A saúde, portanto, é um direito primordial na vida humana.

No que tange ao seu financiamento, são previstos pela Constituição de 1988 os recursos provenientes por meio da seguridade social, instituídos no tripé: saúde, previdência e assistência social. Assim, o financiamento da saúde advém da arrecadação de impostos e de recursos específicos destinados no orçamento de municípios e estados. Portanto, a saúde é uma política social que independe de qualquer contribuição direta, contudo, a população contribui indiretamente por meio de impostos (BRASIL, 1988).

O financiamento do SUS é um debate vigente no movimento pela saúde estatal, mesmo com a consolidação da estratégia da política de saúde na Constituição de 1988. O SUS é um sistema financiado pela seguridade social, a qual é uma mudança significativa em matéria de financiamento por garantir um fundo público específico para a saúde. Para isso, foi apresentada uma proposta de Emenda Constitucional (EC) nº 29, nos anos 2000 como uma estratégia de sustentação na sua forma de financiamento no sistema de seguridade social, que responsabiliza a União e os estados em 12% dos recursos destinados à saúde, o que representou um avanço no que tange ao financiamento na época (BRASIL, 2013).

As ações e escolhas de prioridades políticas e econômicas dos governos afetam a política de saúde, além disso, podem impedir a sua consolidação e garantia dos princípios, no sentido de que incidem para que o Estado interfira menos nas políticas sociais na contramão da garantia do direito universal de saúde, sendo uma das principais implicações o processo de desfinanciamento e precarização do SUS e gradual fortalecimento da área privada.

Um exemplo das medidas neoliberais é o impacto no orçamento do SUS que, desde a sua fundação, não ultrapassa o mínimo previsto de 1,7%. Atualmente, considera-se que ocorre um processo de subfinanciamento, com graduais cortes orçamentários em âmbito federal. Com a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, o desfinanciamento se intensifica, pois, impõe um teto de gastos para as políticas sociais, dentre elas a saúde. “Eis a distopia neoliberal, na qual os Estados ingressam na lógica concorrencial sob a forma de políticas de austeridade voltadas a

produzir confiança entre os investidores e indicadores fiscais que classificam a intervenção estatal como excesso a conter” (Menezes; Moretti; Reis, 2019, p.67).

O Brasil transferiu mais recursos financeiros para a área privada de saúde, em comparação a outros países, e com a Emenda Constitucional (E.C) nº 95 estima-se que, “entre 2020 e 2036, tomado como referência por serem o ano de vigência da EC 95, haveria uma perda superior a R\$ 2 trilhões para o SUS” (Menezes; Moretti; Reis, 2019, p.67).

O SUS foi criado com base em princípios que norteiam seu funcionamento, sendo que o princípio da universalidade representa um avanço no âmbito do conjunto de políticas sociais brasileiras e significa o direito da população em ter acesso às ações e aos serviços de saúde, mas com uma compreensão mais ampla dos fatores sociais e econômicos, como trabalho, educação, transporte, dentre outros que podem influenciar nas condições de saúde. Quanto à equidade, ela é

compreendida como o reconhecimento das diferenças existentes nas necessidades de saúde, quer regionais individuais, com o desenvolvimento de ações objetivando a justiça social, isto é, que reduzam a desigualdade e contemplam, prioritariamente, aqueles que [não] possuem (...) condições de saúde (Barata; Tanaka; Mendes, 2004, p.16).

Segundo esse princípio, os usuários devem ser atendidos de forma desigual a fim de tornar o atendimento justo em consonância com a diversidade de perfil e necessidades em saúde. A integralidade é um princípio que garante uma articulação em rede dos serviços e políticas, para que a população seja atendida com qualidade de forma individual ou coletiva a depender das necessidades e demandas (Barata; Tanaka; Mendes, 2004).

Portanto, para que essa política funcione foi instituído o acompanhamento e a fiscalização por meio do controle social – conselhos, conferências, plenárias, dentre outros – nos quais participam representantes da sociedade civil, movimentos sociais, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços, que definem como o orçamento é gerido e quais são as prioridades no âmbito municipal, estadual e nacional.

A composição de profissionais da saúde deve ser multiprofissional. Dessa maneira, o trabalho coletivo torna-se fundamental com a participação de diferentes formações de profissionais de saúde que integram o SUS, responsável pelo atendimento integral do cidadão. As equipes que atuam no SUS são compostas por Assistente Sociais, Biólogos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, conforme prevê a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 218 (BRASIL, 1997).

O SUS é considerado um dos mais avançados sistemas de saúde do mundo. Mas, apesar desse reconhecimento internacional, nos últimos anos ampliaram-se as ameaças aos direitos conquistados, em meio a um processo de desmonte e de ataque pautados na lógica e no incentivo à privatização, que inclusive contraria a regulamentação constitucional. Assim, o sucateamento da política de saúde reduz a dimensão universal e acessível do SUS.

Criado há mais de 30 anos a partir de muita luta, o SUS tem sido fundamental para a saúde pública de qualidade, mas enfrenta desafios e precarizações desde seu início. A disputa com o projeto privatista, as recomendações da OMS para que ele seja gerido por Organizações Sociais (OS) – entidades jurídicas sem fins lucrativos, as quais atualmente são designadas para gerir hospitais públicos –, e o seu subfinanciamento, atingem diretamente seu pleno funcionamento (Santos; Silva, 2020). Além de não financiar a saúde com o valor necessário acompanhando o Produto Interno Bruto (PIB), o Estado vem historicamente cortando verba de orçamentos destinados ao SUS, implementando a Desvinculação de Receitas da União (DRU) e o congelamento dos gastos por 20 anos, com base na Emenda Constitucional 95 de 2016, como já citado anteriormente. Isso significa, segundo Mendes e Carnut (2020), um processo de desfinanciamento da política de saúde por meio de contrarreformas.

O novo regime fiscal determinado por meio da Emenda Constitucional 95/2017, determina o congelamento dos gastos primários por 20 anos e intensifica a precarização do SUS, reduzindo o orçamento considerado insuficiente, uma vez que a demanda tende a ampliar e os gastos encontram-se congelados. Contudo, os representantes do Ministério Público (MP), considerado instância de defesa dos direitos sociais, apontam como alternativa a redução do SUS e ampliação do número de planos de saúde acessíveis, ou seja, entregar nas mãos de uma área que tem ainda mais interesse na redução do SUS, em nome da lucratividade. Assim, a saúde torna-se negociável ao invés de um bem público e universal, um instrumento mercadológico ditado pelo Estado brasileiro (Salvador, 2007).

O sucateamento do SUS advém de um projeto neoliberal, pois busca demonstrar que o Estado não pode gerenciar um sistema dessa magnitude, e ainda, que é preciso privatizar e terceirizar os serviços. Trata-se de uma manipulação no sentido de convencer a população para que o Estado tenha apoio para privatizar o sistema. E essas ações de sucateamento têm como implicações a superlotação hospitalar, a escassez de pessoal, de recursos financeiros, de informação, de medicamentos, de vagas de internação, e o sucateamento dos aparelhos de saúde, que provoca diversos prejuízos à população. Os ataques neoliberais à saúde apresentam

um desafio na promoção da qualidade de vida e acesso à saúde, nessa conjuntura vivida no século XXI.

Apesar dessas investidas neoliberais, o SUS garante serviços significativos, procedimentos de alto custo e de complexidade, que não são ofertados pela esfera privada. Permanentemente, ocorrem as disputas acirradas dos projetos de saúde: o privatista com interesses na saúde como um nicho lucrativo, e o da reforma sanitária, que compreende a política de saúde em uma perspectiva de direito, buscando desvinculá-la da lucratividade e mercantilização.

2.2 A Determinação social da saúde e as implicações na população camponesa

A escolha de um dos conceitos de análise da saúde delinea a ótica que guia este trabalho para compreender os desafios dos jovens camponeses na utilização da política de saúde. Para tal, considera-se relevante dialogar sobre os conceitos de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), implementados inicialmente na Europa e Estados Unidos na década de 1990 e fundamentados na medicina social latino-americano.

Antes de caracterizar o que são os determinantes sociais, destaca-se que essa perspectiva sobre a saúde advém da Organização Mundial da Saúde (OMS), que intencionou mudar a perspectiva de análise do processo saúde-doença por meio da epidemiologia tradicional. Os Determinantes sociais de saúde (DSS) são definidos como:

fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições em que as pessoas vivem e trabalham (Buss; Pellegrini Filho, 2007, p.78).

Os DSS inicialmente tinham a intenção de ser um avanço na saúde com o rompimento da perspectiva clínica e da epidemiologia tradicional. Com a proposta de mudança para a epidemiologia social, os DSS analisam as implicações no processo saúde-doença do indivíduo, por meio das dimensões da vida social e econômica, de maneira a investigar as determinações que inferem na saúde individual e coletiva (Almeida Filho, 2010). Contudo, os DSS no prisma neoliberal funcionam de acordo com as possibilidades desse sistema. Segundo Silva e Bicudo (2022, p.125), “há que se destacar que a noção de determinantes sociais emerge quando o ideário neoliberal já está consolidado desde os anos 1990”.

Ressalte-se que Determinação Social de Saúde se origina no estudo médico social latino-americano, engendrada na ideologia marxista, que contrapõe a dicotomia do ser biológico *versus* o social e compreende que só a medicina biológica não consegue superar o surgimento de doenças. Assim, a determinação social é também um estudo teórico científico que considera que o processo saúde-doença possui diversas implicações, em meio a processos sociais e coletivos, e desconsidera a perspectiva positivista, que individualiza as questões de saúde. Essa análise das condições sociais é referenciada no materialismo-histórico-dialético e no processo de produção e reprodução social (Garbois; Sodré; Araújo, 2017).

A Determinação Social, “apreende o real de modo concreto”, considera que a análise das múltiplas determinações não são apenas estatísticas para caracterizar o processo saúde-doença. Segundo Nogueira (2010, p.8), é preciso analisar o processo saúde-doença de forma a entender a dinâmica concreta da sociedade, e essa é uma análise histórico-crítica que diz respeito mais ao ser social do que à doença de forma médico-biológica. “Lembremos que Lukács, ao esclarecer, após Marx, os fundamentos do ser social, demonstra a orgânica relação entre esfera natural (biológica) e a esfera social” (Souza, 2020, p.183). Portanto, apreende o ser como um ser social, cheio de complexidades e o processo de saúde-doença algo dialético e contraditório.

Ainda em busca de definir a determinação social do processo saúde-doença, torna-se necessário qualificar a determinação social em uma dimensão da totalidade, não para fragmentar, mas para apreender melhor os diversos processos, são elas:

os determinantes individuais ficam na camada mais próxima e que se referem às características intrínsecas ao sujeito, como sexo, idade, fatores genéticos, dentre outros. A segunda camada corresponde ao comportamento e ao estilo de vida. A terceira camada, às redes sociais e comunitárias as quais o indivíduo dispõe. A quarta camada, aos fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. E a quinta e última camada contém os macros determinantes com as condições estruturais do ambiente no qual o indivíduo se insere, como características socioeconômicas, culturais e de desenvolvimento (Costa *et al.*, 2019, p.1674).

Portanto, esse processo ontológico iniciado no movimento social da América Latina, atualmente, se expressa na vertente marxista da saúde coletiva. E apesar de considerar os fatores de Determinantes Sociais da Saúde necessários para a análise do processo saúde-doença, ele, por si só, não consegue apreender a realidade do processo que é coletivo, individual, biológico, social e que se encontra em meio a um movimento de contradições e uma série de complexidades do ser social, em uma perspectiva crítica não só a saúde-doença, mas a definição do que é saúde (Souza, 2020). Contudo Breilh completa:

finalmente y por todo lo que queda dicho, la noción de determinación social de la salud, como toda idea de ruptura, no es el producto aislado de elucubraciones personales sino la expresión del pensamiento crítico [...] a cuyo origen convergieron las inquietudes de colectivos movilizados, el desarrollo de nuevos instrumentos de análisis y la presencia de un proyecto expreso de transformación del paradigma obsoleto de la vieja salud pública empírico-funcionalista de los años 70 (Breilh, 2013, p. 14-15).

Ao avaliar a necessidade de combater as iniquidades em saúde e realizar a promoção da saúde, concebe-se um processo e um modo de vida que não deve apenas considerar o momento da enfermidade. Para isso, deve existir a descentralização e territorialização, nas quais os serviços de saúde e a promoção deles chegaria às pessoas do campo, das florestas, ribeirinhos e quilombolas. Por meio do princípio da equidade em saúde, que reitera a urgência da “igualdade na desigualdade” termo discutido por Eunice Durham dentre outros autores, considerando que a população do campo e ribeirinhos não são iguais e precisam ser atendidos em forma e tempos diferentes, é preciso apreender a determinação social para conseguir consolidar esses princípios (Almeida Filho, 2010).

Ainda referente às iniquidades em saúde, os povos do campo, ribeirinhos e da floresta, enfrentam diversos desafios neste âmbito. Pois, a utilização dos serviços de saúde torna-se fundamental para a conquista do direito à saúde universal. A definição de acesso não é consenso entre autores especializados na área da saúde; diversos ainda escolhem o termo acessibilidade, que “se refere à característica da oferta” (Travassos; Martins, 2004). Portanto, o grau de familiaridade com os serviços pode afetar o acesso, ou mesmo o nível de informação propagada sobre eles.

Ao reconhecer essas diferenças, há algumas características que convergem, como a utilização dos serviços de saúde como um dos elementos para realização do acesso. Quando ressalta-se que os povos de áreas remotas, a utilização dos serviços de saúde são desafios postos no seu dia a dia por questões de distância e disponibilidade desses serviços. Assim, "elementos como disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, disponibilidade de recursos humanos qualificados, recursos tecnológicos, e financiamento podem determinar o acesso da população" (Pereira, 2016, p. 29).

Portanto, para Travassos e Martins (2004) a utilização dos serviços de saúde está diretamente ligada a agravos em relação à doença, e apenas indiretamente ligado à saúde, considerando que são processos diferentes a serem analisados. No entanto, as autoras caracterizam a utilização como resultado de uma multiplicidade de fatores: fatores individuais predispostos, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e

efetivação do cuidado” (Travassos; Martins, 2004, p.197). A análise do acesso e da utilização dos serviços de saúde influencia a Determinação Social de Saúde.

Contudo, aqui disserta-se na perspectiva da Determinação Social de Saúde. A análise de determinantes sociais é focalizada e limita-se a encontrar um fato que determine o fenômeno, sem nenhuma base ou fundamentação teórica de estudo, o que faz com que os determinantes sociais percam a compreensão universal de análise (Nogueira, 2010) e “assim, o que está disfarçado por trás do rótulo de determinantes sociais e de combate às iniquidades em saúde é o triunfo esmagador da visão de mundo da epidemiologia tradicional” (Almeida Filho, 2010, p.8). Essa separação positivista do que é natural e do que é social e a fragmentação dos determinantes sociais, faz com que se desconsidere, por exemplo, a influência da alimentação com agrotóxicos, da contaminação dos solos e águas pelos agronegócios, dentre outras interferências do modo de produção capitalista na saúde. Fragiliza, também, uma inserção no processo saúde-doença de acordo com o que seria o fundamental nos princípios do SUS (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

A fragmentação em fatores não condiz com a universalidade e não trabalha com o movimento do real e do concreto (Nogueira, 2010). Portanto, a concepção de determinantes sociais de saúde, apesar de ser um reconhecido e importante avanço para a política de saúde e para o processo saúde-doença, é um avanço acrítico, que individualiza os determinantes sociais nos sujeitos e não faz a análise social coletiva do processo saúde-doença (Buss; Pelegrini Filho, 2007).

