

# A SAÚDE NOS ASSENTAMENTOS RURAIS DA REGIÃO DE ANDRADINA

Lívia Hernandez Carvalho<sup>1</sup>  
Aparecido Donisete Pires de Oliveira<sup>2</sup>

## RESUMO

Este artigo partiu de uma breve reflexão sobre as características da política de saúde nos assentamentos da região de Andradina, região noroeste do estado de São Paulo, procurando inserir a discussão sobre as dificuldades referentes à saúde coletiva em assentamentos rurais, dentro deste eixo. Procurou-se compreender os sentidos atribuídos pelos assentados à saúde-doença e as práticas de saúde desenvolvidas. Analisou-se e confrontou-se informações obtidas, entrevistas e observações do cotidiano de trabalho e vida no assentamento. A contraposição do modo de vida rural com o urbano é traço marcante do sentido da saúde-doença. Entre sentidos idealizados e práticas possíveis, as tentativas para solucionar os problemas e concretizar a saúde como direito social esbarravam no modo fragmentado e desarticulado com que as políticas públicas envolvidas na reforma agrária têm sido implementadas pelo Estado. Este trabalho identificou os assentados atendidos pelos SUS, as visitas de agentes de saúde e médicos, o percentual de famílias que precisaram de atendimento de emergência e os meios utilizados para o transporte, pessoas com necessidades especiais, imunização, dependência química e, as sugestões dos assentados para a melhoria da saúde nos assentamentos.

**Palavras-chave:** Políticas de saúde pública; Assentamentos rurais; Reforma agrária.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da agroindústria brasileira está intimamente ligado à história do desenvolvimento econômico e social desta sociedade. A implantação da monocultura em grandes extensões de terra - os latifúndios - foi viabilizada já no processo de ocupação do Brasil após a chegada dos portugueses em meados de 1500.

Portanto, ao longo dos séculos, pode-se dizer que, na essência, as atividades agrícolas mudaram de território, mas mantiveram a mesma lógica: monocultura em grandes latifúndios.

O interesse dos grandes latifundiários aumenta em grandes proporções, pois ter mais terra é sinônimo de poder. Produzindo ou não, a terra gera renda para os grandes produtores ou serve como reserva de valor para a especulação imobiliária. Ao mesmo

---

<sup>1</sup> Doutora pela UNESP, campus de Franca (SP) e Assistente Social da COATER (Cooperativa de Trabalho de Assessoria Técnica e Extensão Rural).

<sup>2</sup> Geógrafo da COATER e pós-graduado em Gestão Financeira e Pessoal.

tempo em que o proprietário detém grandes hectares de terra, priva outras pessoas de tê-la como meio de produção.

Seguiram-se a monocultura do café e da cana, o ciclo da borracha, a pecuária extensiva, o plantio de árvores para a produção de papel celulose, de carvão vegetal e de outros produtos. E, mais recentemente, desenvolveu-se a produção de grãos, como a soja, no cerrado, e a cana de açúcar por todo o sudeste, para a produção principalmente do etanol, com o objetivo de garantir e alavancar o superávit das exportações.

Mas, o que predomina na sociedade é a coexistência de grandes disparidades no que se refere ao acesso à terra, às relações de produção, à tecnologia utilizada e o valor e destino da produção. São milhares os trabalhadores que colaboram para o produto final no Agronegócio canavieiro.

Especialmente a monocultura intensiva e extensiva praticada no mundo do agronegócio tem sido fonte indiscutível de desgaste e adoecimento. Já a agricultura de subsistência, por exemplo, bem como atividades extrativistas e a pesca artesanal, cujos produtos são responsáveis pelo abastecimento de uma parcela significativa da população, continuam baseadas no trabalho familiar e informal, nos limites da sobrevivência, não dispendo de apoio e facilidades por parte do poder público.

Nesse contexto, para se entender os determinantes das doenças e dos agravos à saúde do assentado há que se analisar não só o ponto de vista técnico do processo de trabalho, como também os seus aspectos políticos, ideológicos e culturais.

Este artigo tem por objetivo contribuir e melhorar as discussões sobre as condições de vida e a saúde dos trabalhadores rurais assentados, através das políticas sociais no campo e, torna relevante a reflexão sobre o potencial de contribuição das experiências na solução dos problemas sociais, com destaque especial para a saúde.

Os dados apresentados abaixo representa uma parte dos resultados obtidos a partir de pesquisa de campo realizada em trinta<sup>3</sup> assentamentos rurais da região de Andradina, ilustrando a situação e as condições de saúde desses assentados.

## **AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NOS ASSENTAMENTOS PESQUISADOS**

---

<sup>3</sup> Os assentamentos pesquisados são localizados nos municípios de Andradina, Castilho, Guaraçai, Ilha Solteira, Itapura, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto e Suzanópolis, sendo apresentados no gráfico 1.

A literatura brasileira sobre assentamentos rurais é vasta e aborda principalmente a diversidade de processos e personagens envolvidos na trajetória das unidades, onde fica claro a heterogeneidade de situações que determinam a formação dos assentamentos rurais (MEDEIROS et al, 1999).

A implantação dos assentamentos rurais tornou-se um marco na reforma agrária no Brasil, demonstrando a importância dos mesmos no contexto das políticas públicas, voltadas para o campo brasileiro. É consequência da atuação dos movimentos sociais de luta pela terra e, em especial, do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) -, que se organizando e ocupando fazendas improdutivas trouxe à tona a questão da luta pela e contra a concentração fundiária, o grande número de trabalhadores sem-terra, a violência no campo, a produção voltada para o mercado externo, a ampliação do agronegócio, os impactos ambientais e a baixa geração de empregos agrícolas.

