

TERRA, TRABALHO E SAÚDE

AUTORA

Alessandra Regina Müller Germani



EDUCAÇÃO DO CAMPO

TERRA, TRABALHO E SAÚDE

AUTORA

Alessandra Regina Müller Germani

1ª Edição

UAB/NTE/UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Santa Maria | RS
2020

©Núcleo de Tecnologia Educacional – NTE.
Este caderno foi elaborado pelo Núcleo de Tecnologia Educacional da
Universidade Federal de Santa Maria para os cursos da UAB.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Jair Messias Bolsonaro

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

Abraham Weintraub

PRESIDENTE DA CAPES

Anderson Ribeiro Correia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

REITOR

Paulo Afonso Burmann

VICE-REITOR

Luciano Schuch

PRÓ-REITOR DE PLANEJAMENTO

Frank Leonardo Casado

PRÓ-REITOR DE GRADUAÇÃO

Martha Bohrer Adaime

COORDENADOR DE PLANEJAMENTO ACADÊMICO E DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Jerônimo Siqueira Tybusch

COORDENADORA DO CURSO DE EDUCAÇÃO DO CAMPO

Prof^a. Liziany Muller Medeiros

NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL

DIRETOR DO NTE

Paulo Roberto Colusso

COORDENADOR UAB

Reisoli Bender Filho

COORDENADOR ADJUNTO UAB

Paulo Roberto Colusso

NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL

DIRETOR DO NTE

Paulo Roberto Colusso

ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO

Alessandra Regina Müller Germani

REVISÃO LINGUÍSTICA

Camila Marchesan Cargnelutti

APOIO PEDAGÓGICO

Carmen Eloísa Berlote Brenner
Keila de Oliveira Urrutia

EQUIPE DE DESIGN

Carlo Pozzobon de Moraes – Capa e Diagramação
Juliana Facco Segalla – Diagramação
Matheus Tanuri Pascotini – Ilustração
Raquel Pivetta – Diagramação

PROJETO GRÁFICO

Ana Letícia Oliveira do Amaral



G373t Germani, Alessandra Regina Müller
Terra, trabalho e saúde [recurso eletrônico] / Alessandra Regina Müller Germani. – 1. ed. – Santa Maria, RS : UFSM, NTE, 2020.
1 e-book

Este caderno foi elaborado pelo Núcleo de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Maria para os cursos da UAB
Acima do título: Educação do campo
ISBN 978-85-8341-262-5

1. Reforma agrária – Brasil 2. Saúde – Políticas públicas – Brasil
3. População rural – Saúde – Brasil 4. Saúde – História – Brasil
I. Universidade Aberta do Brasil II. Universidade Federal de Santa Maria. Núcleo de Tecnologia Educacional III. Título.

CDU 304.4(81)
316.343.63(81)
332.021.8(81)

Ficha catalográfica elaborada por Alenir Goularte - CRB-10/990
Biblioteca Central da UFSM

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



PROGRAD



APRESENTAÇÃO

A disciplina *Terra, Trabalho e Saúde* tem como objetivos: proporcionar aos acadêmicos conhecimentos que lhes permitam analisar criticamente o debate sobre a questão agrária, relacionando-a com a trajetória histórica da saúde no país; identificar principais problemas que atingem as populações rurais; e, por fim, elencar e debater quais políticas públicas intersetoriais foram sendo implementadas ao longo dos anos, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida das populações rurais.

Para tanto, o material didático apresenta-se dividido em quatro unidades pedagógicas, denominadas como: **QUESTÃO AGRÁRIA NO BRASIL; ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL; HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL e POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O AMBIENTE RURAL.**

A Unidade 1, intitulada **QUESTÃO AGRÁRIA NO BRASIL**, tem a finalidade de contextualizar as diferenças que envolvem a questão agrária e a questão agrícola no país; abordar os regimes fundiários; discorrer sobre a História da questão agrária, bem como apresentar os principais autores clássicos e contemporâneos sobre questão agrária.

A Unidade 2, intitulada **ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL**, tem como objetivos: estudar as condições de vida e de saúde da população rural; verificar os principais indicadores de saúde presentes no meio rural; abordar a concepção de saúde e doença através dos tempos; e, por fim, entender os modelos explicativos do processo saúde-doença.

A Unidade 3, chamada de **HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL**, tem a finalidade de apresentar subsídios que permitam a compreensão de como costumava ser a saúde no período anterior e posterior à Reforma Sanitária; destacando a criação e legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.

E a última unidade pedagógica denominada **POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O AMBIENTE RURAL** tem como objetivo estudar a relação das principais políticas públicas de saúde e o rural; bem como os desafios na implementação das políticas públicas de saúde voltadas para o rural.

Desejamos a todos um ótimo estudo!

ENTENDA OS ÍCONES



ATENÇÃO: faz uma chamada ao leitor sobre um assunto, abordado no texto, que merece destaque pela relevância.



INTERATIVIDADE: aponta recursos disponíveis na internet (sites, vídeos, jogos, artigos, objetos de aprendizagem) que auxiliam na compreensão do conteúdo da disciplina.



SAIBA MAIS: traz sugestões de conhecimentos relacionados ao tema abordado, facilitando a aprendizagem do aluno.



TERMO DO GLOSSÁRIO: indica definição mais detalhada de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.

SUMÁRIO

▷ APRESENTAÇÃO ·5

▷ UNIDADE 1 – QUESTÃO AGRÁRIA NO BRASIL ·9

Introdução ·11

1.1 Questão Agrária x Questão Agrícola ·12

1.2 Regimes Fundiários ·13

1.3 História da questão agrária ·14

1.4 Principais Autores sobre questão agrária:
clássicos e contemporâneos ·35

Atividade de Reflexão ou fixação ·37

▷ UNIDADE 2 – ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL ·38

Introdução ·40

2.1 Condições de vida e de saúde da população rural ·41

2.2 Principais indicadores de saúde presentes no meio rural ·42

2.3 Concepção de saúde e doença através dos tempos ·44

2.4 Modelos explicativos do processo saúde-doença ·47

Atividade de Reflexão ou fixação ·49

▷ UNIDADE 3 – HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL ·50

Introdução ·52

3.1 Período anterior à reforma sanitária ·53

3.2 Período posterior à reforma sanitária ·59

3.2.1 Criação do Sistema Único de Saúde ·64

3.2.2 Legislação do Sistema Único de Saúde ·66

3.2.2.1 Integralidade da assistência à saúde e do indivíduo ·67

3.2.2.2 Descentralização da gestão das ações e serviços
de saúde ·68

3.2.2.3 Participação da Comunidade ·69

Atividade de Reflexão ou fixação ·78

▷ UNIDADE 4 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O AMBIENTE RURAL ·79

Introdução ·81

4.1 Relação das principais políticas públicas de saúde e o rural ·82

4.2 Desafios na implementação das políticas públicas de saúde voltadas para o rural ·87

Atividade de Reflexão ou fixação ·88

▷CONSIDERAÇÕES FINAIS · 89

▷REFERÊNCIAS · 90

▷APRESENTAÇÃO DA PROFESSORA AUTORA · 98

1

QUESTÃO AGRÁRIA
NO BRASIL

INTRODUÇÃO

Começaremos nossa caminhada na disciplina de *Terra, Trabalho e Saúde* abordando, na Unidade I, a temática central referente à Questão Agrária no Brasil, tendo em vista a importância que este tema tem para as suas futuras atuações como educadores do campo. O entendimento de como se estabeleceram as relações referentes ao acesso, posse, propriedade e uso da terra no país, nos permite compreender a origem histórica da desigualdade social no Brasil e seus reflexos no cenário que envolve a educação do campo.

Para tanto, na perspectiva de aprofundar os conhecimentos sobre essa temática, este capítulo foi dividido em quatro subunidades: **Questão agrária x questão agrícola no país, Regimes fundiários, História da questão agrária e Principais autores clássicos e contemporâneos sobre questão agrária.**

Desta maneira, estaremos estudando aspectos relacionados às diferenças conceituais que envolvem a questão agrária e a questão agrícola, bem como as diferenças entre os regimes fundiários no Brasil e os reflexos destes sobre a realidade. Além disso, na subunidade que diz respeito à História da questão agrária, estaremos resgatando os principais eventos políticos, econômicos e sociais relacionados à questão agrária e o desencadear das lutas sociais nesse contexto. Por fim, na última subunidade apresentaremos alguns dos principais autores clássicos e contemporâneos que têm se debruçado sobre este tema e que são referências para nossos estudos.