O conceito de Determinantes Sociais de Saúde foi consolidado pelo movimento da reforma sanitária, em meio ao compromisso com a Conferência de Alma-Ata (BRASIL, 2002) conferência internacional que discutiu os cuidados primários com a saúde. Porém, existe uma crítica à OMS em relação ao conceito de Determinantes Sociais, a qual se contrapõe à iniciativa de Determinação Social da Saúde:

a crítica à OMS e ao conceito de determinantes sociais é realizada pela concepção de que a análise social da saúde advém de fatores, contextos e circunstâncias específicas, buscando soluções específicas, adotando assim uma perspectiva reducionista e fragmentada da realidade social (Garbois; Sodré; Araújo, 2017, p. 69).

Nesse sentido, consideramos que a Determinação Social é uma perspectiva que abrange a população campesina, uma vez que questiona o processo saúde-doença tecnicista, centrado no médico e que não inclui outras práticas integrativas em saúde que poderiam auxiliar no

processo de cuidado. Também não considera as determinações históricas que influem o processo saúde-doença (Almeida; Filho, 2010).

Contudo, ao debatermos a relevância da determinação social no processo saúde-doença da juventude camponesa, relacionamos, também, a questão agrária, uma vez que esta influi na saúde para o campo no Brasil, sobretudo no que concerne às disputas por terra e ao contato com os agrotóxicos por meio do agronegócio. Essas são disputas históricas que os movimentos sociais do campo travam, em especial o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que possui um papel fundamental na luta contra o agronegócio por uma agricultura agroecológica e familiar e pelo acesso a políticas de saúde para os povos do campo.

2.3 Atenção Básica à saúde da população camponesa

A Determinação Social do processo saúde-doença é um conceito mundial, sendo que as determinações sociais, como enfrentamento de doenças oriundas das desigualdades sociais, também são alvo de estudos e intervenções. Por isso,

há mais de vinte anos a organização mundial da saúde lançou a meta global de saúde para todos no ano 2000, cujo foco era atenção primária em saúde (APS), como forte potencial de responder à situação-problema de reduzida oferta das ações e serviços de saúde, os quais excluíam parte da população mundial das ações e serviços de saúde, os quais excluíam parte da população mundial e do Brasil em particular, signatário que foi do referido pacto-compromisso (Souza, 2001, p. 25).

O SUS é organizado de forma a contemplar três níveis de atenção para organizar os tratamentos oferecidos a partir de estudos e parâmetros da OMS: o primeiro é a Atenção Básica, foco deste estudo por ser a fase em que os profissionais podem proporcionar atenção integral, atuar em um caráter preventivo e de promoção da saúde e, ainda, por esta ser a porta de entrada do Sistema e pelos profissionais estarem em contato com a comunidade, potencialmente é a fase em que mais se pode depreender a Determinação Social do processo saúde-doença.

O SUS organiza-se ainda na Atenção Especializada, que ao se dividir em dois (Atenção Secundária e Terciária) atende alta e média complexidade em hospital e ambulatorios, além de abranger as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e o Serviço de atendimento Móvel (Samu). Apesar de serem níveis distintos, eles também são interligados e funcionam em rede por meio do sistema integrado. O último nível de atendimento em sua estrutura é o de alta complexidade, composto por hospitais gerais de grande porte e hospitais universitários. Na alta

complexidade, geralmente, se lida com cirurgias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) (Ministério da Saúde, 2022).

Portanto, considerando o próprio motivo de criação da Atenção Básica, ao analisar a utilização dos serviços de saúde pela população camponesa, é preciso ter como base o financiamento e a distribuição socioespacial da política, além de conhecer onde se encontra concentrada a maioria de médicos, enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, fisioterapeutas, dentre outros profissionais, e onde se concentra a maioria dos postos de saúde, hospitais, UPA's e ambulâncias. Ainda, é preciso conhecer o montante de orçamento público destinado para cada município para investir em saúde, definir o que será considerada política de saúde de determinada região e definir a abrangência da Atenção Básica. Contudo, ao considerar o objetivo deste trabalho, avaliamos relevante entender o que é essa política e quais debates a permeiam para dissertar sobre a saúde da população campesina.

Ao abordar as diferentes formas de atenção, ressaltamos que alguns autores diferenciam Atenção Básica de Atenção Primária, sendo que o termo Atenção Primária é utilizado por diversos sistemas universais no mundo. Giovanella (2018, p.2) afirma que a

concepção de atenção primária à saúde em *Alma-Ata* contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS. Essa concepção abrangente de atenção primária à saúde, que o movimento da medicina social latino-americana cunhou como “atenção primária à saúde integral”, coaduna-se com diretrizes do SUS de garantia do direito à saúde.

No entanto, a Atenção Básica, conforme a Portaria 2.488/2011:

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A caracterização da Atenção Básica está de acordo com o que a lei nº 8080/1990 institui, as diretrizes e princípios e delimita a área de atendimento, bem como os objetivos. A descentralização da saúde é uma das diretrizes do SUS, pautada na orientação estabelecida por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um programa destinado ao atendimento de famílias mais afastadas das unidades de saúde e da cidade. O Programa Saúde da Família é implantado em municípios com um número inferior a 50 mil habitantes. Sendo assim, a Política de Atenção Básica prevê o deslocamento da Equipe de Trabalho composta, no mínimo, por oito e no máximo, 20 profissionais de saúde – de acordo com a necessidade de cada município – para o campo, áreas ribeirinhas, quilombolas e indígenas. Prevê ainda a criação de postos de

saúde no campo, primordiais para a promoção da saúde das populações do campo (BRASIL, 2011).

Os dois termos são próximos em sua caracterização; o que vinha sendo divergência era a palavra “básica”, por se aproximar do que é simples e transparecer que a Atenção Básica não era fundamental na constituição do sistema de saúde, sentido esse solucionado pelo termo “atenção primária”, que imprime um significado de “entrada” para essa fase do sistema de saúde, inclusive para usuário que compreendem melhor qual área devem procurar. Entretanto, o uso ou não dos termos atenção “primária” ou “Atenção Básica”, uma das disputas travadas no início da instituição do SUS, atualmente não se encontra em disputa (Giovanella, 2018).

Contudo, considerando a utilização do termo nos documentos do Ministério da Saúde e pelas políticas vigentes, nesta pesquisa optou-se por utilizar a expressão Atenção Básica. A caracterização da Atenção Básica que está regulamentada na Lei nº 8080/1990 delimita a área de atendimento como o primeiro local onde usuários, que não encontram em situação emergencial devem acessar. É a porta de entrada para o SUS e pode eliminar parte da demanda a partir da complexidade, o que contribui para que não haja superlotação de hospitais. Ademais, proporciona ações de promoção de saúde nos territórios.

A descentralização da saúde é uma das diretrizes do SUS, pautada na orientação estabelecida por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um programa destinado ao atendimento de famílias mais afastadas das unidades de saúde e da cidade implantado em municípios com um número inferior a 50 mil habitantes (BRASIL, 2011). Sendo assim, a Política de Atenção Básica prevê o deslocamento da equipe de trabalho composta, no mínimo, por 8 e ,no máximo, 20 profissionais de saúde em uma equipe multiprofissional.

Dessa maneira, o trabalho coletivo torna-se fundamental com a composição multiprofissional da Estratégia Saúde da Família, na Atenção Básica, sem a qual não pode faltar:

médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Trata-se de uma equipe multiprofissional que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo atendimento integral do cidadão. As equipes multiprofissionais são criadas de acordo com a necessidade de cada município e podem ser destinadas para o campo, áreas ribeirinhas, quilombolas e indígenas. A lei prevê ainda a criação de postos de saúde no campo, primordiais para a promoção da saúde da população campesina (BRASIL, 2010). A promoção

da saúde é um dos principais pilares da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família, o que pode diminuir o surgimento de mortes por doenças evitáveis e o aumento de doenças de determinado grupo. Segundo Souza (2001, p.79),

o processo possibilita às pessoas a aumentarem o controle dos determinantes da saúde e, assim, melhorar sua saúde. Representa amplo processo social e político, não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento de habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também das ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma que alivie seu impacto sobre a saúde pública e individual.

Portanto, a promoção da saúde por meio da Atenção Básica ou do PSF possibilita e incentiva a participação social, a educação em saúde. Registra-se que o PSF foi criado em 1994, como suporte estratégico para a Atenção Básica. Em 2002 o programa começou a ser expandido por meio de uma iniciativa do MS. O programa surgiu, inicialmente, somente em municípios de pequeno e médio porte que possuíam reduzida estrutura de saúde. Mas, ao ser expandido, ele se tornou essencial para a prevenção, promoção e recuperação em saúde, em especial por possibilitar que haja uma investigação ampla em saúde no âmbito da Determinação Social da Saúde, que faz com que a equipe multiprofissional possa identificar situações de adoecimentos.

No quesito financiamento e orçamento, o Programa significou, para o governo, uma queda no uso de medicamentos e aparelhos de alto custo, e, ainda, uma melhora significativa na procura da comunidade a hospitais, pois 85% do processo saúde-doença pode ser resolvido por meio da Atenção Básica (Marques, Mendes, 2002). O Programa pode ser um mecanismo para o fortalecimento, o fomento e a ampliação dessa Atenção, com seu surgimento e construção sendo exemplos de participação social. Por isso, registra-se:

que o PSF nasce de um acúmulo de experiências capilarizadas no país, desde a origem do PACS (...) que sofre influência dos Programas de Agentes de saúde dos estados do Ceará, de Goiás – projeto de larga escala –, passando pelo rico ‘laboratório’ que foi a proposta do médico de Família do município de Niterói-RJ, e chegando ao Rio grande do Sul, na zona norte dos postos de saúde do grupo hospitalar (Souza, 2001, p. 31).

No entanto,

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reformulada em 2017 rompe com essa prioridade para a ESF, e provavelmente terá repercussões negativas no modelo, podendo afetar a saúde da população. Indução financeira federal é mecanismo fundamental para redução de heterogeneidades e desigualdades regionais e sociais, e para a promoção da equidade (Giovanella, 2018 p.3).

Essa alteração na PNAB interfere na perspectiva de acesso à saúde por camponesas e é um retrocesso no que tange a essa política para o campo. Se antes o acesso à saúde, para os povos do campo da floresta e das águas, era desafiador em decorrência de uma precarização do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Saúde da Família (PSF), onde o

programa ainda não atendia as demandas dessa população e não dialogava com a realidade e demandas dessa população.

A partir de 2017, não se visualiza nem a possibilidade de melhoras para o Programa, em diálogo com o esforço dos movimentos sociais que representam esses povos, expressos em uma política e construído junto ao Governo Federal, representado pelo Ministério da Saúde, sendo essa a Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) (Giovanela, 2018).

Ressalta-se que PNSIPCFA é um marco regulatório relevante no que concerne à saúde das pessoas do campo. Começou a ser construída em 2003, no nomeado “grupo da Terra”, regulado pela portaria nº 2.460/2015, composto por movimentos sociais do campo, agências reguladoras, Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) e Ministério da Saúde. A política de saúde representa uma conquista significativa para os movimentos sociais. Nesse sentido, materializa-se um processo intenso de lutas travado nesse século XXI pelos movimentos Sem Terra (MST), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA) e o Movimento de Mulheres Camponesas (MMC), dentre outros, que encamparam a luta pela garantia do acesso a essa política de forma efetiva do/no/para o campo (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

A PNSIPCFA assinala a necessidade de aprimoramento da atenção especializada e da Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família (PSF), para que sejam garantidos os princípios do SUS, em especial a equidade, a integralidade e a universalidade no atendimento à população do campo, florestas e águas. Contudo, essa política exige a ampliação do atendimento e da estrutura necessários para que os serviços do SUS cheguem a essas pessoas, sem que precisem se deslocar do campo para a cidade (BRASIL, 2011).

A ampliação da Atenção Básica requerida pela PNSIPCFA ocorreria de acordo com os seguintes dispostos:

Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família, e o Programa de Agentes Comunitários (PACS) (BRASIL, 2011).

No entanto, a ampliação também se estenderia para as equipes de saúde da família e saúde bucal, as políticas de promoção da saúde das mulheres, a política de promoção à saúde dos homens e a rede de atenção psicossocial ao álcool e outras drogas, aos assentamentos de reforma agrária, florestas e ribeirinhos. E, em relação ao atendimento especializado, reivindicava-se a ampliação da área de alcance do Samu, para atender as especificidades dos povos do campo e da floresta (BRASIL, 2011).

A PNSIPCFA reafirma a relevância não só do acesso à saúde, mas, também, a necessidade de mudança na forma como se efetiva a produção de alimentos decorrente da concepção de agroecologia como modo de produção sem agrotóxicos vinculada à promoção da saúde. Destaca-se que o Ministério da Saúde reconhece desse texto da PNSIPCFA as implicações dos agrotóxicos utilizados pelo agronegócio na saúde das pessoas do campo e das florestas e o significativo avanço da perspectiva agroecológica de produção (BRASIL, 2011).

Para efetivar a integralização e amplo alcance territorial da política de saúde é necessário a consolidação da Atenção Básica em consonância com a PNSIPCFA, por isso, a criação dessa política é um marco regulatório fundamental para as pessoas do campo. A efetivação dessas duas políticas articuladas teria um potencial para fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à saúde dos trabalhadores e jovens do campo.

No entanto, apesar da conquista dos movimentos sociais com a criação da PNSIPCFA, a efetivação dessa política ainda não ocorreu. Para isso, é necessário avançar as diretrizes que se referem à integralização, ao respeito aos aprendizados tradicionais e à construção e estruturação de postos de saúde no campo. Tais medidas responderiam às demandas dos assentados e camponeses, reduzindo a necessidade de deslocamentos para hospitais e unidades básicas na cidade. Até porque, diversas vezes não são atendidos, ou mesmo que sejam atendidas suas especificidades não são consideradas no diagnóstico e tratamento (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

Além da efetivação da PNSIPCFA há o desafio de efetivar a reforma agrária social, pois a luta por essa bandeira e pela agroecologia produzida pela agricultura familiar por promoção da saúde para os povos do campo e da floresta, pois uma luta contra o envenenamento por agrotóxicos nos alimentos e combate à contaminação da água, que são determinantes para a prevenção e promoção da saúde no campo (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

Essa política e a luta pela utilização e acesso à saúde desses povos, é urgente o aprimoramento da Atenção Básica, incluindo demais leis que considerem diretrizes do SUS como a prevenção, o acesso e a promoção da saúde. Segundo Dantas *et al.* (2019) essas políticas devem ser planejadas a partir de um diagnóstico do território. Sendo assim, os autores apontam alguns elementos que seriam essenciais para a promoção da saúde nesses territórios, sendo eles: “organização/mobilização da comunidade, ações de geração de renda, articulação com a rede de atenção à saúde e intersetorialidade, incentivo ao uso de plantas medicinais e fortalecimento do saber popular” (Dantas *et al.*, 2019 p.11).

Os autores consideram qual a prioridade política que os governantes asseguram para a saúde no local determinado, e qual o nível de integração que conseguem fazer com as demais políticas públicas, pois para a utilização dos serviços é preciso a integração em rede e atuação de diversas políticas determinantes – como o acesso a transporte público –, para que seja possível o deslocamento até os postos de saúde; a organização da rede; o estímulo à pessoa que busca o acesso à saúde.

E ainda, destacam o acesso à educação e a informação dos determinantes que precisam ser cada vez mais abrangentes e qualificados, pois impactam o público ao qual a política de saúde, em especial a de Atenção Básica, chega na população. Pesquisas demonstram que quanto menor o acesso à educação de uma população, menor é a percepção sobre a relevância de tratamentos, sobre os efeitos futuros daquela doença, e ou sobre a necessidade de consulta médica e ou de enfermeiros imediatamente (Nogueira *et al.*, 2010).