Apesar dos assentamentos serem realizações do Estado, muitas vezes mal planejadas e executadas, eles se constituem como espaço de existência camponesa e os assentados constituem, pela sua luta e resistência, os sujeitos do processo social e político. Esses assentamentos não são apenas lugares dedicados à produção agropecuária; são também o lugar do debate político, no qual discutem questões como a conquista da terra e a continuidade articulada das lutas; são um espaço de ações coletivas em que se expressam politicamente passando pela representação do interesse de classe. São ações motivadas por uma identidade construída no processo de luta pela terra e representam conteúdo político/ideológico que passa pelas relações de poder da estrutura da sociedade (CARVALHO, 2013, p. 59).

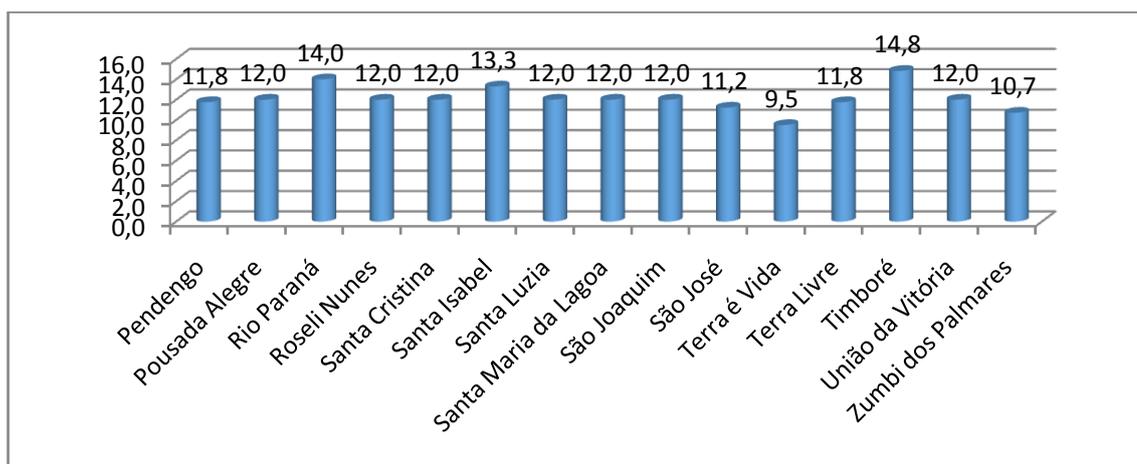
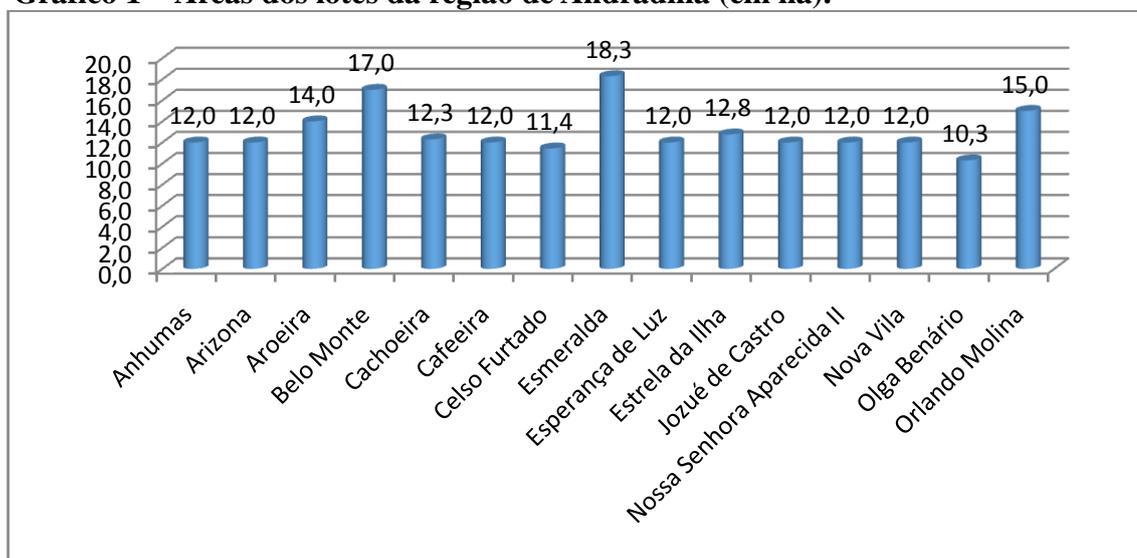
Assim, do ponto de vista político e ideológico, o processo de reforma agrária ocorrido nessa região representou para o movimento social do campo uma importante conquista dos trabalhadores rurais na luta pelo uso coletivo da terra. Significou também uma ruptura com o modelo do agronegócio, cuja ênfase é a ‘racionalidade’ dos lucros privados, da competitividade e dos interesses de mercado. Tanto a ocupação do território quanto a organização das famílias e ainda a produção de alimentos do assentamento ocorrem dentro de padrões coletivos que beneficiam, de forma equitativa, todas as famílias que compõem o grupo.

Entre as várias dimensões da vida humana contempladas nesta noção de condições de vida, destacou-se o cuidado com a saúde sem, no entanto, desconsiderar os processos econômicos e políticos que configuram a atual questão social brasileira, que ora limitam, ora potencializam o processo organizativo dos trabalhadores rurais, fazendo da reforma agrária uma estratégia de luta pela melhoria das condições de

trabalho e de vida. A partir de uma perspectiva metodológica que trata o processo de produção do conhecimento como construção social possibilitada pelo diálogo travado entre sujeitos portadores de saberes distintos, analisou-se informações obtidas através de análise bibliográfica e entrevistas semiestruturadas individuais realizadas com os assentados e de observações do cotidiano de trabalho e vida no assentamento, confrontando-as de modo a identificar consensos e dissensos nos conteúdos.

Para ilustrar, o gráfico 1 identifica os assentamentos pesquisados e a área média dos lotes.