Assim, ao final desta Unidade, vocês, como futuros educadores, assumem o compromisso de multiplicar esses conhecimentos.

Bom estudo!

1.1

QUESTÃO AGRÁRIA X QUESTÃO AGRÍCOLA

Os aspectos conceituais são importantes por traduzir diferentes elementos que compõem a realidade. Com este intuito, neste subcapítulo estaremos apresentando a distinção entre os conceitos de questão agrária e questão agrícola, conceitos estes imprescindíveis para compreender o conteúdo que será abordado na sequência.

Para Delgado (2012), a **questão agrária** se refere ao acesso, posse, propriedade e uso da terra no país. Também diz respeito aos aspectos relacionados à organização e ao uso do espaço rural; aos impactos que a atividade produtiva causa no ambiente; às dinâmicas das populações no meio rural e no meio urbano, às trocas de mão de obra e de serviços entre estas espacialidades; aos fluxos e às cadeias dos mercados, entre outros. A **reforma agrária** contém a proposição política de reforma desta mesma estrutura, ou seja, um conjunto de políticas públicas capaz de modificar determinada estrutura agrária e que, historicamente, foi se consolidando no país. Na percepção de Delgado (2012), estes são conceitos interdependentes e ao mesmo tempo autônomos, porém de forma que ambos se reportam à estrutura agrária do país e seguem itinerários históricos próprios.

Para Graziano da Silva (1982), a **questão agrícola** diz respeito aos aspectos ligados às mudanças na produção – O que? Onde? Quanto se produz?. Se refere, portanto, às questões ligadas à produção, produtividade e processos técnicos, enquanto a **questão agrária** está ligada às transformações nas relações de produção e de trabalho, assim como o acesso à terra. Por isso, os indicadores da questão agrária vão além da simples medição de quantidades produzidas e de preços recebidos. Graziano da Silva (1982) diferencia os conceitos para ressaltar a importância da política de reforma agrária.

1.2

REGIMES FUNDIÁRIOS

O regime fundiário refere-se à base jurídico-política que sustenta o direito de propriedade fundiária. Portanto, trata da estrutura, da posse e do uso da terra, durante os diferentes períodos históricos. Neste sentido, Delgado (2012) sintetiza os diferentes regimes fundiários no país da seguinte forma:

QUADRO 01 – Síntese dos regimes fundiários no Brasil.

REGIME	PERÍODO	DESCRIÇÃO
Regime de Sesmarias	Colonial até 1822	Tratava da separação jurídica do domínio e da posse das terras, sendo o domínio de propriedade da Coroa e as posses concedidas aos donatários.
Regime de Transição	De 1822 a 1850	A posse como uma prática corrente de ocupação privada das terras. Neste período, apoderar-se de terras devolutas e cultivá-las ou delimitá-las como posse constituiu-se no direito agrário.
Lei de Terras (Lei 601/1850)	De 1850 a 1964	A propriedade privada mercantil e o sistema estatal de terras públicas devolutas ou não. Em outras palavras, estabeleceu-se a propriedade privada sobre a terra apropriada, que era registrada nas paróquias e cartórios, sobre a qual vigorava um princípio de propriedade mercantil. E instituiu o domínio público sobre as terras devolutas, que deveriam ter outra destinação.
Regime jurídico da terra como bem social x práxis da terra mercantil	Do Estatuto da Terra - Lei 4.504/1964 à Constituição Federal Brasileira de 1988.	Estatuto jurídico da terra como bem social, sujeito a uma função social.

FONTE: ADAPTADO DE DELGADO (2012).



SAIBA MAIS: Esse 4º regime jurídico, instituído pelo Estatuto da Terra (Lei 4.504/1964), foi recepcionado em sua essência pela Constituição de 1988 (Art. 5º - XXIII e Arts. 184 a 186). De direito, promoveu uma mudança de concepção no estatuto jurídico da Lei de Terras de 1850, calcado no primado de terra de propriedade privada como domínio estritamente mercantil, enquanto somente sobre as terras de domínio público (terras devolutas) vigoraria por hipótese o princípio da destinação social (planejada à época para propiciar a imigração) (DELGADO, 2012, p. 17).

1.3

HISTÓRIA DA QUESTÃO AGRÁRIA

Ao abordarmos o tema da questão agrária, utilizamos como fio condutor a história da luta pela terra e Reforma Agrária no Brasil, tendo em vista que ambas estão inter-relacionadas. Desta maneira, a partir dos diferentes tensionamentos provocados pelas mobilizações e lutas sociais promovidas nos diferentes períodos históricos governamentais, centra-se os esforços teóricos sobre a ação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST, compreendendo a importância deste Movimento para a estruturação da luta pela terra e Reforma Agrária no país.

Portanto, a história da formação do Brasil é marcada pela invasão do território indígena, pela escravidão e pela produção do território capitalista. A luta pela terra no país vem sendo desenvolvida desde a chegada do colonizador português, marcada pela desigualdade social e pela concentração fundiária. Os colonizadores trouxeram a sua cultura, valores, a organização da sociedade e o conhecimento da civilização europeia. A intenção com isso era estabelecer condições ideais para a exploração da colônia. E foi exatamente esta forma de agir que desconstruiu a cultura e modificou a reprodução social indígena (FERNANDES, 2000; SILVA, 2004).

Em 1530, a Coroa Portuguesa deu início ao processo de colonização do país através da implantação do sistema de capitanias hereditárias, sendo este considerado o marco do início da história latifundiária de nosso país. As capitanias hereditárias eram formadas por extensas faixas de terras, comandadas por donatários oriundos da nobreza portuguesa. Os donatários não eram donos das capitanias, mas eram responsáveis pelo seu desenvolvimento utilizando recursos próprios e se responsabilizando pelo controle e proteção destas capitanias. No total, o território colonial foi parcelado em 14 capitanias, dividido em 15 lotes e distribuído a 12 donatários. Esse modelo de parcelamento de terra apresenta semelhanças com o modelo feudal, base da economia e da sociedade da Europa Medieval (FILIPPI, 2005; MIRALHA, 2012).

A Coroa exercia o controle da capitania ocorrida pela Carta Foral, na qual estavam designados os tributos e a distribuição de lucros do que era produzido nas capitanias entre os donatários e a Coroa. E pela Carta de doação, na qual eram dadas a posse aos donatários e a possibilidade de se tornarem herança a seus filhos. No entanto, não era permitido a venda das capitanias. Neste contexto, os escravos, judeus, etc. não tinham direito, somente os considerados “puros de sangue”, ou seja, os brancos e católicos. Cabia ao donatário a administração da capitania, inclusive as questões judiciais, atuando em sintonia com a Coroa (FILIPPI, 2005; DINIZ, 2010; DELGADO, 2012).

Neste período, diversas lutas indígenas ocorreram do norte ao sul do país, envolvendo Potiguares, Tamoios e Guaranis, lutando contra a invasão de seus territórios e contra a escravidão de seu povo. Com o passar do tempo, a escravidão indígena foi sendo substituída pela escravidão dos povos trazidos da África e, como consequência, no final do século XVI havia mais de 15 mil africanos escravos trabalhando

nos engenhos. Os escravos que fugiam buscavam refúgio nos quilombos, que eram considerados territórios de resistência, nos quais, além dos escravos africanos, viviam alguns índios e trabalhadores livres marginalizados (FERNANDES, 1999).

Independente das lutas que eram realizadas, dos séculos XVI a XIX, a Coroa Portuguesa conseguiu reunir todos os elementos institucionais e produtivos necessários para garantir um ambiente profícuo e duradouro de exploração das riquezas da colônia. O regime da sesmaria permaneceu até 1822, ano da Independência do Brasil. Do fim das sesmarias até 1850, não houve nenhum ordenamento que regulamentasse a propriedade e a posse de terras no Brasil. Este período ficou conhecido como regime de posses, caracterizado, principalmente, pela ocupação de terras ociosas sem título de reconhecimento legal (FILIPPI, 2005; RAMIRO, 2008; DINIZ, 2010; DELGADO, 2012).