Portanto, é preciso unificar os saberes tradicionais com os científicos para aprimorar a Atenção Básica em saúde da população camponesa, além da necessidade de reivindicar mais postos de saúde no campo, mais médicos em áreas remotas, como foi a atuação do Programa Mais Médicos. Porém, o governo Bolsonaro acabou com o programa. Torna-se nítido que a Atenção Básica em saúde e a promoção em saúde no campo, não só dependem da ação da equipe multiprofissional, mas precisam garantir lazer, emprego, saúde mental, alimentação de qualidade, direito ao esporte e o acesso à terra para esses povos.

2.4 Construção histórica, Juventudes e políticas sociais

A juventude é uma categoria construída socialmente, ao considerar que as juventudes são diversas e não podem ser consideradas unas, neste trabalho optou-se por utilizar o termo *juventudes*, pois existem os jovens que são do campo, da cidade, da periferia, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, das florestas, dentre outros. Exemplos esses que demonstram a diversidade dos estilos de vida, costumes, especificidades, e a importância de considerá-la. Portanto, as juventudes são grupos de determinada faixa etária compreendidas entre 15 e 29 anos, segundo o Estatuto da Juventude, que possuem características diversas vistas pela sociedade como uma fase cheia de possibilidades, sonhos, desafios, energia, mas, também, de inseguranças.

Ser jovem é iniciar um ciclo da vida em que é possível construir caminhos que sejam possíveis para o seu futuro na qualidade de adulto. Os direitos e deveres dos jovens estão compilados de forma organizada e documentado, apenas muito recentemente: só foram instituídos

no Brasil em 2013 por meio do “Estatuto da Juventude”, Lei nº 12.852/2013. O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), relevante marco teórico para a juventude, só contemplava os jovens até 18 anos. Assim, O Estatuto da Juventude dispõe dos deveres e direitos no âmbito das políticas sociais e direitos humanos para jovens até 29 anos.

O Brasil foi o último país da América latina a implementar política estatutária e política nacional de juventude, embora tenha sido pressionado por um movimento internacional desde 1965, por meio da “Declaração sobre a promoção entre a juventude dos ideais da paz, respeito mútuo e compreensão entre os povos” organizado pela Organização das Nações Unidas (ONU); e por meio da movimentação que instituiu o Ano internacional da juventude em 1985. Foram esses, dois eventos que impulsionam, em 1995, o Programa Mundial de Ação para a juventude (PMAJ). Essa sequência de eventos e ações das Nações Unidas e movimentos sociais, culmina no primeiro fórum mundial de juventude (Cabraldos Santos; Yamamoto Hajime, 2018).

Compreendendo então os jovens como sujeitos de direitos, essas movimentações também acarretaram a criação de políticas públicas específicas para a juventude. Assim, na década de 1990, outras ações foram encampadas, em especial na criação de setores dentro do poder público que abordam a juventude. Mas, foi durante o governo do Partido dos Trabalhadores (PT), em 2013, que se instituiu o Estatuto da Juventude. Esse documento prevê direitos das juventudes, princípios e diretrizes e institui o Sistema nacional de juventude (Sinajuve), que constitui como uma forma de articulação e organização da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e da sociedade civil para a promoção de políticas públicas de juventude. Crucial, ainda, destacar a Política Nacional para a Juventude (PNJ), documento elaborado em 2006 pelo Conselho Nacional de Juventude (Conjuve). É um marco teórico que define uma separação entre cada fase da juventude e institui representação da juventude nos espaços de decisão.

Ademais, implementa-se o Conjuve, em 2005. O Conjuve “tem como tarefa abrir o caminho para a consagração dos direitos dos/das jovens por meio da incidência na elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas” (Novaes *et al.*, 2006, p.4). O Conselho tem uma composição que permite tanto representantes do poder público, quanto da sociedade civil, buscando expressar a diversidade das juventudes, em etnias, gênero, culturas, gerações, e experiências em organizações e trajetórias profissionais.

Outrossim, foi instaurada a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), em 2005. Ela tem como objetivo propor ações que impulsionam a participação dos jovens em diversas esferas que proporcionem a implementação, formulação e acompanhamento de políticas públicas voltadas

para a juventude (Novaes *et al.*, 2006). Esse arcabouço de normativas nacionais para a juventude, são vultosos instrumentos de defesa de direitos das juventudes no Brasil.

Acerca dos direitos da juventude no Brasil, o Estatuto da Juventude perpassa os direitos universais e constitucionais, mas enfatiza e adequa esses direitos para as especificidades das juventudes brasileiras, consideradas, até 29 anos, institucional e juridicamente sujeitos de direitos e passíveis de políticas públicas que atendam suas demandas (Cabraldos Santos; Yamamoto Hajime, 2018).

Ao conceituar a palavra juventude, percebe-se ao analisar textos e artigos acerca do tema, bem como observar a implementação de políticas públicas, o desafio de compreender as juventudes em sua totalidade e diversidade. Ser jovem é caracterizado como estar em uma determinada faixa etária, em um específico momento da vida, que abrange, em sua maioria, transformações biológicas, determinados comportamentos sociais e culturais, e cumprir uma série de requisitos a depender da idade, como estudar, trabalhar e planejar o futuro.

Essa caracterização tem suas contradições, pois diversas vezes, a depender da condição socioeconômica, localização e implicações culturais, as juventudes se diversificam, e podem não seguir o padrão do que lhe foi determinado. Ao mesmo tempo, embora dentro da faixa etária citada, alguns também não são mais considerados pela sociedade como jovens, a exemplo dos jovens periféricos, que precisam trabalhar prematuramente ou que ficam desempregados, mas também não estudam, por diversos motivos que tangem a evasão escolar.

A conceituação do que é juventude vem sofrendo alterações ao longo dos tempos, graças à influência de variáveis socioeconômicas e culturais. No século XIX, a juventude era vista somente como um problema social, alicerçada nas perspectivas "racistas e eugênicas na Europa" havendo repressão e necessidade de disciplina e controle. Já no século XX, esse processo de repressão fica ainda mais evidente e cruel, pois entra na fase de extermínio da juventude pobre e negra, consubstanciada em um processo de acumulação capitalista, que concentra as riquezas nas mãos de poucos. Portanto, durante esses séculos, a juventude era vista como um problema social, por isso as políticas eram idealizadas em uma perspectiva de tutela, repressão e controle social e a juventude era vista como uma fase a ser superada (Souza; Paiva, 2012).

Portanto, esse processo vem com mais força até a década de 1990, quando os jovens eram considerados apenas um problema para o Estado, uma categoria à parte da sociedade. Mas,

é a partir dos anos 90 que os jovens voltam a adquirir visibilidade, com outras figuras, novos temas e focos. Num primeiro momento ganhou peso na opinião pública a

preocupação social com os problemas vividos ou representados pelos jovens, vinculados fortemente à crise econômica e social e consubstanciada na dificuldade de inserção (Aramo; Leon, 2005, p. 24).

Ainda carregadas de estigmas das décadas anteriores, por meio de um processo histórico e recente de diversas reivindicações dos movimentos sociais e Organizações Não Governamentais (Ongs), as juventudes vêm sendo reconhecidas como sujeito de direitos, que possuem demandas próprias e características dessa fase da vida, e que são necessárias políticas públicas integradas para atendê-las. A começar pela fase inicial da juventude, foco do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi uma significativa conquista para as crianças e adolescentes, que passam a ser considerados como sujeitos de direitos que tem voz e que podem opinar sobre situações de violência, ou desconforto, além de poderem demandar ao Estado políticas específicas. Portanto, o estatuto legal apresenta em seu bojo uma nova concepção de direitos que incide sobre conservadoras formas e conteúdo de conceber jurídica, institucional e socialmente crianças e adolescentes na sociedade brasileira (Sposito; Carrano, 2003, p. 20).

No entanto, com a mudança de século, em especial as ONGs e movimentos sociais, mas também alguns governos mudaram a definição que tinha sobre juventude e conceberam o jovem como um potencial de transformação e desenvolvimento social. Um potencial para refletir sobre soluções para o desenvolvimento do Estado ou país em que vivem, e protagonizar essa transformação. Formular políticas públicas, ou ações locais que possam impactar no futuro de da sociedade, desenvolver pesquisas, ou liderar grupos que são considerados o futuro da nação. Essas apostas podem ser de certa forma interessante para a juventude que antes era vista apenas como um problema, ou uma fase de transição. No entanto, devem ser realizadas com cautela, pois também pode limitar e tutelar esse segmento, conseqüentemente com esse projeto de pensar o futuro e o desenvolvimento local, reflete-se mais acerca de problemas gerais, e menos em relação a suas próprias demandas.

Historicamente, a construção de políticas públicas para a juventude se efetivou por identificação de demandas políticas de jovens influenciam na sociedade a ampliação de demandas relacionadas a falta de políticas públicas para as juventudes e isso era dado como um “problema” que precisava ser resolvido urgente, assim então era instituída alguma política. Na medida em que as juventudes passam a ser consideradas como ‘problema social’ terminologia liberal utilizada na época para descrever a situação política e econômica das juventudes, se forjam políticas públicas para tentar ‘solucionar o problema’.

Essa fase, segundo Sposito e Carrano (2003, p.18) se dividiu em: “a) a ampliação da educação e o uso do tempo livre (entre 1950 e 1980); b) o controle social de setores juvenis

mobilizados (entre 1970 e 1985); c) o enfrentamento da pobreza e a prevenção do delito (entre 1985 e 2000); e d) a inserção laboral de jovens (entre 1990 e 2000)” .

Assim, as juventudes foram diretamente influenciadas pelas questões vigentes na sociedade, sejam ideológicas como questionamentos a costumes estabelecidos, por uma ideologia política conservadora, pela sexualidade ou pelas diversas proibições. Não obstante, é relevante considerar os jovens que, no geral, se encontram geralmente nas periferias e encontram na base da pirâmide da sociedade capitalista, e, portanto, tem ainda menos acesso a políticas públicas e nas estatísticas que geralmente se referem ao desemprego, mortes, prisões dentre outros, expressando a latente desigualdade social, e assim, buscam formas não convencionais de sobrevivência, a política pública que chega para esses jovens é a repressão policial e o sistema prisional. Essa forma de considerar as juventudes tem aporte histórico e implicações atuais,

mas a repercussão é mais profunda e altera significativamente os rumos de uma política pública para a juventude. Grosso modo as primeiras iniciativas de atender com políticas públicas a população jovem definiam como público-alvo uma categoria perigosamente cooptável pela “delinquência”, refratária ao “socorro” do Estado e desinteressada em seu possível papel na sociedade (CASTRO, 2011).

Para Abramo (2005), as áreas que mais desenvolveram políticas públicas para as juventudes foram saúde e segurança pública, mas apesar de serem políticas relevantes mesmo nessas áreas as políticas não contemplaram as demandas das juventudes. Ambas as áreas recorrem a perspectiva de remediar e punir, controlar problemas públicos que adivinham das juventudes como a Aids, e o aumento da repressão contra furtos, e outros desafios que a juventude poderia apresentar à sociedade, isto posto:

a formulação de políticas de juventude, mesmo consideradas em sua especificidade, é definida em um quadro de distanciamento, tutela ou subordinação da sociedade diante do Estado, em virtude das orientações prevalecentes nos governos que rebaterão diretamente sobre a forma como essas políticas vão equacionar suas relações com os segmentos juvenis (Sposito; Carrano, 2003, p. 21).

A fragmentação das políticas sociais e a escassa interlocução entre as leis vigentes levam a esse descompasso em relação à compreensão do que é juventude e adolescência hoje no Brasil. Apesar de outros marcos, neste trabalho recorreu-se às diretrizes da Política Nacional para as Juventudes no entendimento de que abrange pessoas entre 15 e 29 anos, sendo estas separadas por grupos: jovens adolescentes de 15 a 18 anos, jovens de 18 a 24 e jovens adultos de 24 a 29 anos, que além de terem seus direitos garantidos no Estatuto da Juventude, contam com o ECA (Brasil, 2006).

Além disso, aqui definiu-se características da juventude para fins de análise em relação às políticas sociais, pois compreende-se que as juventudes são mais complexas hoje do que simplesmente se determinam os órgãos e instituições que almejam estudá-las ou incluí-las em políticas públicas. Trata-se de uma condição diversa que imprime mudanças e vivências diferentes de acordo com seu território, gênero, raça, classe, cultura e costumes ou mesmo fase da vida. As juventudes são, portanto, ampla, que possui seus desafios em uma sociedade que só a compreende como problema, como algo passageiro, fase irresponsável. Ou pior, quando veem como uma fase mais suscetível para que realizem escolhas que tenham como implicações a falta de sucesso na sua vida adulta (Castro, 2012).

Portanto, “Ao refletir acerca da realidade social da juventude, considera-se a desigualdade social, a guerra às drogas e a expansão da pobreza como agravantes das vivências de parte das juventudes (Silva; Silva, 2011). De acordo com o Atlas da violência (2019) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) registra que um jovem negro é morto a cada 23 minutos e os homens de 20 a 24 anos representam a maior parcela dessas vítimas. No que se refere a gênero e raça, as mulheres, negros e jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo (LGBTQI+) encontram entre os elevados índices de aumento de homicídios do país nos últimos anos. Além disso, dados publicados em 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que desde 2012 depara-se com a maior taxa de desemprego entre a juventude, considerando que na juventude entre 18 e 24 anos a taxa é de 29,8% e entre 25 e 39 anos é de 13,9% (Brasil, 2021).

Quando empregados, os jovens que não possuem experiência profissional acabam por não ocupar postos de trabalho com salário-mínimo e direitos trabalhistas, porque, além da necessidade de experiência, esses postos de trabalho são cada vez mais disputados. Por isso, geralmente ocupam vagas de empregos informais, diversos na perspectiva da uberização do trabalho, termo que define essa fase do capital no trabalho em que há uma flexibilização do trabalho e dos direitos e de vínculos trabalhistas, como ocorre na Uber.

A Uber é a empresa que tem a maior frota de automóveis do mundo, mas não possui nenhum custo com a manutenção e nenhum vínculo trabalhista com os motoristas, estabelecendo uma relação de trabalho por meio de um aplicativo, o que começa com a ideia de que o motorista pode ser seu próprio chefe e fazer seu próprio horário, mas que, no fundo, implica mais trabalho, sem nenhum direito trabalhista e nenhum salário garantidos. A maioria depende desta renda para se sustentar e/ou para contribuir com o sustento familiar, apesar da

reduzida remuneração e da falta de direitos como férias remuneradas, remuneração fixa, aposentadoria, pensões, auxílio-desemprego, dentre outros (Antunes, 2018).

Segundo Antunes (2018, p. 30) “aqueles que se mantêm empregados presenciam a corrosão dos seus direitos sociais e a erosão das suas conquistas históricas”. O autor trata da retirada de direitos, da ampliação do desemprego e do trabalho informal, intermitente e “flexível”. Representa um ideário de que flexibilizando, não determinando horas, o empregado consegue mais tempo e, portanto, mais qualidade de vida, quando na verdade essas alterações só favorecem o capital, deixam sem perspectiva de futuro os trabalhadores, em especial os jovens (Antunes, 2018).

As juventudes são impelidas a se submeterem a esse modelo de flexibilização. Ao considerar as políticas públicas para esse grupo populacional, analisa-se a escassez e a fragmentação das políticas públicas, além dos reduzidos recursos destinados para a manutenção e expansão dessas políticas. Essa falta de investimentos para políticas sociais voltadas para os jovens, além de não contribuir com a permanência dos jovens nas escolas e universidades, também os insere em estatísticas cruéis, como nas taxas de desemprego, no índice de mortes e na inserção no mundo do crime. E, ainda, coloca a juventude em um “lugar” onde não se pode sonhar com um futuro no campo ou na cidade.

No que se refere aos direitos dos jovens na saúde o Estatuto da Juventude destaca que é dever do Estado implementar a política de saúde em consonância com os princípios do SUS, mas que não deve se limitar a ele, e sim a construir uma política que foque nas particularidades da juventudes como citado no artigo 20 inciso II “atenção integral à saúde, com especial ênfase ao atendimento e à prevenção dos agravos mais prevalentes nos jovens” (Estatuto da Juventude, 2013).