**Gráfico 1 – Áreas dos lotes da região de Andradina (em ha).**



**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandez Carvalho.

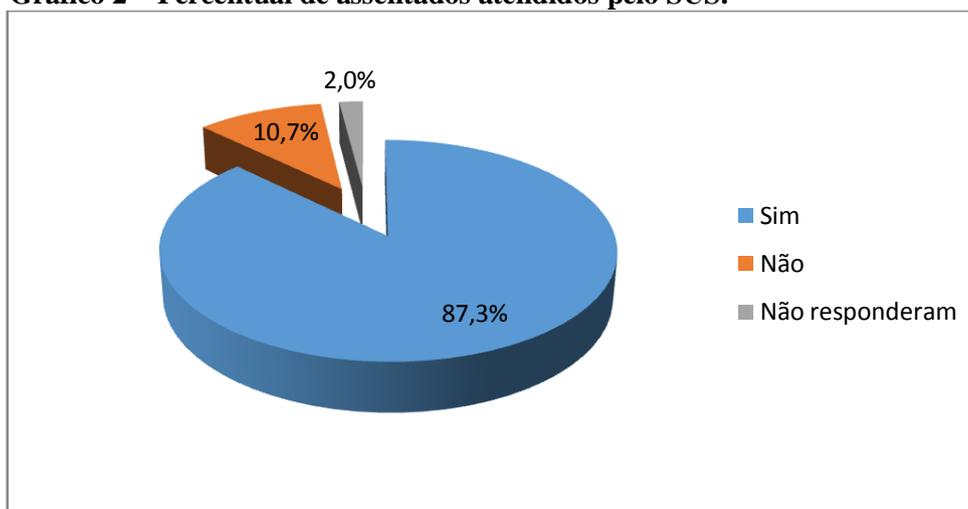
Nas entrevistas realizadas, os relatos dos assentados com relação à saúde foram muito negativos, no sentido de que a política de saúde nos assentamentos é limitada, mal planejada e executada.

Os dados apresentados nos gráficos 2 e 3, ilustram como os assentados recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS), que é público, do Governo Federal e aos médicos particulares. Observa-se que 87,3% dos assentados utilizam o SUS e apenas 18,4% são atendidos pelos médicos particulares, devido à precariedade do atendimento pelo SUS e para evitar complicações maiores.

Sobre esse assunto, evidencia-se que há uma intensa precarização dos serviços de saúde, principalmente a partir dos anos 90, período esse no qual se iniciou um intenso processo de reforma do Estado brasileiro, sob o argumento da necessidade de adotar medidas para o controle da inflação, seguidas da desregulamentação do mercado, a estabilidade da economia e intenso processo de reformas no texto da Constituição de 1988.

Dentre essas reformas, está a privatização dos serviços públicos cujo foco principal recaiu sobre os poucos investimentos em políticas sociais, sobretudo as de Seguridade Social, precarizando ainda mais a saúde brasileira (CORREIA; PRÉDES, 2009). Não se desenvolveu a atenção básica com qualidade, os demais serviços de alta e média complexidade são reduzidos, privatizam-se leitos hospitalares, aumentam-se as filas para acesso a exames e consultas especializados.

**Gráfico 2 – Percentual de assentados atendidos pelo SUS.**



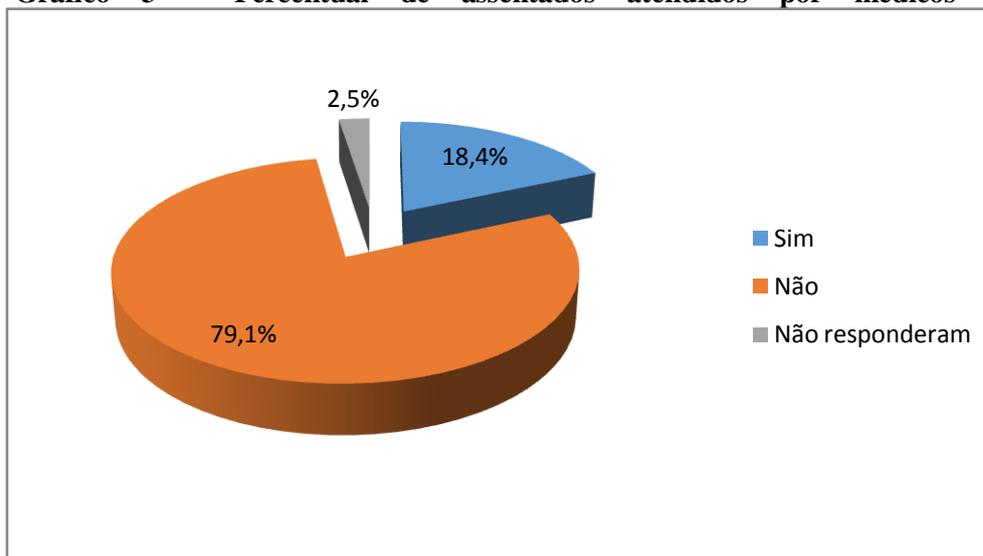
**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandes Carvalho.

Entre aqueles que declararam ter sido atendidos por médicos particulares, 62,2% foram também atendidos através do SUS. Portanto, os assentados que utilizam os serviços do SUS

também necessitam pagar pelos serviços médicos, quando o SUS não tem capacidade de atender toda a demanda de saúde, principalmente a rural.

Essa não capacidade do SUS em atender toda a demanda existente, se deve dentre outros motivos ao fato de existir dentro da saúde precárias condições físicas e materiais das unidades de saúde e a ausência de garantias para o trabalhador; a multiplicidade de vínculos dos trabalhadores do SUS, especialmente do nível superior e motivada pelos baixos níveis salariais (CORREIA; PRÉDES, 2009).