A estrutura econômico-institucional do Brasil passou por significativas transformações durante o século XIX, sendo a primeira transformação a passagem de Colônia para Império. O Brasil Imperial compreende o período entre 1822 a 1889, dividido em três partes: Primeiro Reinado, Período Regencial e Segundo Reinado. Essa mudança no país não gerou modificações em relação à estrutura agrícola (produção) e agrária (posse da terra) no país. Porém, a pressão exercida pelas grandes potências da época para que acabasse a exploração da mão-de-obra escrava, em função do interesse em expandir seus mercados, e a Lei de Terras, contribuem definitivamente para o fortalecimento de um mercado de terras no Brasil (FERNANDES, 1999; FILIPPI, 2005).

Em 1850, fruto de um acordo entre governo e grandes produtores de café, é promulgada a Lei nº 601, de 18 de setembro de 1850, conhecida como Lei de Terras, com o objetivo de formalizar a posse da terra no Brasil. Com esta Lei, foi possível organizar a situação do registro de terras doadas desde o período colonial, legalizar as ocupadas sem autorização e por fim reconhecer as terras devolutas, pertencentes ao Estado. A partir deste momento, a posse da terra só podia ocorrer por meio da compra em dinheiro, e toda transação de compra e venda de terras deveria ser legalizada por uma autoridade legislativa competente. No caso, como instâncias jurídicas eram inexistentes nesse período, os registros das transações fundiárias ficaram a cargo dos responsáveis pelas paróquias (FERNANDES, 1999; FILIPPI, 2005; MIRALHA, 2012).

Neste contexto, Miralha (2012) refere que:

A Lei de Terras de 1850 foi uma solução encontrada pela elite brasileira para manter inalterada a estrutura agrária, impedindo o acesso livre à terra por parte da população pobre que era maioria, e conseguir trabalhadores livres para as lavouras de café, pois o Estado brasileiro já estava planejando a imigração de europeus, para substituir o trabalho escravo que estava prestes a ser abolido. Dessa maneira, se os imigrantes chegassem no Brasil e o acesso à terra fosse livre, como no regime de sesmarias (livre para os “puros”), eles obviamente iam preferir ter sua própria terra ao invés de trabalhar nas lavouras de café (MIRALHA, 2012, p. 153).

De acordo com Martins (2003), a expansão do café no Brasil gerou mecanismos para assegurar a formação de uma grande massa de deserdados que pudessem substituir a escravidão com vantagem nos custos insignificantes e nas possibilidades de acumulação capitalista com base na agricultura de exportação. Assim, foi possível criar uma população sobrando que tornasse competitivo o trabalho livre. Portanto, a clientela da reforma agrária procede de um lento e complicado processo de desagregação da velha economia de origem colonial e escravista, substituída finalmente por empreendimentos que dependem pouco da massa sobrando de mão-de-obra.

E é neste contexto que surge a questão agrária no Brasil, à medida que as alternativas de inclusão dos expulsos da terra tornam-se escassas. O Brasil teve neste período um primeiro momento propício para a realização da reforma agrária, porém isso não ocorreu porque não interessava às elites brasileiras, gerando um exército de reserva de força de trabalho. A propriedade da terra, ao invés de ser atenuada para viabilizar livre fluxo e reprodução do capital, é enrijecida para viabilizar a sujeição do trabalhador livre ao capital proprietário de terra (MARTINS, 1999; MIRALHA, 2012)

De acordo com Fernandes (1999):

O fim do cativo humano aconteceu quase 40 anos depois de ter sido instituído o cativo da terra. Assim, os escravos libertos que deixaram as fazendas migraram pelas estradas, por onde encontraram terras cercadas. Quando acampavam nas fazendas, os coronéis convocavam a polícia para expulsá-los. Igualmente, os camponeses europeus continuaram neste País, suas caminhadas em busca da terra. Migraram por e para diferentes regiões, lutando contra o latifúndio. Muitos de seus filhos e netos ainda continuam migrando. A maioria absoluta desses trabalhadores começaram a formar uma categoria, que ficaria conhecida no final do século XX, como Sem-Terra (FERNANDES, 1999, p. 02).

As longas caminhadas e as migrações marcaram esse período da história e, nestas, as lutas contra o cerco da terra e da vida foram surgindo. Embora regionalizadas, e por vezes isoladas, elas aconteciam em todo o país e representavam a força política de contestação da ordem instituída. São exemplos de lutas: Canudos (1893-97) na Bahia, Contestado (1920-27) em Santa Catarina e Paraná, Caldeirão (nos anos de 1930) no Ceará, e outras (FERNANDES, 1999/2000; FILIPPI, 2005; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Eram chamados de Movimentos Messiânicos porque tinham lideranças religiosas que os guiavam na luta pela terra prometida. O líder religioso também exercia liderança política e militar nessas comunidades. Em Canudos e Caldeirão, as comunidades desenvolviam a produção e distribuição coletiva, por meio de uma divisão de trabalho autônoma e de ajuda mútua; propondo assim uma sociedade sem propriedade privada e sem exploração. Por terem essa forma organizativa de sociedade diferente, foram perseguidos pelos governos da época e exterminados (FERNANDES, 1999/2000; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016)

Portanto, desde os movimentos messiânicos no meio rural nacional até o grupo

de cangaceiros, estes demonstravam uma época de revoltas que guarda paralelos sutis com a questão agrária contemporânea. Foram movimentos populares que acreditavam na construção de uma organização em oposição à república dos coronéis, da terra, do latifúndio e da miséria. Em nome da defesa e da ordem, os latifundiários e o governo utilizaram forças militares para combater violentamente toda forma de resistência (FERNANDES, 1999; FILIPPI, 2005).

No fim do Império e início da constituição da República, surge mais uma oportunidade de se promover a Reforma Agrária no Brasil. Neste período, o país apresenta uma modesta industrialização, surgindo daí a necessidade de expandir o mercado de consumo interno, a fim de que os industriais pudessem vender seus produtos. Porém, grande parte da população estava atrelada às fazendas de café, produto que comandava a economia na época e, conseqüentemente, a oligarquia rural que detinha o poder e o controle econômico do país (FILIPPI, 2005).

Do conflito de interesses entre os industriais e os grandes fazendeiros, é que poderia surgir a oportunidade de Reforma Agrária, pois a democratização do acesso à terra proporcionaria a dinamização do desenvolvimento capitalista, incluindo produtores familiares que se tornariam consumidores de produtos industriais e produtores de alimentos. Os alimentos, se produzidos em grande quantidade, teriam seus preços no mercado reduzidos, rebaixando assim o salário dos operários. No entanto, esse confronto nunca se configurou (FILIPPI, 2005).

É deste período, 1919, a criação da Sociedade Rural Brasileira – SRB, organização sem fins lucrativos, inicialmente liderados pela burguesia cafeeira, que nasceu com a proposta de coordenar iniciativas que impulsionassem a atividade agropecuária no país e que, até os dias de hoje, defende a propriedade da terra e se opõem veementemente às políticas de reforma agrária (FILIPPI, 2005).

Com a crise de 1929, ocorreu uma queda abrupta no preço do café, que entrou em decadência com a oligarquia rural. A agricultura brasileira, que era baseada, principalmente, na monocultura do café, passa a se diversificar, incluindo outras culturas, como algodão, feijão, arroz, entre outras. Em decorrência dessa crise, Getúlio Vargas implanta o modelo de substituição de importações, estimulando a indústria nacional e fortalecendo o mercado interno (FILIPPI, 2005; MIRALHA, 2012).

Assim, a partir de 1930, o Brasil muda seu eixo de acumulação da economia, de um país agrário exportador para um país urbano industrial. A reorganização da economia, a partir de novos centros de produção agrícola e a formação de uma industrialização interna, ocorre sem alterações na estrutura fundiária ou nas relações de produção, o que gera vários movimentos migratórios, principalmente do Nordeste e Minas Gerais em direção a São Paulo (FILIPPI, 2005; MIRALHA, 2012).

Ao mesmo tempo em que o país se industrializa, Getúlio Vargas dá início ao seu programa populista. Em 1934, é promulgada a nova Constituição e, em sessão solene, Vargas é eleito Presidente da República pela Assembleia Nacional Constituinte. Em 1937, ele fecha o Congresso Nacional, outorga a nova Constituição, e dá início a um período conhecido como Estado Novo (1937-1945). Em 1945, é deposto pelas Forças Armadas, assumindo em seu lugar Eurico Gaspar Dutra, que coloca em prática o Plano SALTE, iniciais de Saúde, Alimentação, Transporte, Energia, eleitas como prioridades do Brasil que está rapidamente se tornando mais urbano e industrial (FILIPPI, 2005).