Frisa-se a necessidade geral das políticas sociais, da essencial relevância de apreender, construir e efetivar políticas que, de fato, atendam as juventudes, que durante muito tempo foi invisibilizada pelo poder público no que tange às políticas públicas. Destaca-se também que os demais incisos do Estatuto referentes à saúde, perpassam temáticas como álcool, drogas, e gravidez não planejada na adolescência. No entanto, salienta-se que não há citação da juventude camponesa, indígena e ribeirinha no referido Estatuto, o que demonstra que não foi apreendida neste instrumento legal, a pluralidade das juventudes.

CAPÍTULO 3

JUVENTUDE CAMPONESA DO MST: análise sobre acesso e utilização dos serviços de saúde

Apresenta-se neste capítulo a confluência dos desafios das juventudes, e em especial a juventude entrevistada, em relação a utilização dos serviços de saúde e dos efeitos do agronegócio com a utilização de agrotóxicos. Dialoga-se também sobre a agroecologia, o pensamento científico, econômico e agrário que disputa os rumos do dito desenvolvimento e da auto-organização no MST, como determinantes em suas vidas.

3.1 Perfil da Juventude camponesa do MST de Goiás e do Distrito Federal participantes da pesquisa

A juventude camponesa, com idade entre 18 e 30 anos, compõe ou lidera o movimento de juventude de um dos maiores movimentos sociais brasileiros, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, oito milhões de jovens estavam morando no campo¹¹.

Castro (2012) apresenta duas principais características desse grupo: o desinteresse das juventudes pelo campo, o que provoca o êxodo rural; e a masculinização do campo. Dados do IBGE demonstram que a juventude do campo (de 15 a 29 anos) em 2010 era composta por 53,2% de homens e 46,8% de mulheres (IBGE, 2010).

Para Castro (2012), a percepção de desinteresse pelo campo é trágica já que faz com que as demandas das juventudes camponesas não sejam consideradas, e que sejam entendidas como superficiais as justificativas utilizadas para sair do campo e ir para a cidade. Por isso, é fundamental acompanhar a movimentação que reordena e caracteriza as juventudes como sendo composta por pequenos agricultores familiares, que se organizam em movimentos sociais do campo e que lutam pelos seus direitos como trabalhadores e cidadãos, sujeitos da sua própria história no campo e na luta pela reforma agrária e acesso às políticas sociais para que possam permanecer em seus territórios.

O território representa a geolocalização, mas também um campo de forças de atores sociais como o Estado, os representantes do agronegócio e movimentos camponeses, que disputam o poder na construção de políticas. Os jovens camponeses constroem essa relação com o território, ainda na juventude (Moura, 2021).

¹¹ O censo de 2022 ainda não estava disponível até a finalização dessa pesquisa.

Considera-se o território e as especificidades do público objeto desta pesquisa – que vive no campo entre assentamentos e acampamentos e que é militante do MST –, como parte significativa para uma análise crítica da juventude camponesa estudada. Porém, também é importante ressaltar e caracterizar, para fins de aprofundamento de análise, as duas Unidades da Federação que serviram de *locus* investigativo: Distrito Federal-DF e Goiás-GO.

Assim, o DF é uma Unidade da Federação localizada em meio ao estado de Goiás, e na fronteira com Minas Gerais. Tem sua história iniciada na exploração de seus bens naturais desde a colonização. Um Distrito criado por questões políticas e geográficas e de segurança, construído por trabalhadores que vieram em busca de oportunidades e com o sonho de construir a Capital Federal (Brasil, 2021).

O Distrito Federal possui estações do ano bem definidas e uma seca agressiva. Em meio a uma umidade muito baixa em parte significativa do ano (aproximadamente 5 meses), vive, segundo o IBGE (Brasil, 2021), uma população crescente de cerca de 3.094.325 pessoas; dentre elas 87.950 fogem do cotidiano da cidade que gira em torno da lógica do serviço público e vivem no meio rural, camponês. Parte dessas pessoas preserva a natureza ainda não destruída e cultiva sua própria subsistência; e parte concentra terras e produz para o capital. É o estado que se encontra em primeiro lugar no *ranking* do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) brasileiro, mas também apresenta uma alarmante desigualdade social.

O DF é dividido em 33 Regiões Administrativas que abrangem 206 assentamentos e 12.634 famílias, segundo dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), datado de 2017. Ressalta-se ainda que esse número é crescente, pois o MST e de outros movimentos pela terra e reforma agrária, continuam em sua luta ocupando terras ociosas. Ademais o DF também é um estado de jovens, sua pirâmide etária (IBGE, 2010), demonstra que a população entre 20 e 29 anos só cresce e compreende a maioria da população.

Outro território de lutas e resistências dos jovens entrevistados nesta pesquisa é o estado de Goiás, escolhido como campo de pesquisa devido sua vasta concentração de terras, e da histórica disputa por território,

quando se refere ao território goiano, evidencia-se não os limites e contornos das fronteiras do Estado de Goiás, muito menos, a sua localização no Centro-Oeste brasileiro, mas refere-se ao território como construção social, em que estão presentes os conflitos, os enfrentamentos e as (re)existências que compõem a luta de classe. O território é então entendido como campo de força, resultante do embate entre os camponeses e o agronegócio em Goiás (Moura, 2021, p. 36).

Ainda, geograficamente Goiás é um estado localizado no Centro-Oeste brasileiro e faz fronteira com Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Tocantins, Bahia e Distrito Federal. Durante

a colonização foi explorado por 50 anos por causa do seu ouro, e assim criou-se a primeira cidade do estado, hoje conhecida como cidade de Goiás, ex-capital do Estado, terra de beleza, dor e passado escravocrata. O nome Goiás tem origem no povo guaiás, que significa indivíduos iguais, os donos originais das terras antes da chegada do Anhanguera, o suposto “descobridor” (Governo de Goiás, 2019).

Com 340.106,492 km², Goiás é um estado rico de cultura, tradições e comidas típicas, mas também é terra de famílias tradicionais, que residem no estado desde 1774, orgulhosamente de descendência europeia e que detêm boa parte da concentração de terras do estado, como é o caso da família Caiado, dedicada não apenas à terra e à agropecuária do estado, mas também à política desde 1930 até a atualidade.

Hoje, são 246 municípios que compõem o estado de Goiás, posicionado no 8^o lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Tem como principal fonte de renda a soja, a cana de açúcar, o álcool e a agropecuária e mantém uma representação significativa no Congresso Nacional pela bancada ruralista.¹² Abriga uma estimativa de 7.666.589 pessoas, das quais 583.074 residem no campo (Brasil, 2021).

Assim, os jovens participantes da pesquisa são residentes do Distrito Federal e de Goiás. A relação com o território é parte da construção das respostas das entrevistas, pois eles relatam experiências enviesadas pelo local onde “seus pés pisam”. Para referenciar a diversidade desses jovens, segue o quadro descritivo 1:

Quadro 1: Perfil dos jovens entrevistados integrantes do MST no DF e em GO

Estado/cidade Assentamento	Idade	Cor/ Raça	Assentamento/ Acampamento	Se considera um pequeno agricultor familiar?	Sexo
DF/Planaltina	23	preta	assentamento	não	feminino
DF/ Brazlândia	25	preto	assentamento	não	masculino
DF/ planaltina/ 08 de março	23	pardo	acampamento	sim	masculino
GO/ Campestre/ Canudos	22	branca	assentamento	sim	feminino
GO/Formosa	19	parda	assentamento	sim	feminino
GO/Formosa	28	preta	acampamento popular	sim	feminino

¹² Grupo de Deputados Federais, que apoiam e estão bloqueados em debates e em votações que sejam a favor do agronegócio e das agroindústrias.

GO/formosa	20	branca	acampamento	sim	feminino
GO/Corumbá/ outubro vermelho	18	parda	acampamento	sim	feminino
GO/Baliza	30	pardo	assentamento	sim	masculino

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Destaca-se a diferenciação de acampamentos e assentamentos, como influentes na determinação social das juventudes camponesa. Os acampamentos possuem as seguintes características: a) preparação para a ocupação de determinada terra; b) são situados na terra que o movimento deseja conquistar; c) os acampamentos permanentes, que são geralmente localizados próximo a latifúndios e tem uma ampla rotatividade de acampados, objetivam se organizar para ir para ocupações próximas, às vezes são denominados “populares”, por serem forjados na luta e terem vínculo com um movimento sócio territorial.

Os acampamentos encontram-se atrelados à ocupação da terra. Decorre daí a possibilidade de conquista da terra. Fernandes (2008, p. 23) define como: “a materialização de uma ação coletiva que torna pública a intencionalidade de reivindicar o direito à terra para produção e moradia. O acampamento é uma manifestação permanente para pressionar os governos na realização da Reforma Agrária”. Trata-se de um ato público que expressa a organização e os objetivos dos Trabalhadores Sem Terra, imbricados em uma primeira demonstração de disputa e de territorialização camponesa, resultante do trabalho de base dos movimentos sócio territoriais. Sendo as condições precárias e desafiadoras,

com esse ato, às famílias demonstram sua intenção de enfrentar as difíceis condições nos barracos de lona preta, nas beiras das estradas; demonstram também que estão determinadas a mudar os rumos de suas vidas, para a conquista da terra, na construção do território camponês (...) a ação, manifesta tanto resistência quanto persistência. Acampar é uma antiga forma de luta camponesa que, associada à ocupação, manifesta tanto resistência quanto persistência (Fernandes, 2008, p. 23).

Portanto, quando as famílias acampadas conquistam seus objetivos, passam para a fase de assentamento, ação destinada à Reforma Agrária, na qual determinado pedaço de terra precisa de uso social e é delegada a essas famílias cadastradas, por meio do Estado e dos movimentos sócio territoriais, a responsabilidade do uso da terra de forma sustentável e produtiva. Segundo Leite (2012, p.112) o que define um assentamento rural no Brasil é:

o cumprimento da função social da terra como base para a própria ação do Estado no processo de arrecadação dos imóveis ociosos e também como resultado da prática

observada com a constituição dos assentamentos rurais, que devem atender os requisitos para que um imóvel rural cumpra com sua função social.

Em relação aos/as entrevistados/as, destaca-se que sete do/as nove se autodeclararam como negros (pretos e pardos) e somente dois não se consideram pequenos agricultores familiares. Além disso, é significativa a participação feminina pertencente a acampamentos de Goiás. Apesar de ser um número reduzido, evidencia a configuração do movimento camponês no Brasil que tem base social negra e feminina. Mesmo o MST, que teve início no Sul do país, possui um contingente significativo de militantes negros. Ademais é expressão da agricultura familiar brasileira que garante 80% dos alimentos na mesa dos brasileiros; agricultura familiar que é sustentada por mulheres camponesas.

Semelhante ao que ocorre nas cidades, também as desigualdades de gênero no campo são expressivas, pois às mulheres destinam-se as atividades de cuidado e afazeres domésticos, tendo que conciliar tais tarefas com as atividades de produção na agricultura. Segundo Silva (2019, p.2102):

ainda que filhos e esposa executem trabalho de roçado, tais atividades são tidas como próprias do homem (o pai), cabendo aos demais à posição de ajudantes. Quanto à mulher, mãe e esposa dedicada, tem na casa o seu lugar, na qual, o trabalho que ali é desenvolvido se configura como um não trabalho.

Para Silva (2019), o trabalho no campo é separado em duas frentes: uma de reprodução e a outra do roçado em uma expressa divisão sexual do trabalho: às mulheres são destinadas as atividades de reprodução e cuidados, enquanto os homens fazem o roçado e as vendas de largas escalas, aquelas que garantem lucro. Para esse modelo de divisão de tarefas resta às mulheres a produção agrícola em reduzida escala destinada à mesa das famílias camponesas. Portanto, o trabalho sem valor para a sociedade capitalista é delegado às mulheres no campo.

Com base nestas exposições e refletindo a respeito da condição da mulher trabalhadora rural, tem-se que no meio rural se faz o lócus “privilegiado” da reprodução social das desigualdades de gênero e, por conseguinte, da divisão sexual do trabalho. No bojo destas contradições, cabe ao homem, o título de provedor e chefe de família, aquele que participa da vida política e dos espaços públicos. Quanto à mulher, o cuidado, o zelo dentro do lar. São realidades vivenciadas e latentes no cotidiano rural (SILVA, 2019, p. 2100).

No entanto, por meio de lutas e resistências, as mulheres camponesas têm se assumido como sujeitas da história e vêm mudando essa realidade, tanto no que concerne ao acesso a políticas públicas que contribuem para os subsídios dos pequenos agricultores, quanto na luta para serem reconhecidas, também, como pequenas agricultoras e geradoras de renda para a

família. No MST, mais de 4.000 participantes se reuniram em março de 2020, no 1º Encontro Nacional de Mulheres Camponesas, em Brasília, com o tema central “Mulheres em luta: Semeando a Resistência”, sendo a primeira vez na história do movimento que o encontro foi assumido por mulheres e que debateu a situação de desigualdade em que se encontram.

Na ocasião, uma das dirigentes afirmou que “o trabalho doméstico e a economia da agricultura familiar, ligado ao trabalho de quintal, são fundamentais para garantir o consumo das famílias, mas não necessariamente são considerados renda, porque não é o grande substantivo de uma produção” (MST, 2020¹³). Nessa afirmação, a dirigente apresentou o trabalho como uma categoria central que versa sobre as desigualdades sociais e de gênero no campo é que é atrelado ao agronegócio:

o agronegócio no campo é o que as mulheres camponesas conhecem mais de perto, e que ele é a representação da capital. É o capital financeiro, é o capital econômico. São aqueles que mandam no país para buscar o lucro através da exploração das pessoas, mas também a exploração profunda de todos os bens da natureza (MST¹⁴, 2020).

Além do mais, as mulheres trabalhadoras rurais manifestam-se mediante a Marcha das Margaridas, realizada desde os anos 2000. Essa construção, que se inicia nos estados, reúne as mulheres do MST junto a outros movimentos sócio territoriais e sindicatos rurais, em uma significativa marcha para reivindicar os direitos trabalhistas, superação da pobreza, desenvolvimento sustentável e lutar contra formas de violência de raça, cor ou credo. Assim, obtiveram diversas conquistas como a titulação de terras em nome das mulheres e o projeto de saúde reprodutiva da mulher (Fetase¹⁵, 2023).

O MST tem tentado avançar para o combate às desigualdades de gênero nos assentamentos e contribuir para a luta do movimento de mulheres. Assim, no encontro que ocorreu em março 2018, as mulheres camponesas também se somaram à Marcha pela vida das Mulheres, ocorrida em 8 de março de 2020, última marcha antes do *lockdown*¹⁶ causado pela pandemia da Covid-19, histórica por ter em sua composição mulheres do campo e da cidade. Essas movimentações são fundamentais para a participação efetiva das jovens camponesas.

Entendendo o trabalho como uma questão difícil também para os jovens, é preciso refletir sobre essa categoria, pois ela também influi na saúde da juventude camponesa. Ao

¹³ Informação adquirida em: www.mst.org.br

¹⁴ Informação adquirida em: www.mst.org.br

¹⁵ Informação adquirida em: <https://fetase.org.br/>

¹⁶ O *lockdown* foi uma estratégia de contenção do vírus da Covid-19, adotada no início da pandemia por vários países que decretaram que só abririam serviços essenciais e que todas as pessoas deveriam evitar sair de casa. Segundo o G1 o: "*lockdown*" é uma expressão em inglês que, na tradução literal, significa confinamento ou fechamento total. Foi usada frequentemente desde o agravamento da pandemia da Covid-19, para conter as infecções da doença.

considerar a qualidade de vida dos jovens e adolescentes do campo, é essencial assumir a defesa do direito ao trabalho, à educação e o acesso à política de saúde como direitos universais e que devem ser garantidos pelo Estado.