**Gráfico 3 – Percentual de assentados atendidos por médicos particulares.**



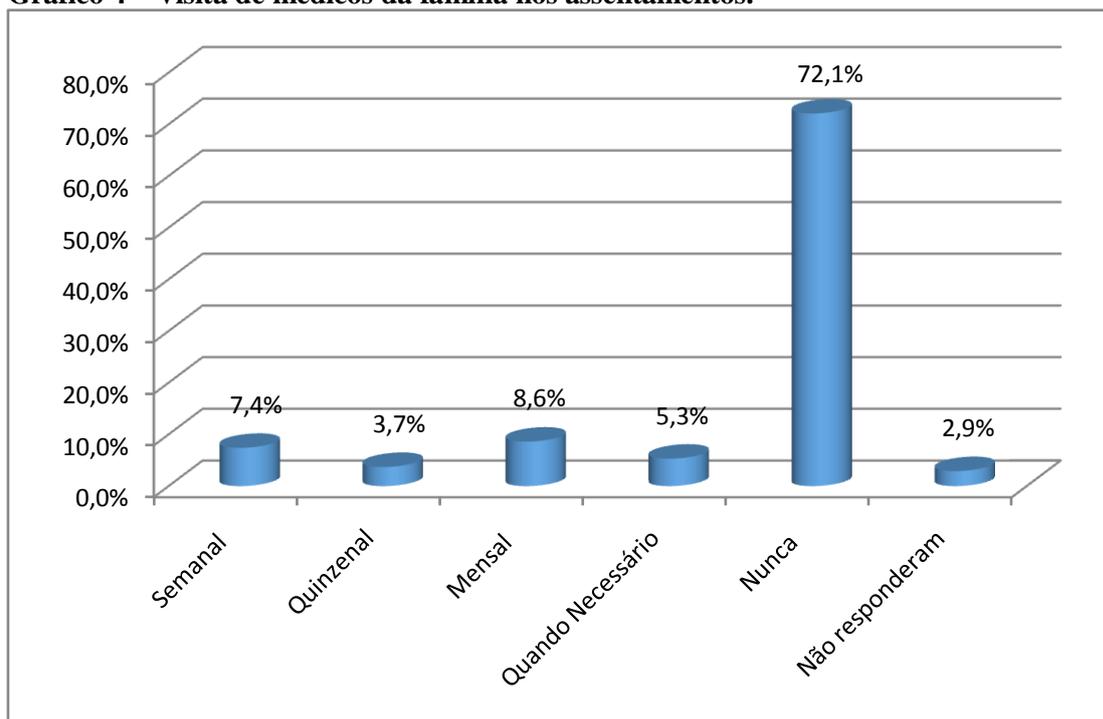
**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandes Carvalho.

No quesito atendimento de saúde no assentamento através dos agentes de saúde, médicos há também muitas reclamações por parte dos assentados.

A presença dos agentes sanitários nos assentamentos é ínfima. Apenas 13,1% dos lotes receberam visita mensal desses profissionais, conforme ilustrado no Gráfico 4, o que contribui para uma disseminação maior da dengue e de outras epidemias nos assentamentos.

No Gráfico 4, mostra-se os resultados relacionados à visita dos médicos da família nos assentamentos. A maioria dos assentados (72,1%) afirmou nunca não ter recebido visita do médico no assentamento. Apenas 25,0% mencionaram ter recebido a visita do médico, com alguma periodicidade.

**Gráfico 4 – Visita de médicos da família nos assentamentos.**



**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandez Carvalho.

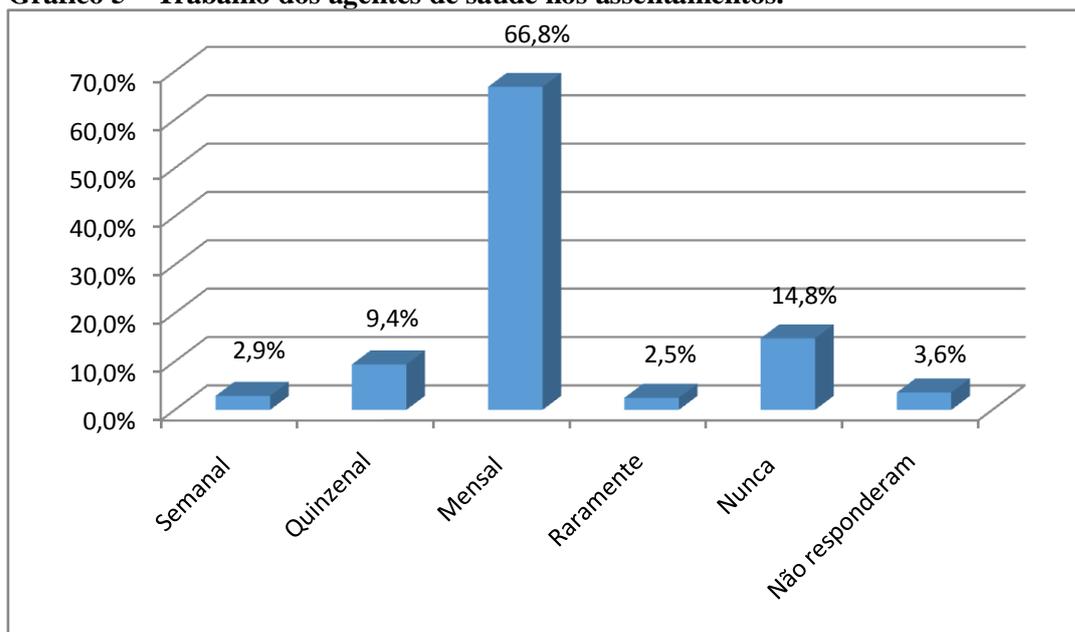
Os assentamentos possuem número ínfimo de postos de saúde, sendo a implantação dos mesmos reivindicação frequente nos lotes em que foi realizada a pesquisa, por terem importante papel na melhoria da saúde nos assentamentos.

Quando existe o posto de saúde, o médico raramente aparece para fazer os atendimentos. Nas entrevistas, os relatos de atendimento médico local às famílias assentadas (a falta dele) - seja através de um atendimento clínico para revisão médica ou diagnóstico de doenças preexistentes, seja para orientação quanto ao ambiente de moradia e suas condições de salubridade ou, mesmo, para preservação deste ambiente ou prevenção a doenças ou elementos agressores à saúde, estes, foram quase nulos.

A frequente troca de médicos no atendimento aos assentados também foi um ponto negativo ressaltado.