Em todo país, de 1940 a 1964, diversos conflitos e eventos contestavam a grande desigualdade social e a concentração fundiária existente, dando origem a novas formas de organização política com o objetivo de lutar pela terra e pela reforma agrária, tais como associações, sindicatos dos trabalhadores rurais e as Ligas Camponesas. Crescia no país a luta pela terra e pela reforma agrária, e várias instituições disputavam sua representação, como é o caso do Partido Comunista do Brasil - PCB e da Igreja Católica (MARTINS, 1999; FILIPPI, 2005; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).

As Ligas Camponesas surgem, por volta de 1945, apoiadas pelo PCB, lutando contra a expropriação e a expulsão da terra e contra as péssimas condições de reprodução social que se encontravam os trabalhadores rurais, particularmente na região nordeste do país. O Partido liderado por Luís Carlos Prestes, Carlos Mariguella e Caio Prado Junior, entre outros, apresentaria ao Congresso, em 1946, a primeira proposta de reforma agrária no Brasil. Porém, com o advento da Guerra Fria, o Brasil rompe as relações diplomáticas com a URSS e, em 1947, o governo de Eurico Gaspar Dutra decreta a ilegalidade do Partido Comunista do Brasil - PCB e da Central Geral dos Trabalhadores - CGT, desencadeando a cassação do mandato dos parlamentares eleitos pelo PCB. Com a repressão generalizada, as Ligas, a exemplo de outros movimentos, foram violentamente reprimidas (FILIPPI, 2005; MIRALHA, 2012; FERNANDES, 1999/2000; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Com o processo de industrialização do país em curso e com as eleições de Getúlio Vargas, em 1951, e Juscelino Kubitschek, em 1956, com o slogan “Cinquenta anos em cinco”, o desenvolvimentismo vira política estratégica de Estado e o espaço rural passa a receber uma série de inovações tecnológicas provenientes da indústria, estimuladas pelo governo federal por meio de financiamentos subsidiados pelo Banco do Brasil. Porém, esses subsídios eram voltados para os grandes produtores em detrimento dos pequenos, com a finalidade de erradicar os velhos cafezais e estimular a produção de outras culturas, com a utilização de tecnologias, como tratores e outros maquinários. Essa medida fez crescer os movimentos de resistência e de luta pela terra e Reforma Agrária no país (FILIPPI, 2005; MIRALHA, 2012).

Neste contexto, em 1954, as Ligas Camponesas ressurgem e se estruturam no Nordeste e demais regiões do país. Sua fundação oficial data de 1958, no estado de Pernambuco. De acordo com Filippi (2005):

O marco de fundação e de mediatização das Ligas Camponesas deu-se no Recife, onde em 1958 cerca de 3 mil trabalhadores rurais reuniram-se no Primeiro Congresso de Foreiros e Pequenos Agricultores para discutir as péssimas condições de trabalho a que estavam sujeitos. A luta não foi em vão: já em 1959, a Assembleia Legislativa de Pernambuco votou e aprovou a desapropriação de 500 hectares do engenho Galiléia, entregando-os aos trabalhadores ali estabelecidos, denominados galileus. O sucesso dos galileus foi tamanho que, no início dos anos 1960, as Ligas Camponesas já estavam organizadas em nada menos que 13 Estados do Brasil. A vitória da organização agregou ao discurso das Ligas a luta pela reforma agrária. Esse aspecto influenciará decisivamente o discurso do Movimento dos Atingidos

por Barragens (MAB) e do MST já no final do século XX. Não esqueçamos que, em fins dos anos 1950, independentemente das Ligas Camponesas, o Movimento dos Agricultores Sem-Terra (MASTER) se organiza no sul do país, mais especificamente no RS. A composição do movimento era semelhante ao público das Ligas: trabalhadores rurais, parceiros e agricultores familiares (FILIPPI, 2005, p. 81).

Esses movimentos ganham força durante o governo de João Goulart (1961-1964), que foi cativado pelas concepções de luta pela terra das Ligas Camponesas, resumidas no slogan “Reforma agrária na lei ou na marra”. No início de 1960, o governo federal cria a Superintendência de Reforma Agrária – SUPRA, mas que teve pouco tempo para realizar algum feito concreto, dado que foi extinta no golpe militar. Em 1961, ocorreu o I Congresso de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil, em Belo Horizonte, momento em que ocorre um embate entre as ideias radicais de Reforma Agrária das Ligas Camponesas e as ideias de luta moderada da União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil - ULTAB (FILIPPI, 2005; FERNANDES, 1999; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).

As Ligas, em 1962, desenvolveram muitos encontros e congressos, na perspectiva de promover a criação de uma consciência nacional favorável à Reforma Agrária. A ação das ligas era definida na luta pela reforma radical, a fim de acabar com o monopólio de classe sobre a terra. Em suas ações, os camponeses resistiam na terra e passaram a realizar ocupações. O crescimento da luta pela terra dimensionava a questão agrária, colocando a Reforma Agrária na pauta política. O presidente João Goulart entendia que a reforma era fundamental para a completa modernização do país. Porém, a opção pelo caminho da sindicalização para o combate às injustiças sofridas pelos trabalhadores rurais o distanciaram das Ligas Camponesas (FERNANDES, 1999; FILIPPI, 2005).

Com relação à formação de sindicatos rurais como resultado direto da aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural, deve-se ressaltar o início das atividades da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG). Criada em dezembro de 1963, no Rio de Janeiro, a entidade organizou-se formalmente em 14 Estados (Federações) representando quase 500 sindicatos de trabalhadores rurais. Com o advento do golpe militar em fins de março de 1964, a Contag sofreu uma “intervenção branca”, resultando na prisão e no exílio forçado de um contingente expressivo de suas lideranças, o que limitou fortemente suas atividades reivindicatórias no decorrer da década de 1970. Hoje, a Contag é responsável e principal animadora de uma atividade anual conhecida como Grito da Terra, sendo a maior e mais importante central sindical rural do país. Representa cerca de 15 milhões de trabalhadores rurais, organizados em todos os estados brasileiros em mais de 3.600 sindicatos rurais, compondo o chamado Movimento Sindical dos Trabalhadores

O período do governo de João Goulart demonstrou-se como o principal momento histórico para a realização da Reforma Agrária no país, pois houve a convergência entre as reivindicações dos vários movimentos sociais e militâncias organizadas com um governo realmente interessado em promover a Reforma Agrária. E com a realização da Revolução Cubana, em 1959, a vigilância e a intervenção dos Estados Unidos se intensificou na América Latina, na perspectiva de combater o avanço das experiências construídas pelos trabalhadores (FERNANDES, 1999/2000; MIRALHA, 2012; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Frente a este contexto, o governo de João Goulart foi interrompido quando os militares tomaram o poder, destituindo o presidente eleito, numa aliança política, em que participaram diferentes setores da burguesia: latifundiários, empresários, banqueiros, etc., aliados aos interesses dos Estados Unidos. E a repressão neste período ocorreu por meio da censura aos meios de imprensa oficiais, da tortura legitimada por lei, exílios, prisões e desaparecimentos de perseguidos políticos. O golpe militar sufocou as tensões sociais existentes no campo e toda forma de organização foi eliminada e proibida, muitos dos trabalhadores e trabalhadoras rurais foram mortos e torturados ou obrigados a viver clandestinamente (SILVA, 2004; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Ao invés de promoverem uma reforma na estrutura fundiária brasileira e implantar no país uma modernidade econômica e social, optaram por meio dessas articulações em manter a desigualdade na estrutura fundiária, e a realizar uma modernização tecnológica voltada para as grandes propriedades através de vultosos subsídios financeiros (FERNANDES, 1999/2000; MIRALHA, 2012).

Com essa articulação de interesses, a agricultura brasileira passou a ser subordinada à indústria, que forjou a nova produção agrícola baseada em nova tecnologia e insumos (fertilizantes químicos, máquinas, adubos, sementes). O impacto do modelo agrícola dos militares não podia ser diferente. A modernização introduzida provocou a degradação da agricultura familiar, uma vez que as políticas públicas beneficiavam a agricultura do tipo empresarial, intensiva para exportação, que possuía acesso a novas tecnologias, além da já citada hegemonia da indústria no processo produtivo agropecuário. Um dos fatores que contribuíram para a crise da pequena agricultura foi, sem dúvida, a penetração do capital externo, que acabou monopolizando vários segmentos da agroindústria. Dessa forma, a agricultura brasileira ficou subordinada aos movimentos das empresas estrangeiras (SILVA, 2004, p.31).