Para os jovens do campo, o ingresso no trabalho é precoce: desde cedo contribuem na colheita e no plantio de alimentos para consumo de suas famílias e isso para eles é essencial para a manutenção da saúde. Contudo, devido à falta de políticas públicas, a agricultura familiar pode não ser mais uma opção, pois esses jovens não possuem terra ou não conseguem ter renda somente com ela. Portanto, buscam trabalhos com o latifúndio, grandes fazendeiros e lavouras para contribuir com o sustento familiar, ou migram para a cidade, onde enfrentam as mesmas situações de risco que os jovens urbanos, como o desemprego entre a juventude e os desafios de deslocamento e moradia.

de cerca de 57,4%, em geral o contingente maior de desempregados jovens está entre as mulheres: “média para o contingente feminino com idade entre 15 e 29 anos era de 38,2%, enquanto era de 9,1% para o segmento masculino de 30 anos e mais. Este quadro sumariza a sobreposição das reconhecidas desvantagens vividas pelas mulheres no mercado de trabalho àquelas mapeadas para a juventude, localizado na adolescência feminina o grupo etário sobre o qual recai com maior incidência o desemprego (78,9%) (DIEESE, 2020-2021, p. 8).

Segundo o Dieese (2021) essa realidade no DF atinge, em especial, mulheres jovens entre 15 e 25 anos e diminui consideravelmente a partir dos 30 anos de idade, ainda que no ano de 2021, em comparação ao quadro de 2020 em meio a pandemia da Covid-19, ampliou-se o número de jovens do DF no mercado de trabalho, expandindo sua proporção sobre o conjunto de ocupados. Mas, esse quadro pode refletir não só os trabalhos formais como autônomos, sendo que a taxa de autônomos entre as juventudes ampliou em 14,8% o número de trabalhos informais e sem direitos trabalhistas.

Para os jovens, a falta de oportunidades de emprego resulta em implicações para a saúde, em especial para aqueles que não conseguem, por falta de políticas públicas para o campo, atuar como pequenos agricultores familiares e se sustentar a partir da sua produção. Além disso, ainda não acessam uma educação de qualidade que seja voltada para o campo. Só lhes restam atividades em fazendas e lavouras de grande porte, trabalhos por vezes precários, com salários reduzidos ou mesmo sem salário fixo, só sobrevivendo de diária, sem direitos trabalhistas e ainda suscetíveis ao manuseio de agrotóxicos. Pois,

muitos jovens do interior não veem outra alternativa a não ser trabalhar como mão de obra barata para esses grandes latifundiários, isso acontece muito no campo né, de não ter... mentalmente e fisicamente a exploração é muito alta a baixa remuneração e eu acredito que o agronegócio tem essa implicação a partir do emprego (Jovem 1).

Tal condição evidencia a ausência de alternativas. Por esse motivo recorrem ao latifundiário, e isso afeta a sua sociabilidade, incluindo a saúde mental e física. No entanto, o trabalho para um jovem camponês atuante no agronegócio, conta com reduzida autonomia econômica; apesar de ainda contribuir para o seu desenvolvimento individual, afeta a sua vida adulta e o distancia da perspectiva agroecológica.

No bojo dos desafios vivenciados pelos jovens do campo, encontra-se o acesso à educação. Apesar do foco desta dissertação ser a saúde, compreende-se que os jovens do campo, por falta de acesso à educação de qualidade e por reduzidas iniciativas pedagógicas direcionadas para a realidade do campo, se deparam com obstáculos relacionados ao transporte para realizar seus estudos na cidade.

“Os movimentos sociais construíram junto ao governo a resistente Educação do Campo, como passou a ser nomeada Educação do Campo a partir das discussões do Seminário Nacional realizado em Brasília de 26 a 29 de novembro de 2002” (Caldart, 2017, p. 260), construída nas lutas da população camponesa, como uma crítica à realidade da educação brasileira e da educação rural, que não agrega agroecologia como parte da perspectiva pedagógica.

Caldart (2017) afirma a Educação do Campo como um projeto contra-hegemônico e em sua elaboração os sujeitos “têm exercitado o direito de pensar a pedagogia desde a sua realidade específica, mas não visando somente a si mesmos: a totalidade lhes importa, e é mais ampla do que a pedagogia (Caldart, 2017, p.264). Projeto que partiu da necessidade da construção de especialidades que se voltassem para assentamentos, acampamentos e para todos do meio rural; que os jovens pudessem compreender o campo, como um local de moradia, trabalho e construção de vida, assim como formamos médicos, advogados, assistentes sociais, dentre outros, que com sua experiência de vida na cidade podem contribuir com os locais onde moram. A ideia é também formar jovens camponeses desde a educação básica, que possam ter um pensamento agroecológico e se voltarem para contribuir com o campo.

Esse movimento pedagógico camponês se traduziu: a) nas Escolas das Famílias Agrícolas (EFAs), ainda hoje sucateadas e sofrendo pressão para serem fechadas, mas importantes marcos para a educação das crianças e adolescentes do campo e b) nos programas de educação para assentados da reforma agrária como o Programa Nacional de Educação da Reforma Agrária (Pronera) que, segundo o MST: “promoveu a realização de 320 cursos nos níveis EJA fundamental, ensino médio e ensino superior, envolvendo 82 instituições de ensino, 38 organizações demandantes e 244 parceiros, com a participação de 164.894 educandas(os) em todo o Brasil” (MST, 2020).

Registram-se significativas iniciativas de educação que são no/do/para os jovens do campo. Quando nos referimos aos termos no/do/para o campo, reivindicamos uma completa destinação da política em questão para o campo, ou seja, a escola é no campo, com pedagogia que seja do campo, e em especial para os jovens do campo, as quais trabalhem pedagogias que amparem as especificidades desses jovens por serem parte da agricultura familiar e da luta pela reforma agrária (Silva, 2015). E não deveria ser diferente quanto à política de saúde, como relata a Jovem 2: “não vou sair do campo pra poder ir pra escola e nem para o posto”. Salienta-se, com essa frase, a urgência de ter postos de saúde localizados no campo, abrangendo as demandas dos(as) camponeses(as).

3.2 Saúde dos jovens camponeses: percepções sobre saúde

O Estatuto da Juventude (2013) prevê os direitos do jovem na política de saúde, incluindo diretrizes que consubstanciam a Política Nacional de Saúde (PNS) para este público. No entanto, os jovens do campo enfrentam desafios em relação ao acesso a uma política de saúde que se adeque às suas especificidades. Além da precarização dos serviços de saúde,

os jovens do campo aparecem então ligados a temas como gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, drogas, intoxicação pelo uso inadequado de agrotóxicos nas lavouras e casos de violência resultantes do envolvimento em conflitos pelo uso da terra (Brasil, 2018, p. 65).

São inúmeras as doenças que podem se tornar agravantes para as condições de saúde da juventude camponesa.

No tocante às condições de saúde, ainda permanecem doenças infecto parasitárias decorrentes da precária situação de saneamento. São frequentes as lesões por esforços repetitivos, os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho 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 (Brasil, 2018, p. 64).

Os jovens no campo possuem dupla possibilidade de intoxicação por agrotóxicos. A primeira, pelo contato direto, quando trabalham em lavouras e não utilizam equipamentos de proteção adequados e pela pulverização do ar em territórios onde a fronteira com o agronegócio é bem próxima. A segunda, pela alimentação que possui agrotóxicos nocivos à saúde, o que ocasiona, “dor de barriga, diarreia, náusea, tontura de forma imediata, e a intoxicação crônica, que causa, a longo prazo, câncer, doenças endócrinas e do sistema nervoso” (Brasil, 2018, p. 66).

Para a Jovem 3, essas doenças têm relação com o modo de produção do agronegócio, pois quando perguntada se o agronegócio apresenta implicações para a saúde da juventude camponesa, ela destaca:

Sim com certeza, é de diversas maneiras, tanto na relação com agrotóxico, com veneno por exemplo. Hoje grande parte da juventude no campo trabalha muito nessa área do agronegócio, né? Pra sempre é em contato direto com o veneno tanto na pulverização das lavouras quanto depois do consumo daquele alimento, né? Querendo ou não por que a gente não consegue produzir tudo que a gente come, né? Tudo que a gente consome então vem muitas coisas industrializadas. Que tem muito agrotóxico, tem muito veneno, tanto também na relação do trabalho, né? (Jovem 3).

Além disso, o avanço do agronegócio no governo de Jair Messias Bolsonaro, que compreendeu os anos de 2018 a 2022, culminou na ampliação da liberação de 2.182 produtos com agrotóxicos antes considerados impróprios no Brasil e no mundo. Conforme dados registrados pela Coordenação-Geral de Agrotóxicos e Afins (CGAA), essa quantidade de liberação é um recorde desde 2003. O Ministério da Agricultura e Pecuária relata o lançamento de 98 desses produtos, ao passo em que os demais são biológicos. Além disso, depara-se com os despejos autoritários de acampamentos do MST e de outros movimentos do campo para que houvesse o avanço da fronteira agrícola (Fernandes, 2008).

Ademais, no presente estudo, procuramos investigar a relação do MST com o agronegócio, qual a concepção deste Movimento sobre o agronegócio e quanto isso resvala na saúde da juventude Sem Terra. Nos relatos das entrevistas, as(os) jovens identificam essa relação:

Indiretamente tem sim, pois além de ser um dos maiores causadores de doenças por conta dos agrotóxicos, prejudica muito pois por questão da grande quantidade de terras fica mais longo e difícil o percurso para se chegar às unidades básicas de saúde (jovem 4).

Sim, o agronegócio tem muito a ver com a saúde da juventude né? Hoje em dia, por causa do excesso de agrotóxico que eles usam. Nas plantações isso causa várias doenças como câncer, respiração, infecção, vários tipos de problemas, né? Na saúde dos jovens de hoje em dia (jovem 5).

Na minha avaliação o agronegócio tem inúmeras implicações na saúde da juventude. E da forma que o jovem camponês pela falta de acesso à universidade, a políticas públicas do campo e para o campo que possam subsidiar, como que se diz? produção própria, né? O fomento de produções próprias muitas das vezes quem fica ali pra abraçar, de certa forma, abraça negativamente né? O que sobra pro jovem camponês pela falta dessas necessidades é o agronegócio (jovem 2).

Nossa! São tantas, tipo tem jovens trabalhando né? Mexe com produtos da agrotóxica, né? Porque tem soja, né? Então, tem muito disso, muitos jovens trabalhando em lavouras, perto de lavouras, e eu trabalho por aí vários assentamentos aí, por aí vejo

avião, né? Voando, jogando veneno, plantação de soja, então tipo assim e acerta tudo né (jovem 6).

Tem sim, nesse que eu falo na questão dos agrotóxicos, de pulverização de contaminação nos arredores, e também uma questão de saúde mental mesmo, de exploração né (jovem 1).

Na avaliação das(o) jovens entrevistadas(os), o agronegócio tem inúmeras implicações no seu dia a dia e na sua saúde, individualmente e coletivamente, no processo de vivência no campo. Essas(es) jovens conseguem ter uma percepção ampliada do que é ter saúde e dos projetos que se encontram em disputas, o que provoca conflitos expressos no campo entre o agronegócio e a agricultura familiar. Ademais, relatam que a saúde mental também é atingida.

A saúde mental das juventudes passou a ser mais discutida por instituições de saúde e Ongs que lidam com estes grupos em razão de estarem em um quadro preocupante desde o início da pandemia provocada pela Covid-19, sendo as principais doenças psíquicas ocasionadas pelo:

abuso sexual infantil e o abuso por intimidação [provocam] (...)depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia (Brasil, 2022).

Portanto, no Boletim epidemiológico nº 33 do Ministério da Saúde (Brasil, 2023), se constata que o suicídio se encontra na 4ª possibilidade de morte dos jovens entre 15 e 29 anos. Os motivos são multifatoriais, mas acredita-se que na pandemia o número de casos se ampliou, sobretudo por falta de acesso ao tratamento adequado e ao diagnóstico, fatores que aceleram os processos de sofrimento e aumentam os casos entre as juventudes. Os desafios para atendimento por um profissional de saúde mental no SUS são diversos, mesmo na cidade. Para os diagnósticos, o número reduzido de profissionais na atenção básica para atender a demanda também interfere negativamente nessa situação, além da desinformação sobre o tema.

Os jovens entrevistados citam como obstáculo a falta de acesso a psicólogos e ainda relatam outros desafios enfrentados que agravam a saúde mental, como a própria perspectiva de futuro, de emprego e ou de subsídio estatal para plantarem. Além disso, os jovens do MST precisam lidar com os conflitos e disputas relacionados às terras, nos quais ocorrem ameaças e riscos de morte às suas famílias e de companheiros próximos. Soma-se a isso, a insegurança alimentar presente também na realidade dos assentamentos e acampamentos, em especial durante as disputas e conflitos territoriais.

Segundo o 2º Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil:

Uma em cada cinco famílias chefiadas por pessoas autodeclaradas pardas e pretas no Brasil sofre com a fome (20,6%) – o dobro em comparação aos lares chefiados por pessoas brancas (10,6%). A situação é ainda mais grave quando se leva em conta o gênero: 22% dos lares chefiados por mulheres autodeclaradas pardas e pretas sofrem com a fome, quase o dobro em relação a famílias comandadas por mulheres brancas (13,5%) (Vigisan, 2022, n.p).

Em meio à pandemia da Covid-19 no Brasil, cresceram os casos de pessoas passando fome. Diversos movimentos sociais identificaram a situação e criaram estratégias de solidariedade e combate à fome no país. O MST, por exemplo, foi responsável por doações de toneladas de alimentos agroecológicos, produzidos pela agricultura familiar (Lima, 2020). Ao ser perguntado, portanto, sobre as contribuições do MST para a luta pela saúde integral das(os) jovens no campo, o Jovem 1 afirma:

O MST nessa parte psicológica, principalmente pela perspectiva que a luta coloca na gente né, de você ter um futuro, o jovem rural sofre muito com essa falta de perspectiva pro futuro, falta de ensino de qualidade né, então tem dificuldade de acessar a universidade, não tem um preparo técnico pra algum tipo de atividade urbana e tal, então a saúde mental fica muito prejudica né, ah não presto pra nada só consigo trabalhar na roça. Então acho que quando o MST insere a juventude na luta, ele forma ele dá curso, que dá um propósito pra ele, acho que é muito importante pra saúde mental do jovem, inserindo na universidade, cria nele uma perspectiva, quando ele vê os exemplos de outros estudando, saindo pra estudar, conseguindo um emprego, pra ele é muito importante (jovem 1).

Portanto, para a maioria dos jovens entrevistados, o MST é essencial para a luta em defesa da saúde integral para os povos do campo e das florestas. E isso se expressa não só pela construção conjunta de políticas de saúde que atenda esse público jovem, como por sua principal luta diária – a reforma agrária. O MST, assim como outros movimentos, muda e é renovado, passa por reconstrução, ressignificação do Movimento de acordo com o tempo, projetos, recursos e incidências políticas.

Essa conotação do Movimento, suscita desafios conforme suas especificidades, o público o qual mobiliza e ainda por sua pauta que incomoda. No entanto, agrega cada vez mais pessoas sem terra para a luta. É por lutar pela reforma agrária popular no país, que o MST constrói agroflorestas de alimentos para a distribuição em solidariedade, alimenta as próprias famílias e estimula vendas nas feirinhas da reforma agrária e lojas onde os camponeses podem comercializar seus produtos sem agrotóxicos e proporcionar uma renda adequada para milhares de assentados. É por reforma agrária que o MST entende que sua luta deve expandir para a América Latina por meio da Via Campesina.