Através dos questionários pôde-se verificar que o único serviço de saúde que efetivamente existe dentro dos assentamentos é o do agente de saúde, que muitas vezes é da própria comunidade, conforme mostrado no Gráfico 5.

**Gráfico 5 – Trabalho dos agentes de saúde nos assentamentos.**



**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandes Carvalho.

O trabalho dos agentes de saúde dos assentamentos consiste basicamente em identificar as doenças e orientar os pacientes para que procurem tratamento médico nas unidades de saúde externas ao assentamento. Outras atribuições desses agentes são: agendamento de consultas, entrega de medicamentos, verificação do peso das crianças e acompanhamento de pessoas com problemas de hipertensão, que na maioria dos casos são idosos.

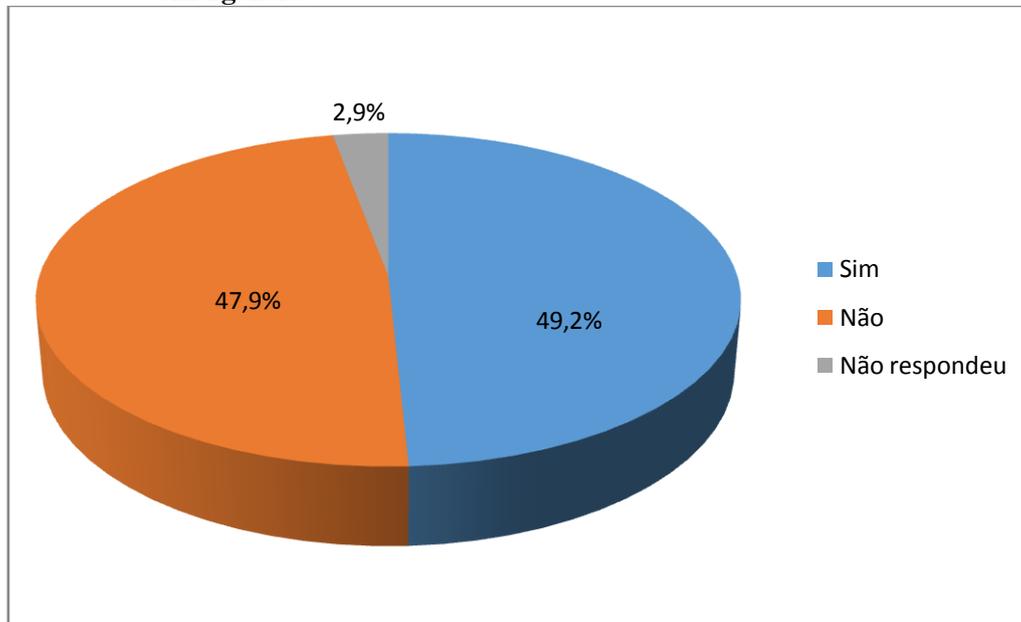
No entanto, segundo as famílias entrevistadas, o atendimento dos agentes de saúde é prejudicado pelas condições de trabalho oferecidas pelas prefeituras dos municípios em que os assentamentos estão localizados. Além do número de agentes ser pequeno para atender ao grande número de famílias, falta-lhes transporte para as visitas, que são realizadas muitas vezes a pé. Inclusive, um dos agentes de saúde, em entrevista, afirmou que uma das maiores dificuldades no atendimento às famílias do assentamento é a grande distância entre os lotes e a inexistência de transporte próprio para esse fim.

O transporte através de ambulância também foi citado, na medida em que se alguém fica doente, é algum membro da família que tem que levar, porque as ambulâncias dos municípios se negam a entrar nos assentamentos, principalmente quando estes são distantes. Nesse contexto, as reclamações são fortes também, no sentido das dificuldades de transporte de pacientes que buscam assistência médica individual, ambulatorial ou hospitalar, tanto no atendimento pontual, quanto em tratamentos mais prolongados, como os de doenças crônicas, por exemplo.

Algumas soluções paliativas são buscadas, através do transporte de pacientes com carro próprio e recursos próprios dos assentados, para conseguirem atendimento médico de urgência/emergência. Além de poucos automóveis disponíveis, tanto nos municípios como nos

assentamentos, o acesso pelas estradas aos assentamentos é muito difícil, precário e demorado. Quase metade das famílias estudadas nos assentamentos (49,2%) necessitaram de algum atendimento médico de emergência, conforme mostrado no Gráfico 6.

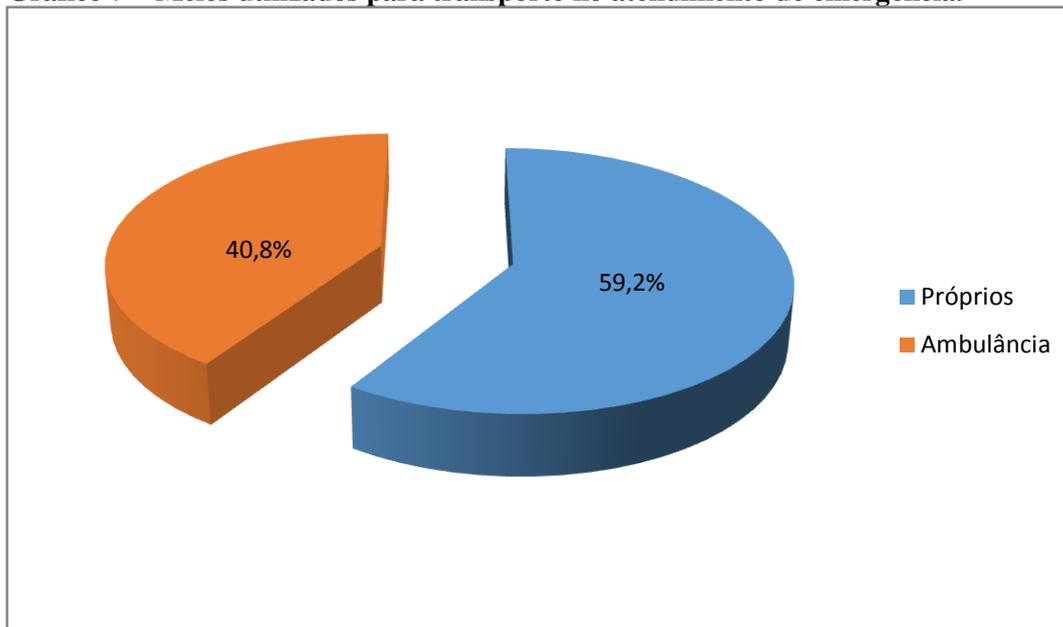
**Gráfico 6 – Percentual de famílias que necessitaram de atendimento médico de emergência.**