Ainda em 1964, o governo militar criou um grupo de trabalho para a elaboração de uma proposta de desenvolvimento da Reforma Agrária no Brasil, dando origem ao Estatuto da Terra. Junto com a aprovação do Estatuto pelo Congresso naquele mesmo ano, ocorreu a extinção da SUPRA e a criação de dois novos órgãos no

governo que demonstraram claramente a cisão entre Reforma Agrária e desenvolvimento. São eles: o Instituto Brasileiro de Reforma Agrária - IBRA, subordinado à Presidência da República, e o Instituto Nacional de Desenvolvimento Agrário - INDA, ligado ao Ministério da Agricultura. Viveu-se, então, um período de aumento do produtivismo agrícola, com estímulo estatal à adoção de pacotes tecnológicos da Revolução Verde; de grandes construções e ampliação das infraestruturas sociais e econômicas como estradas, portos, hidroelétricas, universidades, hospitais, entre outras. Esse período ficou conhecido como milagre econômico (MARTINS, 1981; ALMEIDA e PAULINO, 2000; PEREIRA e ALENTEJANO, 2014; DICKEL, 2015).

O Estatuto da Terra e o Estatuto do Trabalhador Rural foram leis criadas pela elite política dominante com a finalidade de acalmar os movimentos sociais e criar alguns obstáculos jurídicos ao desenvolvimento da Reforma Agrária. Por exemplo, o Estatuto do Trabalhador Rural proibia greves no campo e o Estatuto da Terra acabou servindo como instrumento de promoção de políticas agrícolas voltadas ao processo de modernização do campo. Além do crédito, o Estado também financiou pesquisa agrícola, assistência técnica e ensino técnico e superior necessários à formação de profissionais especializados para atender às demandas das grandes propriedades, relegando ao segundo plano a realização da Reforma Agrária (FILIPPI, 2005; PEREIRA e ALENTEJANO, 2014; DICKEL, 2015).

O Estatuto da Terra previa a existência e a necessidade de que a terra cumprisse sua função social: a de produzir e de respeitar os direitos trabalhistas e ambientais, reconhecendo que aquelas que não cumprissem essa função seriam desapropriadas e transformadas em assentamento. Porém, a resposta do governo para os conflitos da terra focaram na política de Colonização, estimulando os camponeses a se deslocarem para a fronteira agrícola no centro-oeste e no norte do país, em áreas sem condições de infraestrutura e de produção (FERNANDES, 1999/2000; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Neste contexto, Bergamasco (1997), refere que:

Letra morta para a resolução dos problemas agrários do país, o Estatuto da Terra respaldou um longo processo de colonização, em especial na região Norte e Centro-Oeste, por meio da implantação de assentamentos de colonos do Sudoeste e do Sul. Os movimentos sociais rurais, em efervescência no pré-64, foram duramente reprimidos, e a opção do governo militar, além da colonização, se volta à modernização da agricultura por meio de incremento ao uso de insumos químicos e mecânicos, deixando sem alteração a concentrada estrutura fundiária. Os resultados perversos desta modernização podem ser constatados pela formação de uma classe de assalariados rurais com baixíssimo poder de compra, pelo desemprego, especialmente o desemprego sazonal, pela precariedade das condições de trabalho e pela exclusão social, o que levou mais de 28 milhões de pessoas a deixarem o campo em direção às cidades, entre 1960 e 1980. Esta precarização das condições de vida e de trabalho de milhões de pessoas resultou no fortalecimento da organização política

dos trabalhadores (BERGAMASCO, 1997, p. 37).

O golpe militar significou um retrocesso para o país, pois, sob a retórica da modernização, os projetos de desenvolvimento implantados geraram uma série de problemas políticos e econômicos que intensificaram a desigualdade social, promovendo o maior êxodo rural vivido na história do Brasil. O governo da ditadura ofereceu aos empresários vários subsídios, incentivos e isenções fiscais, visando impulsionar o crescimento econômico da agricultura e da indústria, ao passo que arrojava os salários, estimulava a expropriação e a expulsão, multiplicando os despejos das famílias camponesas. Essas ações políticas tiveram efeitos na questão agrária, intensificando ainda mais a concentração fundiária. Em seu pacto, os militares e a burguesia pretendiam controlar a questão agrária por meio da violência e com a implantação de seu modelo de desenvolvimento econômico para o campo, o qual priorizou a agricultura capitalista em detrimento da agricultura camponesa (FERNANDES, 1999; MIRALHA, 2012).



SAIBA MAIS: Em seu livro intitulado *A modernização dolorosa: estrutura agrária, fronteira agrícola e trabalhadores rurais no Brasil*, publicado em 1982, José Francisco Graziano da Silva refere que o processo de modernização vivenciado no Brasil, estimulado e financiado pelo Estado, de uma maneira geral foi conservador, por estar pautado no pacote tecnológico da Revolução Verde e não ter beneficiado a todos os produtores. Também foi um processo doloroso em virtude das contradições sociais que desencadeou (GRAZIANO DA SILVA, 1982; MATOS e PÊSSOA, 2011; SILVA e BOTELHO, 2015).

No período de 1960 a 1980, milhares de pessoas migraram para as cidades e o êxodo rural tornou-se um dos maiores problemas identificados com a modernização agrícola. Como a maioria dos recursos era disponibilizada para os grandes produtores, estes puderam investir e foram reduzindo o espaço de arrendatários, parceiros e de pequenos produtores, provocando assim o êxodo rural. Os que permaneceram no campo se vincularam às grandes propriedades como força de trabalho e outros se organizaram para reivindicarem melhores condições de permanência no campo (MATOS e PÊSSOA, 2011; SILVA e BOTELHO, 2015).

Para Graziano da Silva (1997), o Estado foi omissivo em propor políticas que pudessem prevenir ou atenuar os efeitos sociais referentes à transformação do padrão tecnológico de produção. As ações voltadas exclusivamente para o desenvolvimento agrícola não foram acompanhadas pelo tão almejado desenvolvimento rural. Uma das principais razões para isso foi o fato de ter privilegiado as dimensões tecnológicas e econômicas em detrimento das mudanças sociais e políticas, como, por exemplo, a organização dos trabalhadores rurais sem-terra e dos pequenos produtores.

Tendo em vista as profundas transformações ocorridas no mundo do trabalho e na vida social gerada pelo desenvolvimento da modernização da agricultura e das demais políticas implementadas durante o governo militar, ao passo que as representações sindicais não foram capazes ou suficientes para dar encaminhamen-

tos às reivindicações do povo, as lutas sociais no campo neste período assumem uma nova configuração e magnitude. Nem mesmo a repressão militar conseguiu acabar totalmente com as manifestações em prol de uma divisão mais justa de terra e da melhoria das condições de vida, fazendo emergir neste cenário de lutas uma diversidade de sujeitos sociais, como os atingidos por barragens, seringueiros, sem-terra, assalariados rurais e pequenos agricultores (MARTINS, 1981; MEDEIROS, 2004; FERNANDES, 1999; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).

O debate envolvendo a questão agrária tornou-se também uma preocupação da Igreja Católica, dividindo-a em duas posições: os conservadores e os progressistas. Estes últimos oportunizaram a criação de um espaço, as Comunidades Eclesiais de Base - CEBs, para que os trabalhadores pudessem debater sobre seus problemas, firmando-se na década de 1970, como um importante foco de resistência à ditadura militar e de reorganização da população do campo. Este trabalho, em 1975, é potencializado pela criação da Comissão Pastoral da Terra – CPT. A CEBs e CPT, motivadas pela Teologia da Libertação, foram fundamentais na conscientização da necessidade de se organizar e lutar, influenciando a articulação de lutas nacionalmente (FERNANDES, 1999/2000; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

De acordo com Coletti (2006),

Sabemos que a retomada da luta pela terra no Brasil, no pós-64, ocorreu no final da década de 1970, mais precisamente em 1979, em Ronda Alta, no Rio Grande do Sul, com as ocupações das glebas Macali e Brilhante, realizadas por parte dos colonos que tinham sido expulsos, em maio de 1978, pelos índios Kaingang da reserva indígena de Nonoai. Tais ocupações de terra somavam-se às greves do operariado urbano e de setores do operariado rural e indicavam os primeiros sinais de crise efetiva da ditadura militar. Outras ocupações de terra ocorreram até janeiro de 1984, quando se realizou o 1º Encontro Nacional dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, no qual foi fundado, oficialmente, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - MST. Um ano mais tarde, em janeiro de 1985, o MST realizava seu 1º Congresso Nacional, em Curitiba. O surgimento do MST, a partir do final da década de 1970, segundo nosso ponto de vista, foi fruto de uma questão agrária não resolvida no Brasil, e foi consequência, também, de não existir, naquele momento, por parte do sindicalismo oficial no campo, uma capacidade efetiva de mobilizar e de organizar os trabalhadores rurais em luta pela terra (COLETTI, 2006, p. 1-2).