Mas, o Movimento tem o desafio de acompanhar diversos assentamentos e acampamentos, em especial no que tange aos assentamentos mais antigos. A partir das entrevistas, foi possível perceber essa falta de acompanhamento em alguns assentamentos, o

que provoca uma lacuna porque os jovens do local perdem formações, encontros que pleiteiam a política e as lutas da juventude camponesa do MST e o contato com a Escola Nacional Florestan Fernandes, e ainda acessam reduzidos debates da perspectiva agroecológica.

A agroecologia é um conceito amplo que extrapola a definição convencional. É um paradigma científico multidisciplinar, que objetiva ser uma transição entre o tradicional de desenvolvimento agrário para uma nova perspectiva de desenvolvimento sustentável, estudando a atividade agrária sob uma perspectiva ecológica transformando o modo de apreender a sociedade (Caporal, 2009). As(os) jovens, ao serem formadas(os) e conviverem com outra forma de pensar a agroecologia e a soberania alimentar, estabelecem uma relação entre agroecologia e concepção de saúde.

Sim, eu me sinto saudável. Pra mim eu acho que eu ter saúde é a gente se sentir bem com a gente mesmo. Ter lazer. É uma relação muito boa com os alimentos também né? É... principalmente quando a gente que é produtor rural em relação aos alimentos acho que envolve muito a gente consumir o que a gente produz né? Que isso dá uma segurança muito grande pra gente, eu acho, a minha percepção (jovem 3).

e em relação à saúde eu me sinto saudável porque a comida que eu como é sem agrotóxico. Ah, como não dá pra plantar tudo, algumas coisas, ainda compro no mercado: arroz, às vezes feijão, macarrão né? Extrato, mas as demais coisas, verdura, algumas frutas eu como em casa. A minha percepção do que é ter saúde é ter um corpo saudável, né? E se alimentar bem, conseguir se alimentar bem, fazer exercício físico (jovem 7).

Assim, eu me sinto saudável por ter acesso a uma alimentação agroecológica, uma alimentação longe de agrotóxicos, uma alimentação que é... que é... como é que fala? Que é cultivada com bioinsumos, com biofertilizantes. E tudo que vem da natureza a gente constrói, os nossos biofertilizantes através dos insumos da natureza. Então eu acho que assim, longe de agrotóxico toda alimentação fica saudável né? (jovem 2).

Essas são algumas das percepções do que é ter saúde para os jovens do MST, isso se explica porque:

A agroecologia, o núcleo comum principal da Soberania Alimentar, incorpora um vasto leque de dimensões da questão alimentar. Ela expressa um projeto que conflita com o paradigma tecnológico, o qual sustenta o conceito de Segurança Alimentar. Com a Soberania Alimentar as grandes empresas e corporações de alimentação deixam de possuir a primazia da escolha dos caminhos que a produção e circulação devem tomar, para que os pequenos produtores, os trabalhadores. (Caporal, 2009, p. 364-363).

A soberania alimentar é também um conceito acolhido recentemente pelo MST, porém, não sendo um conceito uníssono, encontra-se em constante debate. Para as(os) jovens traduzir a soberania alimentar em comer bem, de forma saudável, sem o aditivo de agrotóxicos, demonstra o potencial revolucionário, ligado, sobretudo, à posse das suas pequenas propriedades de terras. Sua vinculação com as áreas mais populares que compõem a Via

Campe sina e a contraposição desse conceito ao neoliberalismo e à globalização pressupõe uma mudança na ordem estabelecida (Caporal, 2009).

A concepção de saúde de jovens envolvidos na luta do MST e que possuem uma relação diferente com a natureza por serem pequenos agricultores familiares e residirem no campo, se conecta aos conceitos de agroecologia e soberania alimentar. Alguns fatores mostram a relevância das(os) jovens vivenciarem a dinâmica do campo e associarem essa vivência a sentirem-se saudáveis. Os fatores são: terem acesso a alimentos sem agrotóxicos; obter o conhecimento sobre o processo pelo qual o alimento passa antes de ser consumido; e a conscientização de que utilizam bioinsumos, biofertilizantes, e que plantaram e colheram aquele alimento. Essa é uma relação não só com a produção, mas também com a natureza, com o meio ambiente e com a sociabilidade camponesa.

A juventude trabalhadora agrícola familiar do MST resiste com suas famílias na luta pela garantia dos seus direitos, pelo acesso a uma política de saúde universal, equânime e integral. E enfrenta desafios no que se refere ao acesso à promoção e proteção da saúde, que envolve os diversos desafios supracitados, ocasionados pelo acirramento das disputas na fronteira agrícola, pelos retrocessos no que tange à reforma agrária, e pelas implicações do projeto neoliberal e conservador da sociedade em suas vidas.

3.3 Atenção Básica e os desafios na utilização dos serviços de saúde pela juventude camponesa

A Política Nacional de Saúde Integral para os Povos do Campo e da Floresta (PNSIPCF), construída a partir de 2003, no nomeado “grupo da Terra”, regulado pela portaria nº 2.460/2015 e composto por movimentos sociais do campo, por agências reguladoras, pela Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) e pelo Ministério da Saúde (MS), representa um marco regulatório que concerne à saúde das pessoas do campo. A política de saúde é uma conquista significativa demarcada pelos movimentos sociais. Nesse sentido, materializa-se um processo intenso de lutas travadas nesse século XXI pelos movimentos Sem Terra (MST), dos Pequenos Agricultores (MPA) e de Mulheres Camponesas (MMC), dentre outros, que encampam a luta pela garantia do acesso a essa política de forma efetiva do/no/para o campo (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

A PNSIPCF assinala a necessidade de aprimoramento da atenção especializada e da Atenção Básica por meio do Programa Saúde da Família (PSF), para que sejam garantidos os princípios do SUS – a equidade, a integralidade e a universalidade – no atendimento à

população do campo. Emerge daí a exigência de ampliação do atendimento e da estrutura necessária para que os serviços cheguem a essas pessoas, sem que elas precisem se deslocar do campo para a cidade (Brasil, 2011).

A ampliação da atenção à saúde dos povos do campo e da floresta se estenderia por meio das equipes de saúde da família e saúde bucal, promoção da saúde das mulheres dos homens e da rede de atenção psicossocial ao álcool e outras drogas, aos assentamentos de reforma agrária e florestas. E em relação ao atendimento especializado, reivindica-se a ampliação da área de alcance do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) de maneira a atender as especificidades do campo. (Brasil, 2011).

A PNSIPCF reafirma a relevância não só do acesso à saúde, mas também a necessidade de mudança na forma como se efetiva a produção de alimentos decorrente da concepção de agroecologia como modo de produção sem agrotóxicos, vinculada à promoção da saúde. Destaca-se que o Ministério da Saúde reconhece as implicações dos agrotóxicos utilizados pelo agronegócio na saúde das pessoas do campo e das florestas e o significativo avanço da perspectiva agroecológica de produção (Brasil, 2011).

Para efetivar a integralização e o amplo alcance territorial da política de saúde é necessária a consolidação da Atenção Básica em consonância com a PNSIPCF. Por isso, a criação dessa política é um marco regulatório fundamental para as pessoas do campo. A efetivação dessas duas políticas articuladas representa um potencial para fortalecer a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à saúde dos trabalhadores e jovens do campo.

No entanto, apesar da conquista dos movimentos sociais evidenciada na criação da PNSIPCF, a efetivação dessa política ainda não ocorreu. Para isso, é necessário avançar as diretrizes que se referem à integralização, ao respeito aos aprendizados tradicionais e à construção e estruturação de postos de saúde no campo. Tais medidas responderiam às demandas dos assentamentos e dos camponeses, reduzindo a necessidade de deslocamentos dos assentados para hospitais e unidades básicas na cidade. Até porque, diversas vezes não são atendidos ou são atendidos sem o acompanhamento das suas especificidades (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

Além da efetivação da PNSIPCF há o desafio de efetivar a reforma agrária, pois a luta por essa reforma e pela agroecologia produzida pela agricultura familiar também é uma luta por promoção da saúde para os povos do campo e das florestas, já que se trata de uma luta contra o envenenamento por agrotóxicos nos alimentos e contra a contaminação da água, que são

determinantes para a prevenção e promoção da saúde no campo (Carneiro; Búrigo; Dias, 2012).

Desse modo, para as juventudes torna-se desafiante o acesso à saúde, já que os aparelhos pelos quais seria possível essa viabilização no campo, encontram-se sucateados e sem equipe de trabalho. Para os jovens do campo, o trabalho começa cedo, mas a falta de acesso às políticas sociais, a espaços de lazer e à internet evidencia um dos desafios das juventudes do campo no que se refere à saúde:

A falta de acesso facilitado aos postos de saúde e os de fácil acesso não querem atender por falta de endereço próximo (jovem 4).

Eu acho que em casos de acidentes, assim, o transporte, eu acho que é uma coisa um déficit muito grande na zona rural essa questão de a gente não conseguir uma ambulância ou um carro próprio né com atendimento e tal e também essa questão que eu não sei parece que é muito difícil pra gente conseguir um atendimento. Você tem que ir duas, três vezes e às vezes você consegue um médico bom, às vezes não, às vezes aparece um médico que tem uma comunicação maior com aquela comunidade, né acho que o médico como está assim na comunidade melhor, em cidades pequenas eu acho que esse que precisa disso, né? Que ele tem essa comunicação com as pessoas, ele saiba a realidade daquelas pessoas e é muitas vezes os médicos que vem não é assim. Pegam os sintomas mais básicos e não, não é um bom atendimento, né? (jovem 3).

Igual é muito complicado porque a gente mora na zona rural e é muito desafiador porque têm que ter toda uma, um coletivo né, a gente tem que ter o carro, tem muitas pessoas que não têm acesso a carro lá na roça, então fica muito complicado quando é uma coisa muito grave que realmente precisa ir ao médico, então é um desafio assim muito grande, né? (jovem 5).

É, eu acho que primeiro é a demanda, é muita, e é pouco serviço prestado, falta profissionais de saúde, né? E quando você vai lá tem poucos médicos, nem sempre está lá quando você vai pegar a senha assim porque são poucas senhas e tal, a questão do deslocamento também é um dos maiores desafios que tem pra chegar até a cidade. Às vezes chega lá não tem médico. Está bem complicado isso (jovem 7).

Para a juventude camponesa, além dos desafios na garantia da promoção à saúde, destaca-se a ausência de transporte, a precariedade do sistema de funcionamento e integração dos postos de saúde, a baixa qualidade do atendimento e a própria formação dos médicos, que em sua maioria são formados para atender pessoas que vivem na cidade. Verifica-se a necessidade de haver profissionais preparados para atender a saúde das pessoas do campo, atuando de acordo com as necessidades demandadas pelos camponeses.

Destaca-se ainda, que o fato dos pacientes serem camponeses, representa um desafio para o acesso de qualidade à política de saúde. Existe uma falta de compreensão de alguns profissionais das equipes multidisciplinares da Atenção Básica sobre a realidade deste grupo populacional, o que interfere na qualidade do atendimento, na possibilidade de um diagnóstico

preciso e, ainda, na forma como o sistema funciona, como os postos se organizam, na escala ou possibilidades de horários para marcar consultas, nos retornos sobre exames, dentre outros obstáculos à atenção adequada e de qualidade para a população do campo, em especial para a juventude rural.

Alguns jovens ressaltam a estrutura precária de determinados postos de saúde, situados no campo, e denunciam que algumas UBS se encontram localizadas em guaritas de fazendas para uso improvisado. Isso acarreta atendimentos em condições precárias, sem espaço para atender às demandas da população, deixando expostos pacientes e médicos a possíveis contaminações por falta de higienização.

Outro desafio é o acesso aos serviços nas áreas urbanas, não só pela dificuldade de transporte para a locomoção, mas também pela questão da referência e contrarreferência, uma vez que precisam comprovar endereço para que sejam atendidos no posto mais próximo, dificultando o agendamento de serviços da Atenção Básica.

Ademais, também existe a barreira do conservadorismo no campo, somada à falta de serviços de promoção de educação sexual para jovens, o que faz com que se avance pouco em debates referentes aos direitos sexuais nas juventudes. Debates estes que são essenciais, tendo em vista o aumento no número de adolescentes que contraem Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e sífilis, dentre outras doenças sexualmente transmissíveis. Ressalta-se, assim, a necessidade de estabelecimento de iniciativas para prestação de serviços de orientação sobre saúde sexual e reprodutiva e sobre prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs/AIDS), que atingem, também, homens e mulheres do campo. Segundo a Agência AIDS, apesar da diminuição de casos no Brasil, há um aumento de casos entre jovens em 2022: só em 2022, foram contabilizadas 9.516 infecções pelo vírus em pessoas com idade entre 15 e 39 anos, sendo 813 (4,9%) na faixa de 15 a 19; 2.916 (17,5%) na de 20 a 24; [e] 3.251 (19,5%) na de 25 a 29. (AGÊNCIA AIDS, 2022, p.1¹⁷).

Para a juventude do campo é ainda mais desafiadora a possibilidade da gravidez precoce, que pode interferir no processo de ser jovem levando a jovem gestante direto para a fase adulta. É uma situação recorrente no campo, na qual as jovens enfrentam o machismo que influencia as relações subordinadas à lógica evidenciadas nas definições das atividades, em especial domésticas (Izquierdo; Paulo; Santos, 2020).

Além dos desafios já relatados, destacam-se, ainda, os enfrentados pelos profissionais para a desenvolvimento de estratégias e criação de programas para a juventude, para aderirem

¹⁷ Informações adquiridas em: <https://agenciaaids.com.br/>

aos cuidados de prevenção e de promoção da saúde. Parece não haver uma preocupação com o envelhecimento saudável dessa juventude, que hoje não é considerada grupo de risco (Souza; Souza, 2012).

Contudo, jovens têm direitos de usufruir de conquistas sociais, como os direitos à educação, ao lazer, à arte, à cultura, por meio de leis e normativas. A saúde não é apenas a ausência de doença; a condição social e econômica é condicionante para o bem-estar e o auxílio na promoção da saúde. As juventudes são consideradas parte da faixa etária que possui possibilidade de ser saudável na sociedade brasileira. Mas a depender de qual juventude se trata, isso não se traduz em realidade, pelas inúmeras barreiras apresentadas neste capítulo.

Estes obstáculos para a utilização dos serviços de saúde na Atenção Básica reforçam situações de vulnerabilidade. Os jovens, diversas vezes acabam procurando serviços particulares de saúde, mesmo sem uma condição financeira favorável. E, no geral, as demandas são por especialidades como neurologista, nutricionista, psicólogo, mediante escassez dessas áreas no Sistema Único de Saúde, demandas essas apresentadas pelas(os) jovens entrevistadas(os), quando perguntadas(os) se já utilizaram serviços no SUS e como foi a experiência:

Já sim, consegui marcar algumas consultas de neurologista, porém tive que cancelar o tratamento por falta de acesso à unidade básica de saúde, mas o atendimento foi muito bom, só falta profissionais nas unidades básicas, e não ser preciso se deslocar para o centro da cidade para receber atendimentos básicos (Jovem 4).

Sim, eu já tentei marcar ginecologista já tentei marcar dentista só que não consigo, né? O ginecologista tem sete meses que eu marquei um exame e nada, até hoje não fui chamada, já fui na Secretaria de Saúde, nada (jovem 8).

Eu usei muito pra fazer exame básico, né, vez por ano, mais ou menos, que aí a gente geralmente vai num postinho da cidade pra pegar o encaminhamento pra levar um pra Palmeiras, que é a cidade que tem o hospital maior, ou então pra Goiânia, né? Ia ser muito demorado uma coisa assim. Querendo ou não é uma burocracia que você tem que ir duas, três vezes no mesmo lugar pra tentar resolver, fazer alguma coisa, exame básico, né? Uhum. E a outra vez que eu usei foi quando eu tive um acidente de que eu quebrei a minha perna. Nesse caso eu gostei do atendimento que eu tive, que foi um hospital Cesarino que ele é bastante eficiente, ele sempre atende as pessoas muito bem, aí depois eu fui pra Goiânia que aí começou o caos (jovem 3).