**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandes Carvalho.

Das famílias que precisaram de algum tipo de atendimento de emergência, 59,2% delas tiveram que transportar o doente com recursos próprios. As ambulâncias foram utilizadas apenas em 40,8% dos atendimentos, conforme ilustrado no Gráfico 7.

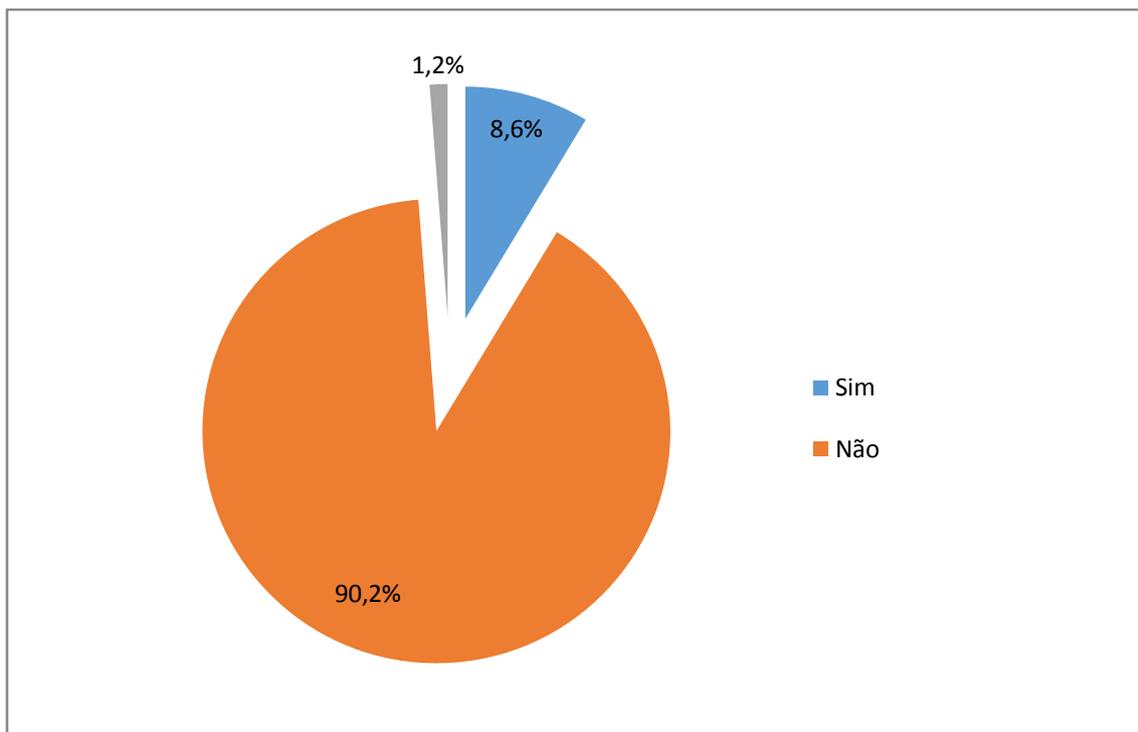
**Gráfico 7 – Meios utilizados para transporte no atendimento de emergência.**



**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandes Carvalho.

Há pessoas com necessidades especiais em apenas 8,6% das famílias dos assentados que responderam ao questionário da pesquisa, conforme ilustrado no gráfico 8. Assim, em mais de 90% das famílias, os assentados declararam não possuir nenhum membro do núcleo familiar com algum tipo de deficiência, seja ela educativa especial, visual, auditiva, física, mental ou múltipla.