Portanto, o MST pode ser considerado como o resultado de uma confluência de fatores econômicos, sociais e culturais, diferenciando-se dos demais movimentos pela ênfase dada às ocupações de terras. Além disso, mobilizava toda a família, e não apenas um representante; não exigia filiação formal e tinha como objetivo principal pressionar o Estado para que imóveis rurais fossem desapropriados e as famílias mobilizadas fossem assentadas nestes locais (FERNANDES, 1999; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).

Neste sentido, a negociação realizada com o Estado deveria ser sustentada pela pressão coletiva, e não por expedientes legais ou acordos de gabinete entre lideranças. “Terra não se ganha, se conquista” e “Ocupação é a única solução” eram as consignas evocadas pelo Movimento durante o 1º Congresso Nacional. A partir das ocupações, o MST desenvolveu métodos de organização que formariam uma identidade política própria de reivindicação pela terra e por melhores condições de vida (FERNANDES, 1999; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).

Se nos anos de 1970 o sindicalismo rural foi o principal representante das lutas por terra, a partir dos anos 1980 é o MST que assume tal posição. A fundação do MST coincide, portanto, com o colapso do modelo econômico do “milagre econômico”, no fim da ditadura militar, e o início da redemocratização do país, momento em que aumentam as pressões e mobilizações pelo retorno do regime democrático e de uma efetiva democratização social em todo o país (BERGAMASCO, 1997; MEDEIROS, 2004; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).



INTERATIVIDADE: Para enriquecer os conhecimentos sobre a luta pela terra, especificamente, na Fazenda Annoni, recomenda-se assistir os documentários *Terra para Rose* (1987) e *O sonho de Rose* (1997), ambos dirigidos por Tetê Moraes e que retratam a realidade das famílias nesse período. Disponível em: <https://youtu.be/xP2Jm23RJ9Y>

O primeiro governo democrático teve início em março de 1985, com a presidência de José Sarney (1985-1990). Frente à dramática situação de violência no campo e do aumento dos conflitos e das mobilizações sociais, o presidente criou o Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário – MIRAD. Com isso, a problemática da Reforma Agrária voltou a ocupar a agenda política do país. As expectativas ressurgiram e, em maio de 1990, o presidente Sarney anunciou a proposta de elaboração de um Plano Nacional de Reforma Agrária – PNRA, durante o IV Congresso da CONTAG. Ao mesmo tempo em que se selava o apoio da CONTAG ao governo, o anúncio dava a entender que era chegada a hora de efetivarmos a Reforma Agrária no país (BERGAMASCO, 1997; MEDEIROS, 2004; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).

Tal Plano, ou melhor, “proposta” de Plano, reacendeu o debate sobre a reforma agrária no Brasil e provocou um alinhamento de forças políticas favoráveis e contrárias à proposta: de um lado, tínhamos os proprietários rurais e suas entidades representativas; de outro, os trabalhadores rurais organizados pelo MST e pela CONTAG, e apoiados por entidades como a Igreja Católica, o PT, a ABRA (Associação Brasileira de Reforma Agrária) etc. A União Democrática Ruralista - UDR, entidade radical de direita, que representava (e ainda representa) os proprietários rurais, surgiu nesse contexto, e teve um papel destacado no combate à reforma agrária, tanto no âmbito da “proposta” do PNRA quanto no do processo constituinte, que ocorreria logo em seguida. Desnecessário dizer que os proprietários rurais, mais uma vez,

levaram a melhor e que não houve reforma agrária alguma. Pelo contrário: a “proposta” do PNRA foi praticamente abortada e a Constituição Federal, no que se refere à questão agrária, é mais retrógrada do que a legislação anterior, dos governos militares (COLETTI, 2006, p. 2-3).

Dessa maneira, mais uma vez, o Brasil teve uma oportunidade de realizar a Reforma Agrária, porém novamente encontrou a resistência dos grandes proprietários de terra. Os obstáculos jurídicos criados para a realização da Reforma Agrária refletem, sem dúvidas, a supremacia da elite latifundiária que permeia a política nacional. A Constituição de 1988 e as demais leis criadas posteriormente inviabilizaram a realização de uma Reforma Agrária de caráter estrutural e massivo no Brasil. O marco legal existente permite, no máximo, uma política de assentamentos, suscetíveis a variações de acordo com a conjuntura política. Registra-se, assim, de forma lenta e irregular, a implementação de assentamentos rurais em todos os Estados, criados muito mais para resolver situações de conflitos localizados do que situações de pobreza e exclusão social, ou mesmo para resgatar o potencial produtivo da agricultura familiar (BERGAMASCO, 1997; FILIPPI, 2005; MIRALHA, 2012; PEREIRA E ALENTEJANO, 2014).

Nessa conjuntura da segunda metade dos anos 80, o importante a ser ressaltado é que o MST, de um lado, e a UDR, de outro – poderíamos colocar o PNRA e o processo constituinte no centro desse embate – politizaram a luta pela terra no Brasil, seja porque as várias instâncias do aparelho de Estado não poderiam mais ignorar a existência de uma questão agrária ainda não resolvida no Brasil; seja porque tanto os proprietários rurais como os sem-terra apresentavam-se na cena política como verdadeiras forças políticas e sociais, os primeiros, constituindo-se como fração autônoma de classe, e os segundos, como classe social distinta, à medida que extrapolavam as suas existências econômicas e colocavam-se em confronto nos níveis político e ideológico. O MST, ao privilegiar a ação política direta de enfrentamento e de resistência, através das ocupações de terra, dos acampamentos e das manifestações públicas – nesse caso, ao contrário da CONTAG, que optou por uma ação mais “institucional” e mais próxima do governo – pôde crescer e consolidar-se nacionalmente (COLETTI, 2006, p. 3).

O MST surgiu e consolidou-se no cenário nacional durante a década de 1980, mas foi em 1990, durante a implementação das políticas neoliberais, que o movimento se transformou na maior expressão política de luta pela terra e pela reforma agrária e no movimento social popular mais importante do país. Em 1990, é realizado o II Congresso Nacional do MST, em Brasília, no qual foi definida a palavra de ordem: “Ocupar, Resistir e Produzir”, no sentido de enfrentar todas as adversidades que viriam a partir daí (FILIPPI, 2005; MEDEIROS, 2004; PEREIRA e ALENTEJANO, 2014).

Com o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), que era defensor dos latifundiários, inicia-se o neoliberalismo no país. Consequentemente, a pauta da Reforma Agrária sai da agenda política do governo. As medidas econômicas adotadas por este governo contribuíram para a deterioração das condições de vida e de emprego, tanto no campo quanto nas cidades (FILIPPI, 2005; MEDEIROS, 2004; PEREIRA e ALENTEJANO, 2014).

Neste sentido, Silva (2004) refere que:

O governo de Fernando Collor de Mello, por meio do programa econômico neoliberal, em 1990, necessitava, para introduzir suas políticas neoliberais, controlar os movimentos, sobretudo o MST, por este ser portador da crítica mais radical ao capital, ao questionar a propriedade privada. Duas estratégias foram usadas pelo governo Fernando Collor Mello: o isolamento político, na medida em que não se negociava com os sem-terra; e o policial, com as inúmeras repressões violentas a ocupações e manifestações do MST (SILVA, 2004, p. 63).

Portanto, ocorre o desmantelamento do modelo de intervenção do Estado na agricultura e o tratamento dado às lutas populares se resumiu à repressão e à criminalização. Não houve novas desapropriações para fins de Reforma Agrária e os assentamentos existentes foram abandonados. Em alguns estados, o governo estadual fez uso da desapropriação por utilidade pública, que indeniza os proprietários em dinheiro, e de terras públicas estaduais para assentar famílias sem-terra (FILIPPI, 2005; MEDEIROS, 2004; PEREIRA e ALENTEJANO, 2014).