Ah, serviço de saúde que eu tenho acesso tem um posto, né, de saúde aqui, só que eu acho que vai estar fechado uma hora dessa e tem baliza, né, na cidade, mas eu não faço a sério com Rede Saúde posto, graças a Deus. Mas se eu precisar, né? Aí tem que marcar de dia com o doutor, aqui no assentamento (jovem 6).

Era muito difícil na maioria das vezes. Para ser atendimento rápido a gente ia pra cidade, e tinha que usar um endereço que tinha lá. A maioria das vezes a gente se deslocava, porque para ter o atendimento na zona rural eu preciso ter uma Prefeitura parceira. Se não tiver a prefeitura, e a gente viu que não vai ninguém entrar, para o interior, né, tem que ficar com carro com todo equipamento. Nesse último mandato do município a gente observou um movimento irregular, que vai no interior, com os

atendimentos mais básicos mesmo, nada muito elaborado, mas eu tomei a vacina da Covid lá (jovem 1).

Faltou organização, né? De organização não, acho que faltou profissional mesmo, né? que o atendimento rápido, né? E também falta critério, né? Na avaliação de o que quer emergencial, o que que é entender porque você tem que ter um problema muito, muito, muito grave mesmo pra ser atendido na hora, né? Então demanda muito tempo, né? Muito atraso e muitas das vezes as pessoas que tão lá estão estressadas, não tão bem com elas mesmo, né? Os profissionais que trabalham lá (jovem 9).

No entanto, nem todos os jovens se sentem incentivados a procurar os serviços de saúde de forma preventiva, um retrato cultural da juventude, somados os desafios para acessar mesmo os serviços da Atenção Básica. O fato de se sentirem saudáveis também os coloca em uma situação de negligenciar esse lado de suas vidas. Ao serem perguntados quando costumam procurar os serviços as(os) jovens responderam:

Geralmente em situações de extrema precisão, e algumas vezes não consigo ser atendido. Além da dificuldade de acesso para quem mora em zonas rurais, existe a dificuldade na superlotação e na falta de profissionais (jovem 4).

É, eu procuro e geralmente pago consulta de seis em seis meses ou quando eu sinto alguma coisa, né? Que está difícil, nem sempre é atendida. No meu caso, já tem mais de um ano que eu procuro nutricionista e não consigo, é demais e tem outras consultas também. Dentistas, coisas assim, muito complicado pra conseguir. Então, nem sempre é atendido, né? (jovem 7).

Os desafios enfrentados pelas (os) jovens fazem com que algumas(alguns) tenham que recorrer a consultas particulares ou evitem os cuidados com a saúde. À vista disso, quando perguntados sobre as sugestões que teriam para a melhoria da saúde dos jovens do campo e se os serviços que eles acessam são suficientes, eles responderam:

Acho que o mais urgente atualmente é a saúde mental mesmo, um atendimento que vise à saúde mental, e esse acompanhamento que é muito negligenciado porque talvez pela própria família ali, não é considerado importante (jovem 1).

Que eles comessem a agir com pelo menos com o agente comunitários, né? De quinze em quinze dias que eles pudessem ir nas comunidades ou nos acampamentos e assentamentos pra ver essas pessoas, já que a demanda é muito grande. Se não tiver como construir um posto de saúde, mas que tivesse esses comunitários que a gente tentou na zona rural. É seria uma das sugestões (jovem 7).

É necessário que se crie políticas que levem para o campo esses serviços, né? E o jovem, não só o jovem, mas como toda a comunidade camponesa, ela tem essa necessidade. E então do que eu citei foi só um dos exemplos que a gente tem de iniciativas nossas dentro de assentamentos também, já tivemos um grande exemplo que foi dentro de um acampamento nosso em dois mil e quatorze, acampamento Santa Mônica, na Fazenda Santa Mônica, no município de Corumbá de Goiás. O nome do acampamento popular era Dom Thomaz Balduino e nós também buscamos construir lá e de início teve um sucesso, né? A gente teve um apoio no estado pra isso. Mas que em razão da desocupação não foi pra frente, não conseguimos consolidar nem mesmo o assentamento e muito menos as instituições necessárias pra uma comunidade

camponesa. E dos serviços que a gente utiliza urbanos, que a gente vai até a cidade, que a gente se desloca até a cidade pra poder utilizar, é isso, né? Está sendo sucateado, está sendo... como é que fala?... sucateado mesmo, é a palavra, né? Tá? Cada dia perdendo os fomentos necessários. Eu não tô sabendo usar as palavras porque já arranhou meu disco hoje, o negócio tá tenso, mas eu tô tentando, mas é isso. Pelo que a gente consegue acessar é o que toda população tem, né? Só que de forma mais precária pela distância que já foi colocado, já foi pontuado, mas é precarização do serviço de saúde e é isso por enquanto. E falta, né? Falta o fortalecimento do Sistema Único de Saúde que é o que atende as populações vulneráveis, não só do campo, urbanas também, e comunidades tradicionais, e eu acho que é isso, né? Falta a valorização desse sistema que é lindo, mas que falta o abraço do Estado, o sustento do Estado, as verbas do Estado, fortalecimento é o que a gente considera estar em falta, né? Mas é num âmbito geral. É a mesma visão que a gente tem estando nas áreas urbanas (jovem 2).

Destaca-se a sugestão para criação de postos que fossem localizados em assentamentos ou na zona rural. Em síntese, o acesso à política de saúde dos jovens camponeses é desafiadora por diversos motivos e “Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, que exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida” do jovem rural (Brasil, 2018, p.13). Dentre esses, salienta-se as implicações do agronegócio na saúde da juventude camponesa como mais um agravante, sendo o Brasil um dos maiores consumidores de agrotóxicos do mundo, conforme já explicitado nesta dissertação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que a determinação social do processo saúde-doença da juventude camponesa perpassa inevitavelmente a agroecologia, como um pensamento científico contra hegemônico, que apresenta outras percepções do que significa ter saúde e ser saudável. Além do mais, a agroecologia proporciona práticas que contribuem diretamente para a saúde desses jovens; são ações que reafirmam a relevância de conhecimentos ancestrais, do contato com a terra e a natureza e com a produção dos próprios alimentos, além de proporcionar os caminhos para a soberania alimentar. Explicitando a relevância do método materialista histórico-dialético na pesquisa para apreender esses processos.

Não obstante, do outro lado, na qualidade de um projeto neoliberal, o agronegócio e seus agrotóxicos influem no processo saúde-doença da juventude camponesa, seja na relação trabalhista, na qual os jovens são destinados a trabalhos de muito esforço físico, reduzidas remunerações e sem direitos, seja na relação direta com agrotóxicos que são pulverizados no ar, contaminando solos e rios, ou manuseados por esses jovens que trabalham nas monoculturas.

Destaca-se, como resultado, a amostra das disputas percorridas sobre os dois projetos associados à contínua precarização do SUS, com redução de estrutura de serviços de saúde voltados para o campo. Isso expressa uma intensificação dos desafios enfrentados pelas juventudes camponesas para o acesso à saúde pública integral e de qualidade, sobrando a alternativa de deslocamento para a cidade mais próxima, na maioria das vezes, sem acesso ao transporte público. Mesmo para os jovens que conseguem chegar aos postos de saúde, ainda há outros obstáculos vinculados à qualidade no atendimento, ou mesmo compreensão de suas realidades sociais, culturais e econômicas por parte da equipe multiprofissional.

Diante dos desafios apresentados para o acesso à saúde, e entendendo a relevância desta política para a luta camponesa, o MST desenvolve ações voltadas à saúde nos assentamentos estruturados. Geralmente em parceria com prefeituras ou com as comunidades, possibilitam o provimento de médicos ou enfermeiros para atender e encaminhar assentados para os postos de saúde mais próximos. Além de facilitar o acesso ao SUS, promovem a utilização associada da medicina tradicional e da sabedoria popular; as curandeiras fazem plantões e passam adiante seu conhecimento sobre ervas medicinais. Para alguns jovens entrevistados, esse é o atendimento de saúde ao qual eles têm acesso e que os entende, pois encontra-se próximo aos

seus locais de moradia e, geralmente, com ele conseguem superar situações mais simples que implicam a saúde.

Ainda, conclui-se que a apreensão desses jovens sobre os impactos do agronegócio em suas vidas, em especial no processo saúde-doença. Expressos na relação direta com os agrotóxicos e nas relações de trabalho. Demonstra assim a relevância da formação política que o MST proporcionou, mas ressalta-se, também, as vivências e embates do dia-a-dia nas fronteiras com os concentradores de terra.

Essas ações do MST pautam qual projeto disputam para o País e escancara a fragilidade da política de saúde para o campo. Além disso, formam os jovens em alguns conhecimentos relevantes para uma vivência mais saudável no campo, como por exemplo, o fato de reconhecerem a importância de terem acesso a alimentos sem agrotóxicos; de obterem o conhecimento sobre o processo pelo qual o alimento passa antes de ser consumido; e de se conscientizarem de que utilizam bioinsumos e biofertilizantes e que plantaram e colheram aquele alimento, instituindo uma relação não só com a produção, mas também com a natureza, com o meio ambiente e com a sociabilidade camponesa.

Apesar da reduzida amostra da juventude camponesa integrante do MST entrevistada, fica nítido que é preciso pensar o campo como um local de vivência e sociabilidade, onde as pessoas podem acessar qualidade de vida, se considerarem a perspectiva agroecológica, mas que ainda é necessário ampliar e efetivar políticas públicas destinadas ao meio rural que contribuam para o real desenvolvimento rural brasileiro. O acesso a serviços públicos, em especial, os localizados no campo, significaria a manutenção da vida camponesa de milhões de brasileiros com qualidade e equidade, para evitar o aumento do êxodo rural e o aumento da pobreza e desigualdades sociais.

Os jovens acampados e assentados do MST lutam debaixo de chuva, lona, sol, por território e o acesso a direitos. São jovens que ressignificam o campo e o trabalho com a agricultura familiar, recuperam a relação ancestral com o alimento, o que representa herança e esperança para uma nova ordem societária no campo e na cidade.

REFERÊNCIAS

ABRAMO Helena Wendel; LEÓN Oscar Dávila. O uso das noções de adolescência e juventude no contexto brasileiro. *Org:* FREITAS, Maria Virginia de. *In: Juventude e Adolescência no Brasil: referências conceituais.* São Paulo: Ação educativa, 2005, p. 20-35.

ALMEIDA FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In:* NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 210-200.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS PASSO A PASSO:** história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. O Nascimento do SUS, São Paulo, Hucitec, 2007.

ANTUNES, Ricardo, **O privilégio da servidão:** o novo proletariado de serviço na era digital (eletrônico) - 1ª edição São Paulo: Boitempo, 2018.

Arouca, Silva Sérgio Antônio. Crise brasileira e Reforma Sanitária. *Saúde em debate*, Londrina (Paraná), v.12, n.30, p.7-35,1988.

AROUCA, Silva Sérgio Antônio. **Democracia e Saúde:** anais da 8º conferência nacional de saúde, Brasília 1986.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dinio Vaz. Por um Processo de Descentralização que Consolide os Princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiológica e serviços de saúde** Ed nº 13, P.15-24, 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003 Acesso em: 28 de janeiro de 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. A Condição da Política Social e a Agenda da Esquerda no Brasil. **SER Social**, [S. l.], v. 18, n. 38, p. 13–29, 2016. DOI: 10.26512/ser_social.v18i38.14265. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14265. Acesso em: 10 jul. 2022.

BOSCHETTI, Ivanete. **Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira.** *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 57-96, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 15 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 601, set de 1850.** Dispõe Sobre as Terras Devolutas do Império. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10601-1850.htm Acesso em: 17 de maio 2022

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 12 de set de 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários.** Alma-Ata, URSS., 12 de setembro de 1978. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 01 de ago de 2022

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf Acesso em: 25 de 01 de 2023

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº2.460 de 12 de dezembro de 2005.** Dispõe Sobre a Criação do Grupo da Terra. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <Http://dtr2001.Saude.gov.br/sas/gab05/gabdez05.htm> Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Atenção Especializada:** Conheça os Níveis de Assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <https://aps.saude.gov.br> , Acesso em: 13 de jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pr_t2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 20 de fev. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento Público de Saúde/Ministério da Saúde, organização Pan-Americana da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude. **Diagnóstico Situacional e Diretrizes para Políticas Públicas para as Juventudes Rurais Brasileiras.** Brasília, 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/259> Acesso em: 25 de maio de 2022

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua- PNAD. 2021

BRASIL. IBGE, CIDADES. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama> 2010-2021. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 01 dez. 2013.

BRAVO, Maria Inês. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. In: As Políticas de Seguridade Social Saúde. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza. **A Política de Saúde no Brasil**: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BREILH, Jaime. La **Determinación Social de La Salud** como **Herramienta de Transformación** hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud**. (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública vol.31 supl.1 Medellín Dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
Acesso em: 14 de Abr. de 2021

BÚRIGO, André Campos, FRIERICH, Karen; MEIRELLES, Luiz Claudio; TYGEL, Alan Freihof; FOLGADO, Cleber Adriano Rodrigues; CARNEIRO, Fernando Ferreira; FERNANDES, Gabriel Bianconi; SILVA, Lia Giraldo da; MELLO, Augusto; Marcia Sarpa de Campos; SOUZA, Murilo Mendonça Oliveira de; RIGOTTO, Raquel Maria; PIGNATI, Wanderlei Antonio; SCHMITT, Claudia Job; MONTEIRO, Denis; LONDRES, Flavia; DAYRELL, Carlos Alberto; FERRARI, Eugênio Alvarenga; OLIVEIRA, Joelson Ferreira de; PEREZ-CASSARINO, Julian; FALCÃO, Fernanda Cruz de Oliveira; MONTEIRO, Fernanda Testa, CARDOSO, Irene Maria; WEID, Jean Marc von der; MELGAREJO, Leonardo; GONÇALVES, Paulo Rogério Gonçalves; SURITA, Rita. **DOSSIÊ ABRASCO**: Um Alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, , 17(1):77-93, 2007. Disponível em: scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt# Acesso em: 22 de fev. de 2022

CABRALDOS SANTOS, Luana Isabelle; YAMAMOTO HAJIME, Oswaldo. Juventude Brasileira em Pauta: analisando as conferências e o estatuto da juventude. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud**, Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Cinde - Universidad de Manizales, vol. 16, núm. 2, 2018, julho-dezembro, p. 657-668. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-715X2018000200657&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 17 de outubro de 2022

CALDART, Roseli Salete. O MST e a Formação dos Sem-Terra: o movimento social com princípio educativo. **Estudos avançados**. vol.15 no.43 São Paulo Set. /Dec. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/C8CTZbGZp5t8tH7Mh8gK68y/> Acesso em: 12 de jun. de 2023

CALDART, Roseli Salete. **Dicionário da Educação do Campo**. Roseli Salete Caldart; Isabel Brasil Pereira; Paulo alentejano; Gaudêncio Frigotto; São Paulo expressão popular, 2012.

CAPORAL, Francisco Roberto. **Agroecologia**: uma nova ciência para apoiar a transição a agriculturas mais sustentáveis. Brasília, 2009.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; BÚRIGO, André Campos; DIAS, Alexandre Pessoa. Saúde no Campo. *In*: CALDART, Roseli Salette Caldart; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO, Paulo Alentejano; FRIGOTTO, Gaudêncio. **Dicionário de Educação do Campo**. Rio de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Expressão Popular, 2012. p. 691-696.

CAPORAL, Francisco Roberto. **Agroecologia**: uma nova ciência para apoiar a transição a agriculturas mais sustentáveis. Brasília: 2009.