**Gráfico 8 – Pessoas com necessidades especiais.**

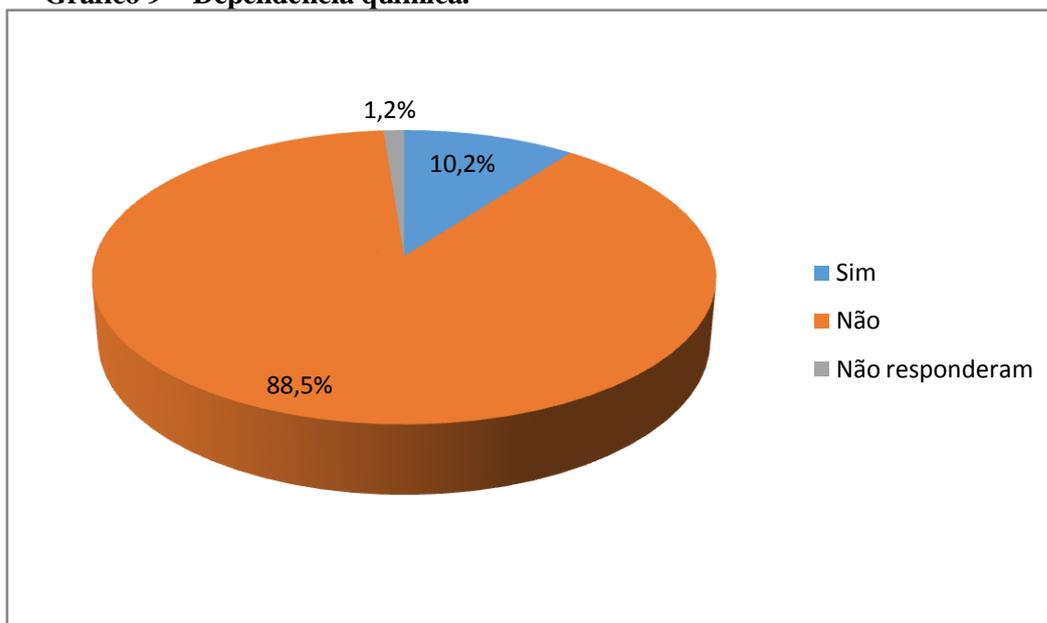


**Fonte:** Elaborado por Lívia Hernandes Carvalho.

Um outro assunto relevante na saúde pública é a questão da dependência química, que é colocada como uma das prioridades pelo Governo da Presidente Dilma Rouseff. Conforme mostrado no gráfico 10, o percentual de assentados dependentes químicos das famílias estudadas é de mais de 10%. Esse é também um resultado que pode não ser considerado fiel, uma vez que quem tem esse tipo de problema frequentemente o omite.

Nas entrevistas realizadas, os assentados falaram de alguém que conhecem que precisam de tratamento, mas nunca citaram seu lote, pois esse problema social sempre “está no quintal do vizinho”.

**Gráfico 9 – Dependência química.**



**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandez Carvalho.

Na pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), através de uma reportagem publicada pelo jornal “O Estado de S. Paulo”, sete entre cada dez brasileiros que ganham menos de R\$1.000,00 por mês bebem de forma abusiva, podendo-se incluir nesse contexto, os assentados pela renda que estes possuem. De acordo com a pesquisa, quanto menor a renda, maior é o consumo excessivo de álcool.

Esse levantamento, realizado em 149 municípios, com 4.607 pessoas, a partir de 14 anos, destaca que o consumo que já era grande, aumentou bastante nessa parcela da população, nos últimos seis anos. A bebida, vinculada para “esquecer da vida”, como uma espécie de fuga, agora também está diretamente associada aos momentos de lazer, entretenimento e diversão.

Esta droga lícita traz enormes prejuízos para a população, porém, não foi possível levantar o número preciso de dependentes desta droga, uma vez que o alcoolismo é um assunto considerado tabu e muitas famílias preferem não conversar sobre o tema.

Infelizmente, a realidade do alcoolismo encontrada nos assentamentos tem contribuído para a situação degradante que alguns assentados vivem, podendo dessa forma ser um problema considerado de saúde pública, na medida em que o uso abusivo de álcool potencializa uma série de doenças psíquicas e físicas tais como a hepatite alcoólica e a cirrose, podendo ainda o álcool agir como imunossupressor e favorecer infecções, agravar úlceras pépticas, causar pancreatite, neuropatias, dentre outras doenças.

Por isso, em muitas famílias que possuem um membro dependente do álcool, as condições psicossociais são bastante complicadas, pois, além das dificuldades em se manter no

assentamento, essas famílias têm em casa um problema de doença crônica que não recebe o devido tratamento e em muitos casos não é considerada como doença e/ou dependência.

Foi perceptível, na convivência com os assentados, que o grande vilão dentro dos assentamentos é o álcool consumido em menor escala através da cerveja (que é um item caro para os assentados) e principalmente através da pinga, que é uma bebida barata e de fácil acesso e consumo.

Em alguns lotes, apesar de ser uma proibição por parte do INCRA, existem bares (que também são espaços de diversão), com instalações simples e bastantes precárias, geralmente em um cômodo da casa, com a finalidade principal de vender bebidas e cigarros. Essa é uma forma tanto de alimentar o vício de quem os tem, como de complemento de renda para quem os vende, se tornando também um problema social dentro dos assentamentos por causa de discussões, brigas, agressões e desestruturação dos laços sociais e familiares.

Os conflitos familiares e interpessoais, também são frequentes, o que faz com que o dependente fique isolado, vivendo na solidão do assentamento, sem família, sem mulher, sem filhos e escondido da realidade.

Nesta pesquisa, foi possível constatar que não existe qualquer campanha, programa de saúde pública e estratégia efetiva do governo para o combate no uso excessivo do álcool, ou que alerte para os males que a bebida acarreta para a população. Essa realidade contribui para que cada vez mais assentados entrem no vício, que afeta diretamente a produção desenvolvida nos lotes, se é que ela existe, quando a família possui esse tipo de problema.

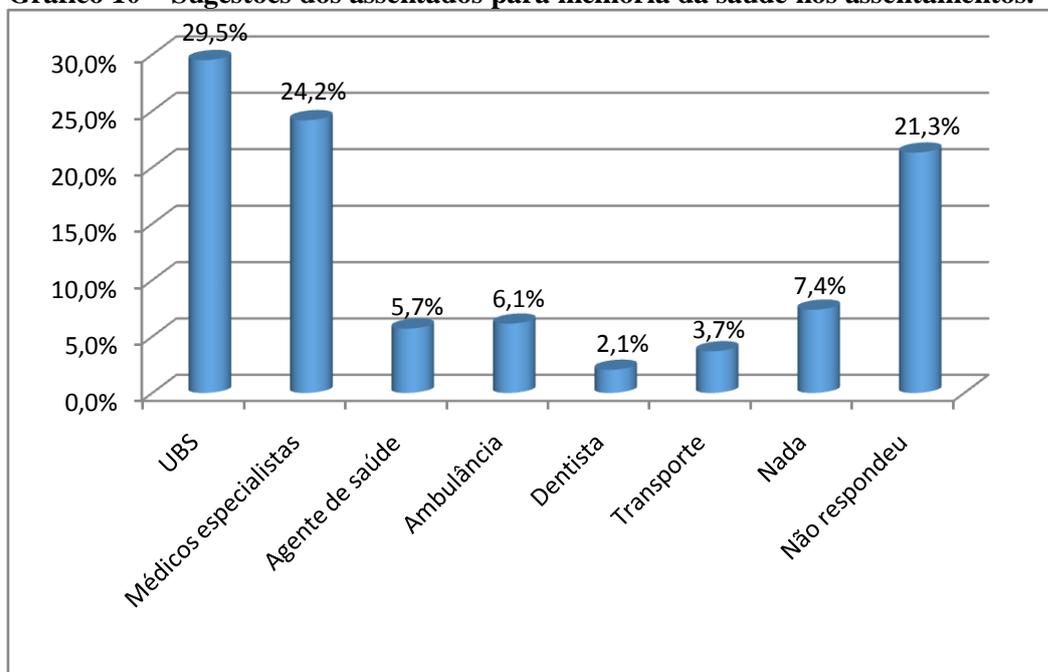
A análise feita com relação à saúde nos assentamentos, de acordo com os relatos colhidos na pesquisa de campo, mostram algumas situações graves que devem ser repensadas no sentido de se fazer uma política pública de saúde diferente da que está sendo atualmente executada.