O MST se prepara para enfrentar o esforço feito pela repressão para cortar o apoio da sociedade e isolar o movimento. Os sem-terra reconhecem a luta e o movimento como seus e a palavra de ordem “Ocupar, Resistir e Produzir” ganha corpo. Os acampados discutem a resistência como única forma de garantir as conquistas e os assentados investem na organização da produção. É preciso dar uma resposta produtiva mostrando à sociedade que a reforma agrária dá certo (SILVA, 2004, p. 64).

Neste período, o MST estava organizado em associações, tendo criado pequenas agroindústrias e adquirido maquinários, além de já comercializarem seus produtos. Também criaram cooperativas de produção agropecuária e de prestação de serviços. Frente a esta organização do Movimento, conquistaram o primeiro crédito especial para a Reforma Agrária (Programa de Crédito Especial para Reforma Agrária – PROCERA) e o Sistema Cooperativista dos Assentados – SCA, que deu origem à Confederação das Cooperativas de Reforma Agrária do Brasil – CONCRAB, importante para a organização da produção e do trabalho coletivo em âmbito nacional. Outro aspecto, desse período, se refere à realização das jornadas nacionais de luta, na perspectiva de socializar/denunciar a violência do estado, desenvolvendo manifestações, mobilizações conjuntas com outras categorias de trabalhadores

(FERNANDES, 1999/2000; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Após o impeachment do presidente Fernando Collor de Mello, assume seu vice, Itamar Franco (1992-95), que imprimiu uma nova forma de tratamento aos movimentos sociais do campo. O presidente se reúne com representantes do MST, reconhecendo a organização como um interlocutor legítimo da luta pela Reforma Agrária no país. E com a aprovação da Lei Agrária, em maio de 1993, novas desapropriações foram sendo realizadas e o tema da Reforma Agrária volta para a agenda governamental. Porém, por pressões políticas, dentro e fora do governo, as execuções das desapropriações foram desenvolvidas de maneira lenta. Neste mesmo ano de 1993, o MST se insere na fundação da Via Campesina (FILIPPI, 2005; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016; PEREIRA e ALENTEJANO, 2014).

A Via Campesina é um movimento internacional que coordena organizações camponesas de pequenos e médios agricultores, trabalhadores agrícolas, mulheres rurais e comunidades indígenas da Ásia, África, América e Europa. Originou-se em abril de 1992, quando vários dirigentes camponeses da América Central, da América do Norte e da Europa reuniram-se em Manágua, Nicarágua no contexto do Congresso da União Nacional de Agricultores e Pecuáristas. Em maio de 1993, foi realizado a Primeira Conferência da Via Campesina em Mons, na Bélgica, durante a qual foi constituída como organização mundial e foram definidas as primeiras linhas estratégicas de trabalho, bem como suas estruturas (SEMINOTTI, 2010, p. 167).

Com o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a política neoliberal, anteriormente iniciada pelo presidente Collor, foi expandida, desencadeando uma série de problemas sociais no país. No primeiro mandato, de 1995 a 1998, o aumento do número de ocupações de terra e de conflitos, os Massacres de sem-terra em Corumbiara/Rondônia, em agosto de 1995, e em Eldorado de Carajás no Pará, em abril de 1996, aliado a Marcha Nacional por Reforma Agrária, Emprego e Justiça, promovida pelo MST e que chegou em Brasília, em 17 de abril de 1997, demonstraram a urgência de se inserir a problemática da Reforma Agrária na pauta de prioridades do governo e inserindo o MST no centro do debate político (FERNANDES, 1999; FILIPPI, 2005; PEREIRA e ALENTEJANO, 2014).

A Marcha Nacional ganhou um simbolismo maior do que o próprio Movimento Sem Terra. O governo Fernando Henrique havia combatido os trabalhadores e seus sindicatos, com a greve dos Petroleiros, em que tanques do exército foram colocados para enfrentar os trabalhadores. Com a Marcha, o MST representava naquele momento, não apenas os trabalhadores sem terras, mas o conjunto da classe trabalhadora brasileira que foi ao encontro da chegada da Marcha. A Marcha Nacional colocou o Movimento Sem Terra como uma das principais forças sociais do nosso país, ganhando respeito internacional. Pressionado, o

governo se viu obrigado a criar o Ministério do Desenvolvimento Agrário e tomar medidas políticas em benefício das famílias acampadas e assentadas, como a criação do Programa Nacional de Educação para a Reforma Agrária – PRONERA (MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016, p. 49).

Ainda em 1995, considerando o cenário vivenciado durante o governo Collor que favoreceu a organização do Movimento, foram criados diversos coletivos e setores para assumirem as novas tarefas que surgiram, tais como: educação nos assentamentos e acampamentos, a discussão da comunicação popular, a participação das mulheres. Neste contexto, realizou-se o III Congresso Nacional, com 5.226 delegados de 22 estados, com o lema: “Reforma Agrária, uma luta de todos”, na perspectiva de demonstrar à sociedade que a Reforma Agrária beneficiava camponeses e trabalhadores urbanos, aumentando a produção de alimentos e baixando o custo de vida nas cidades (FERNANDES, 1999/2000; MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016).

No entanto, a resposta do governo Fernando Henrique Cardoso foi o uso da violência, seguindo a mesma linha de outros governos que desenvolviam a gestão alinhada ao latifúndio, tornando a Reforma Agrária uma política compensatória, com a implantação de assentamentos rurais, de acordo com a territorialização da luta pela terra e reforma agrária e, também, com a regularização das terras de posseiros nas áreas de fronteira da Amazônia. Em relação ao segundo mandato, de 1999 a 2002, o presidente mudou de estratégia e desenvolveu uma política agrária repressora, de criminalização da luta pela terra e de desenvolvimento de uma política de mercantilização da terra (SILVA, 2004; GIRARDI e FERNANDES, 2008; FERNANDES, 2008).

Em 2001, por meio de medidas provisórias, determinou o não assentamento de famílias que participassem de ocupações de terra, a não vistoria das terras ocupadas por dois anos, quando ocupadas uma vez, e por quatro anos, quando ocupada mais de uma vez. Criou um cadastro nos Correios das famílias interessadas em serem beneficiadas pela política de assentamentos rurais; implantou o Banco da Terra, para o desenvolvimento da política de crédito para compra de terras e a criação de assentamentos e, também, cortou as verbas para a política de educação nos assentamentos (GIRARDI e FERNANDES, 2008; FERNANDES, 2008).

Ainda destruiu a política de crédito especial para a reforma agrária, criada durante o governo Sarney, e a política de assistência técnica, trazendo prejuízos para as famílias assentadas e intensificando o empobrecimento destas famílias. De 1999 a 2002, o MST e outros movimentos camponeses experimentaram um enorme refluxo do processo de luta pela terra, sendo o primeiro vivido durante o governo Collor, quando a Polícia Federal invadiu várias secretarias e prendeu diversas lideranças do MST em todo o país (GIRARDI e FERNANDES, 2008; FERNANDES, 2008).

Desta forma, a política desenvolvida por Fernando Henrique Cardoso foi caracterizada como de “entrega” da economia brasileira para o Capital Financeiro Internacional, aumentando assim os poderes e os lucros de bancos internacionais e também das grandes empresas multinacionais, por meio da privatização e de taxas de juros. Essa política aplicada na agricultura deu origem ao Agronegócio, que, a partir de 2000, passou a investir na produção de sementes transgênicas, agrotóxicos,

monocultura e acumulação de terras, avançando no controle da agricultura e dos camponeses no país (NEVES, 2004; FERNANDES, 1999/2000; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

O agronegócio é a aliança entre os latifundiários, empresas multinacionais e bancos, que passaram a comprar terras, agroindústrias e empresas agrícolas. O primeiro objetivo do agronegócio é controlar toda a cadeia produtiva da semente ao produto industrializado. Desta forma, controlam a agricultura desde a produção até a comercialização. O segundo objetivo é produzir as chamadas commodities, produtos que são aceitos no mercado mundial. Com isso organizam a agricultura não para as necessidades do povo brasileiro, mas para o que possa dar mais lucro no exterior. A consequência deste modelo é o aumento da concentração de terras e as desigualdades no campo (MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016, p. 52).