CASTRO, Elisa Guaraná. Juventude no Campo. *In*: CALDART, Roseli Salette; PEREIRA, Isabel Brasil; ALENTEJANO, Paulo; FRIGOTTO, Gaudêncio. **Dicionário de Educação do Campo**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 691-696.

CASTRO, Elisa. G. **O Campo das Políticas Públicas de Juventude e o Campo Político da Juventude**: contribuições para a reflexão. *In*: PAPA, F.C.; FREITAS, M.V. (orgs) Juventude em pauta - políticas públicas no Brasil. São Paulo: Petrópolis, 2011, v.1, p. 281-306.

CASTRO, Jorge Abrahão de Aquino Lusent. **Juventude e Políticas Sociais no Brasil**. IPEA. 2008.

MST, CHAGAS, Rodrigo. Mais de 3,5 mil Sem-Terra ocupam Brasília no 1º Encontro Nacional de Mulheres do MST. MST Notícias. 5 de março de 2020. Disponível em: <https://mst.org.br/2020/03/05/mais-de-35-mil-sem-terra-ocupam-brasilia-no-1o-encontro-nacional-de-mulheres-do-mst/> Acesso em: 18 de dez. de 2022

COFEN. **Brasil Enfrenta uma Segunda Pandemia Agora na Saúde Mental**. Disponível em:http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental_103538.html 2020.Acesso em: 15 de mai. 2023.

COSTA, Maria Isabelly Fernandes da; VIANA, Viana Tamires Rebeca Forte; PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão; BARBOSA, Lorena Pinheiro; LUNA, Izaildo Tavares. Determinantes Sociais de Saúde e Vulnerabilidades às Infecções Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, 2019;72(6):1595-600. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nrp4vt6xycW5B95dFMwwHVJ/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 26 de jul de 2022

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativos quantitativos e mistos. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CURITIBA. Secretaria de Estado da Educação. **Diretrizes Curriculares da Educação do Campo**. Portal Educacional do Estado do Paraná, 2006. Disponível em: <http://diadiaeducacao.gov.br> Acesso em: 15 de nov de 2021

DANTAS, Marianny Nayara Paiva; SOUZA, Dyego Leandro Bezerra de; SOUZA, Ana Mayara Gomes de; AIQUOC, Kezauyn Miranda; SOUZA, Talita Araujo de; BARBOSA, Isabelle Ribeiro. Fatores Associados ao Acesso Precário aos Serviços de Saúde no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, n. 24, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/#> Acesso em: 10 de maio de 2022

DELGADO, Nelson Giordano. Agronegócio e Agricultura Familiar no Brasil: desafios para a transformação democrática do meio rural. **Novos cadernos NAEA**, v.15, n1, p. 85~129, jun.2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/10830> Acesso em: 30 de Agosto de 2022

SILVA Maria Elisa Lemos Nunes da e BATISTA Ricardo Santo Salvador: Eduneb, 2018.

FERNANDES, Bernardo Mançano. O Novo Nome é Agribusiness. **Revista Agrária USP**, nº 1, pp. 16-36, Presidente Prudente: NERA, 2004. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/nera/publicacoes/Onomeeagribusiness.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021.

FERNANDES, Bernardo Mançano. O MST e as Reformas Agrárias do Brasil. DEBATES (O MST e as Reformas Agrárias no Brasil). **Boletim DATALUTA** – Artigo do mês: dezembro de 2008 n. 24, 2008. Disponível em: http://www2.fct.unesp.br/nera/artigodomes/12artigodomes_2008.pdf Acesso em: 29 de Fev de 2022

FLOSS, Mayara; FRANCO, Cassiano Mendes; MALVEZZI, Cecilia; SILVA, Kamila Vieira; COSTA, Bruna dos Reis; SILVA, Viviane Xavier de Lima e; WERRERIA, Narubia Silva; DUARTE, Danuta Ramos. A Pandemia de Covid-19 em Territórios Rurais e Remotos: perspectivas de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. Espaços Temáticos: Covid-19: contribuições da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3G5DSvMQ9p7xnypGxPkhTNQ/?lang=pt> Acesso em: 11 de mai de 2023

GARBOIS, Julia Arêas; SODRÉ, Francis; ARAÚJO, Maristela Dalbello. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde e debate**, Rio de Janeiro, v.41 n112, Jan-mar. 2017, p. 63-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymxpLJDTkd5vPh5QL9YGJzq/abstract/?lang=pt> Acesso em: 16 de jul de 2022

GIOVANELLA, Lígia. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? Espaço temático: política nacional de atenção básica. **Rev. Cad. Saúde Pública**, 34 (8), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rxLJRM8CWzfDPqz438z8JNr/> Acesso em: 22 de jun de 2021

GOVERNO DE GOIÁS. História Disponível em: <https://www.goias.gov.br/conheca-goias/historia.html> publicado em 03 de outubro de 2019. Acesso em 05 jun. 2023.

HARVEY, David. **O Neoliberalismo**: História e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

INCRA, Paineis de assentamentos Disponível em: painel.incra.gov.br/sistemas/index.php 2015. Acesso em: 20 jun. 2023.

IZQUIERDO, José Maria de Jesus; PAULO, Maria de Assunção Lima de; SANTOS, Valdonilson Barbosa dos. Juventude Rural e Vivências da Sexualidade. **História, ciências, saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, V.27, n.3, out-dez. 2020 p. 1265-1283. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/LBDqnnvZSJyWTLz7R3ZwTTc/> Acesso em: 24 de fev de 2021

LIMA, Luciano. Solidariedade e Soberania Alimentar na Pandemia: Ações de solidariedade do MST e Rede Agroflorestal na região de Ribeirão Preto para a soberania alimentar na pandemia. **MST**. Artigo. 27 de agosto 2020 Disponível em: <https://mst.org.br/2020/08/27/artigo-%E2%80%8B-solidariedade-e-soberania-alimentar-na-pandemia/> acesso em: 24 ago. 2023.

LIRA, Paulo victor rodrigues de Azevedo, ALBUQUERQUE, Pedro Costa Calvalvanti GOURGEL, Ide Gomes Dantas. Trabalho e Estranhamento: A determinação social da saúde em assentamentos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.16 n. 2, p. 431-452, maio/ago, 2018. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/973> Acesso em: 22 de março de 2022

LOWY, Michael. Conservadorismo e extrema-direita na Europa e no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.124, p.652-664 out./dez. 2019. P 652-663. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/MFzdwxKBBcNqHyKkckfW6Qn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 24 de jan de 2023

MAGALHÃES, Mario. **Sobre Lutas e Lágrima: uma Biografia de 2018 o Ano em que o Brasil Flertou com o Apocalipse**. 2ª Edição. Rio de janeiro: Editora Record, 2019.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES Aquilas. A Dimensão do Financiamento da Atenção Básica e do PSF no Contexto da Saúde-SUS. In: SOUSA, Maria Fátima de. **Os sinais vermelhos do PSF**. Editora Hucitec: São Paulo, 2002. p. 71- 104.

MATTOS, Marcelo Badaró. **Governo Bolsonaro: Neofascismo e Autocracia Burguesa no Brasil**. São Paulo: Usina Editorial, 2020.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública Brasileira: Golpe e Desfinanciamento. **SER Social**, v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260. Acesso em: 16 abr. 2021.

MENDES, José Sacchetta Ramos. Desígnios da Lei de Terras: Imigração, escravismo e propriedade fundiária no Brasil Império. **Caderno CRH**, Salvador, v.22, n.55, p. 173-184. Jan/abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/fvpY6tWSVqx5FcHNL4Dcxf/a/abstract/?lang=pt> 15 de jan 2023

MENEZES, Ana Paula Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O Futuro do SUS: Impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. especial 5, p.58-70, dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 de Jul 2022

MOURA, Filipe Borba de. **Geopolítica dos Conflitos: Agroecologia e Movimentos Sociais na Resistência ao Agronegócio em Goiás**, 2021. Orientador: Júlio César Pereira Borges. 2021. Dissertação (Mestrado em Geografia). Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Geografia, Universidade Estadual de Goiás, Goiás/GO, 2021. Disponível em: <http://www.bdtd.ueg.br/handle/tede/970> Acesso em:

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64** 8ª. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NODARI, Rubens Onofre, GUERRA, Miguel Pedro. A Agroecologia: estratégias de pesquisa e valores. **Estudos avançados**. vol.29 nº.83 São Paulo, jan./abr. 2015.

NORONHA, K. V. M. S.; ANDRADE, M. V. **Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro**. Texto para discussão. UFMG/Cedeplar, Belo Horizonte, 34p., jun. 2002. Disponível em: www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20171.pdf. Acesso em 04 maio 2021.

NOVAES, Regina Célia Reyes; CARA, Daniel Tojeira; SILVA, Danilo Meira da; PAPA, Fernanda de Carvalho (orgs.) **Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas**. São Paulo: Conselho Nacional de Juventude, Fundação Friedrich Hebert, 2006. Disponível em: https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/bitstream/192/51/1/CNJ_pol%C3%ADtica_2006.pdf Acesso em: 10 mar. 2021.

OLIVEIRA, Maria Edilara Batista de. **Terra Trabalho e Escola: a luta do MST por uma educação do/no campo na Paraíba**. 2010. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN), Programa de Pós-graduação em Geografia, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa-PB, 2010.

OMS. <https://www.who.int/eportuguese/publications/pt/> 2010.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Antonio Luiz. Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, RJ, v. 21, n.1, jan-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 de març. 2022

PEREIRA, Lucélia Luiz. **Repercussões do Programa Mais Médicos em Comunidades Rurais e Quilombolas**. 2016. Tese (Doutorado em ciências da saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política Social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008.

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria. Agronegócio: Geração de Desigualdades Sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde dos trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 37, p. 65-77, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/LQHq4rgQWKgJphBkQ8Z3dmy/#> Acesso em: 13 de jan. 2022

SALVADOR, Evilásio O Desmonte do Financiamento da Seguridade Social em Contexto de Ajuste Fiscal. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 03S, p. 426-446, set. dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/mT566rdLkQ8crx5qQ4z7W9k/abstract/?lang=pt> Acesso em: 18 de fev. 2021

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Girlan Guedes dos; SILVA Alessandra Ximenes da. Intelectuais Coletivos e o Processo de Contrarreforma na Política de Saúde Brasileira. **Rev. Ser Social** - Estado, Democracia e saúde. Brasília, v.22, n.46, jan-jun de 2020. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25495 Acesso em: 14 de Abr. 2021

SAUER Sérgio; LEITE, Acácio Zuniga; GODOY, Nilton Lui Tubino; Agenda Política da Terra no Governo Bolsonaro, **Revista ANPEGE**.V 16 n° 29, p 285, 2020.

SILVA, Letícia Batista; BICUDO, Valéria. Determinantes Sociais e Determinação Social do Processo saúde-Doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, Tatiane Valeria Cardoso dos; SILVA, Letícia Batista; MACHADO, Thiago de Oliveira (Orgs.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131. Disponível em: www.arca.fiocruz.br Acesso em: 18 set. 2022.

SILVA, Adão A. B. **Educação no/do campo**: a experiência curricular e pedagógica da escola família agrícola e escolas polo no município de Goiás, atendem o disposto no artigo 28 da lei nº 9.394/1996, São Paulo, 2015.

SILVA, Camila Goes da; PRADA, Clara Almeida. Saúde no campo: Caminho percorrido pelo movimento dos trabalhadores rurais sem-terra (MST). **Rev. Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V.43, B. ESPECIAL 8. dez. 2019. P.50-65 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VhwPJZrdhrn3d95Y6vzLrYh/?lang=pt> Acesso em: 20 de Nov. 2022

SILVA, Mariane Rodrigues. Gênero, Desigualdades e Agricultura: a mulher na atividade agrícola familiar. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 2095-2105, mar. 2019. Disponível em <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/1227> Acesso em: 22 de Jan. 2021

SILVA, Roselani Sodré da; SILVA, Vini Rabassa da. Política Nacional de juventude: trajetória e desafios. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 24, n. 63, p. 663-678, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/QHfYfV7nPqyJZwV7KTSjqBs/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 16 de jan. 2023

SOTO, William Héctor Gomes; MUSZINSKI, Luciana. A Ideologia do MST na Luta pela Reforma Agrária no Brasil. **REDES**, Santa Cruz do Sul, V.13 n 2, p.129-143, maio/ago. 2008. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/303> Acesso em: 18 de março 2021

SOUZA, Cinoélia Leal; SOUZAS, Raquel. Juventude e Saúde: Análise do discurso sobre e acesso aos equipamentos e serviços públicos. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, 65 (6), Brasília, nov./ dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CwFN6nvZSDLbcBFF4rNcFrJ/?lang=pt> Acesso em: 14 de Jun. 2021

SOUZA, Diego de Oliveira. O Caráter Ontológico da Determinação Social da Saúde. **Revista Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/sgbDYT48WL6CBnmVVcTRvpR/> Acesso em: 24 de jan. 2022

SOUZA, Cândida de; PAIVA, Ilana Lemos de. Faces da Juventude Brasileira: entre o ideal e o real. **Rev. Estudos de Psicologia**, set-dez/2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/ZBY9r5KFD5c7QnhzpZ6CVDk/abstract/?lang=pt> Acesso em: 13 de jun. 2021

SOUZA, Maria Fátima de. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SPOSITO, Marília Pontes; CARRANO, Paulo César Rodrigues. Juventude e Políticas Públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, n. 24, set/out/nov/dez 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/dH674czshpNpQDsJ8vsJHLh/?format=pdf> Acesso em: 13 de jul. 2022

STEDILE, Pedro João; PEREIRA, Mendes Marcio João; SILVA, José Graziano da; SAMPAIO, Arruda Plínio de; LEITE, Sergio; CARVALHO, Horácio Martins de; SAUER, Sérgio; SAMPAIO JR, Arruda Plínio de. **A Questão Agrária no Brasil: Debate sobre situação e perspectiva da reforma agrária na década de 2000**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

TRAVASSOS; Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Cad. de Saúde Pública**, 2004; 20 (Sup 2): p.190-198. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ> Acesso em: 13 de Maio de 2022

VIEIRA, Wilson Rodrigues. **Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde de Atenção Primária em População Rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**, Minas Gerais [manuscrito]. / Ed Wilson Rodrigues Vieira. - Belo Horizonte, 2010.

Apêndice A - Roteiro de entrevista

Universidade De Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – ICH
Departamento de Serviço Social – SER
Programa de Pós-graduação em Política Social – PPGPS

1. Perfil: Nome: Cor/raça; Idade; Cidade/Estado
2. Mora em assentamento ou acampamento?
3. Você se considera um pequeno agricultor(a) familiar?
4. Em relação à sua saúde, você se sente saudável? Por quê? Qual a sua percepção sobre o que é ter saúde?
5. Você considera que existe diferença entre saúde de jovens no campo e na área urbana? Por quê? Se sim, quais?
6. Na sua avaliação, o agronegócio afeta a saúde da juventude? Se sim, de que forma?
7. Você considera que o modo como os alimentos são produzidos – por exemplo, se levam ou não agrotóxicos – traz consequências para a saúde? Por quê?
8. A quais serviços de saúde você tem acesso?
9. Você considera que esses serviços são suficientes? Por quê?
10. Você já utilizou algum desses serviços de saúde? Se sim, quais? Como foi o atendimento? Considera que faltou alguma coisa? Se sim, o que?
11. Geralmente, você procura serviços de saúde em que situações? Sua demanda é atendida?
12. Considera que existem desafios para utilizar os serviços de saúde aqui? Se sim, quais?
13. De forma geral, você considera que a juventude enfrenta desafios na utilização dos serviços de saúde por morar no campo? Se sim, quais?
14. Você teria sugestões de serviços ou programas que poderiam ser oferecidos pelo SUS para a população jovem do campo?
15. Em relação ao MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra –, você considera que a luta do movimento traz benefícios ou é importante para a garantia de política de saúde para a população camponesa?