Tal situação é resultante das experiências negativas anteriores já realizadas (projetos inacabados e programas extintos; unidades de saúde prontas, mas sem utilização; prédios que foram desativados e estão hoje abandonados; desencontro com as estruturas e as equipes educacionais etc.) e da baixa consciência político-sanitária e rural, verificada pela inadequação das reivindicações por melhores serviços e ações de saúde, seguida pela pouca prioridade dada à situação de saúde entre as bandeiras políticas dos movimentos populares.

Por exemplo, os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, previstos na organização do Sistema Único de Saúde do país, exigem em sua composição 50% de participação dos usuários. Nos lotes pesquisados, encontrou-se baixa participação dos assentados, quando não inexistente, nessas instâncias de negociação entre a sociedade civil e os governos.

Ainda nesta pesquisa, os assentados foram solicitados para apresentar sugestões na melhoria das condições de saúde nos assentamentos. No Gráfico 10 ilustra os resultados de suas opiniões.

**Gráfico 10 – Sugestões dos assentados para melhoria da saúde nos assentamentos.**



**Fonte:** Elaborado por Livia Hernandez Carvalho.

Conforme se pode observar, de acordo com a opinião dos assentados, principalmente o SUS e a disponibilidade de médicos especialistas são prioridades para a melhoria da saúde nos assentamentos, bem como a fixação dos médicos nessas áreas, pois a rotatividade deles é muito grande. Ou seja, não há um acompanhamento médico contínuo com relação às doenças que se instalam nessa população.

Outros problemas também foram citados como a inadequada estrutura física (que não obedece aos padrões contidos no Manual de Estrutura Física das UBSF, elaborado pelo Ministério da Saúde), a deficiência nos atendimentos de vacinação, exames ambulatoriais e, a persistente ausência de atendimento odontológico.

Ainda, outro dado referente à saúde diz respeito à insatisfação da assistência médica disponibilizada à doentes ou acidentados, que reflete a baixa oferta de serviços como também a ausência de medidas de prevenção de doenças e de acidentes nos assentamentos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O contexto da saúde como um todo, e no caso rural como uma particularidade, revela a gestão ineficiente dos serviços de saúde, a precarização do trabalho e dos serviços uma vez que através dos dados obtidos pode-se inferir que as condições de saúde dentro dos assentamentos afetam a qualidade de vida dos assentados. Vale destacar que a qualidade e o funcionamento da atenção básica não depende apenas da disponibilização de recursos humanos, mas também abrange as mínimas condições de trabalho, salários, entre outros (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Mais do que isso, o cenário exige também, a criação de um novo modelo de promoção e assistência à saúde para as famílias assentadas pela reforma agrária, que deve ser incluído na política orientada à população rural. Não se quer dizer aqui, que deve haver uma proposta de saúde exclusiva para assentados, mas uma proposta que não deve estar só no plano teórico, mas sim na execução de uma política de saúde a ser implementada para a área rural e para as famílias que aí vivem, estudam e trabalham.

Portanto, a crítica se faz ao Sistema Único de Saúde, que não acompanhou a questão agrária, ao desenvolver um sistema de saúde basicamente urbano, não só na sua estrutura física, mas, também nos conceitos emitidos, nos processos educativos aplicados, nos métodos de trabalho e no relacionamento com usuários, levando ao isolamento, desaparecimento e omissão das diversas iniciativas existentes para a área rural. É necessário conhecer-se previamente os riscos de agravos à saúde existentes em cada região, pois a obtenção dos dados e informações sobre essa realidade deve anteceder qualquer ação dentro de cada assentamento.

Para concluir, o crescimento das cidades e suas consequências, juntamente com a centralização do atendimento médico em hospitais, em detrimento da atenção ambulatorial e preventiva, são as causas principais desse despreparo do SUS e dos profissionais para intervir no meio rural. Investe-se cada vez mais em tecnologias e procedimentos especializados, porém, a ciência médica afastou-se do ambiente familiar e rural e não construiu instrumentos adequados de enfrentamento de saúde dos assentados, como uma das prioridades dessa política pública.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CARVALHO, L. H. **As Condições de vida dos assentados da região de Andradina: a realidade e os indicadores de avaliação da política pública de reforma agrária.** Tese de Doutorado. UNESP - Franca, 2013.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Revista Argumentum**, v.5, n.1, p. 235-256.

CORREIA, M. V. C; PRÉDES, R. L. **Relatório técnico da pesquisa As formas de gestão do**

**trabalho em saúde e o processo de precarização do trabalho em saúde no setor público do estado de Alagoas.** Maceió: UFAL, 2009.

FERNANDES, Bernardo Mançano. **MST: formação e territorialização.** São Paulo, Hucitec, 1996.

LEITE, Sérgio Pereira et al. **Impactos dos assentamentos:** um estudo sobre o meio rural brasileiro. São Paulo: Ed. UNESP; Brasília, DF: NEAD, 2004.

MEDEIROS, Leonilde Sérvolo et al. Luta por terra e assentamentos rurais no estado do Rio de Janeiro. In: \_\_\_\_\_.; LEITE, Sérgio Pereira. (Org.). **A formação dos assentamentos rurais no Brasil:** processos sociais e políticas públicas. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1999.