Neste contexto, o MST realiza o 4º Congresso Nacional, no ano de 2000, tendo como lema: “Reforma Agrária: Por um Brasil sem Latifúndio”, contando com a presença de mais de 11 mil militantes, vindos de 23 estados. Entre eles, também estavam 107 estrangeiros, representando 45 organizações, de 25 países. Outro aspecto desse Congresso foi a organização da Ciranda Infantil, na qual 90 educadores do Movimento realizaram atividades recreativas e educacionais com 200 crianças, chamadas de sem terrinhas. Mesmo com a realização do Congresso, o agronegócio, por toda a aliança que o sustenta, seguiu avançando. Nesse contexto, os assentamentos e comunidades tradicionais representam, para o agronegócio, o atraso na forma de produção, porque não atendem à demanda do capitalismo, ou seja, não produzem monocultura em larga escala apoiados em agroquímicos (NEVES, 2004; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Neste sentido, compreende-se que a elaboração e implementação de políticas públicas pelo Estado depende de um jogo de interesses, da correlação de forças existentes entre movimentos sociais, capital e mercado. Quem apresenta maior força política em um determinado momento histórico define o rumo das políticas. Por conta disso, com o governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011), as expectativas em relação à redução das desigualdades, resgate e garantia da cidadania e o desenvolvimento da Reforma Agrária aumentaram. Todavia, nem mesmo esse governo conseguiu estabelecer políticas de contenção do agronegócio. Mesmo porque seu governo era constituído por apoiadores da Reforma Agrária e por representantes do agronegócio (FERNANDES, MEDEIROS e PAULINO, 2009; SEMINOTTI, 2010).

Quando Lula fora eleito em 2002, haviam 60 mil famílias acampadas. A possibilidade de que a reforma agrária saísse do papel mobilizou milhares de pessoas e em poucos o número de famílias acampadas saltou para 162 mil. Porém, o governo frustrou as expectativas históricas dos trabalhadores Sem Terras e não

atingiu a meta proposta pelo MST de assentar todas as famílias acampadas (MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016, p. 56)

Em novembro de 2003, durante a Conferência da Terra, é apresentado o II Plano Nacional de Reforma Agrária - PNRA, no qual se reforçava a importância do meio rural tornar-se um espaço gerador de paz, produção e justiça social, sendo a Reforma Agrária considerada como a ação estruturante para esse processo e, portanto, promotora do desenvolvimento sustentável do país. O documento ainda previa a democratização do acesso à terra e o fortalecimento da agricultura familiar e camponesa, nas bases do desenvolvimento territorial sustentável, em um modelo agrícola que contemplasse as especificidades e demandas de cada região. Outros programas na esfera econômica, política, social e ambiental foram sendo criados, com a finalidade de apoiar as políticas voltadas à estrutura agrária do Brasil, tais como: ampliação do Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária – PRONERA e a Lei de Assistência Técnica e Extensão Rural – ATER, que passou a vigorar a partir de janeiro de 2010 (FERNANDES, 2008; DINIZ, 2010; SANTOS, 2011).

A reforma agrária é necessidade historicamente defendida para a resolução dos problemas agrários no Brasil. Nos sucessivos governos deste período, as ações de reforma agrária no Brasil têm sido baseadas principalmente nas políticas de criação de assentamentos rurais e de concessão de crédito aos camponeses. Partimos do princípio de que uma reforma agrária completa no Brasil deve, simultaneamente, reformar a estrutura fundiária do país, possibilitar o acesso dos camponeses à terra e fornecer-lhes condições básicas de vida e produção. Neste sentido, o II PNRA (Plano Nacional de Reforma Agrária) avançou ao apresentar uma compreensão ampliada de reforma agrária. Porém, a execução do plano tem apresentado uma reforma conservadora da estrutura fundiária através da criação de assentamentos rurais. Consideramos que houve uma reforma agrária conservadora, pois, a forma como é conduzida a política de assentamentos conserva a estrutura das regiões de ocupação consolidada, isto é, centro-sul e Nordeste, de forma que o cumprimento dos princípios constitucionais é muito restrito (GIRARDI; FERNANDES, 2008, p. 78).

Frente a esta conjuntura, em 2005, o MST, na perspectiva de trazer à tona/retomar/revitalizar o debate e diálogo com a sociedade sobre a necessidade da Reforma Agrária, realiza a Marcha Nacional pela Reforma Agrária. Esta foi uma das maiores organizadas pelo Movimento e envolveu os setores da educação, cultura, saúde, alimentação, entre outros, para viabilizar a participação de cerca de 12 mil pessoas, que percorreram aproximadamente 200 Km, desde Goiânia até Brasília. Saíram no dia 02 de maio e chegaram em 17 de maio. Ainda em 2005, é criada a Escola Nacional Florestan Fernandes - ENFF, espaço criado não só para a formação dos trabalhadores rurais Sem Terra, mas para as demais classes trabalhadoras bra-

sileira e internacional. Nesse espaço ocorrem cursos que visam o aprofundamento de estudos, troca de experiências e ideias entre os diferentes participantes, fortalecendo assim o sentimento internacionalista e humanitário (MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016).

Outro elemento deste período é o fortalecimento da organização das Mulheres Sem Terra, que, além de aprofundarem os estudos sobre gênero no âmbito do Movimento, realizaram grandes mobilizações contra o agronegócio, como a ocupação da Aracruz, em 2006, e das usinas de cana-de-açúcar em todo o país, transformando o dia 08 de março em uma importante data de luta pela Reforma Agrária. Neste sentido, a participação das mulheres nos diferentes espaços da luta pela terra viabiliza que elas possam expressar as suas opiniões, compartilhar experiências e se reconhecer como sujeitos históricos desse processo de luta (SCHWENDLER, 2009; MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016).

Ao mesmo tempo que a mulher participa com o homem como membro de uma classe social, que se coloca em luta pela sobrevivência para exigir o direito à terra e ao trabalho, descobre que precisa lutar também pelo direito à educação, saúde e créditos; que a luta é pela reforma agrária, por um projeto de transformação social. Nesse processo, ela se descobre, também, como sujeito que esteve historicamente excluído, sem direitos e sem lei que a proteja ou defenda (SCHWENDLER, 2009, p. 216).

É neste contexto organizacional e de luta que o MST realiza o 5º Congresso Nacional, em Brasília, no ano de 2007, cujo lema foi “Reforma Agrária, por justiça social e soberania popular”. Sendo reconhecido como o maior congresso camponês da América Latina, reuniu cerca de 17.500 trabalhadoras e trabalhadores rurais Sem Terra, dos 24 estados do Brasil. Neste evento foi produzida uma carta, na qual todos se comprometiam a seguir mobilizados e organizando a população para lutarem por seus direitos e contra a desigualdade e as injustiças sociais. Para tanto, a Reforma Agrária foi considerada a alternativa para as soluções dos problemas sociais do Brasil, tais como a fome, o desemprego, a violência e todo o processo de exclusão econômica e social (MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016; MST, 2018).

No entanto, o governo Lula, em seu segundo mandato, promove um forte apoio ao agronegócio, por meio da adoção de medidas que contribuíram para o avanço das terras agricultáveis do país, deslocamento da fronteira agrícola e da solidificação de um modelo de desenvolvimento pautado na monocultura, produção de commodities, nas grandes extensões de terra, nas práticas predatórias dos recursos naturais e na reprodução ampliada do capital no campo. O agronegócio se fortalece, e passa a ser cada vez mais desenvolvido pelas grandes corporações e empresas nacionais e estrangeiras, de diversos setores, atraídas pelas condições favoráveis proporcionadas pelos elevados subsídios agrícolas (GIRARDI e FERNANDES, 2008; SANTOS, 2011).

Contudo, também é visível que o campo brasileiro continua enfrentando uma série de problemas gerados pelas consequências de um modelo de desenvolvimento pautado nos interesses do grande capital, nacional e estrangeiro, e no latifúndio.

Essa realidade frustra muitos movimentos sociais e todos aqueles que tinham expectativas positivas em relação aos mandatos do governo Lula. Diante desse contexto, os movimentos sociais buscaram se fortalecer por meio da construção de alianças com outras forças sociais, econômicas e políticas, na luta pela ampliação de seus direitos (GIRARDI e FERNANDES, 2008; SANTOS, 2011; SEMINOTTI, 2010).

Em seu discurso de posse, a presidente Dilma Rousseff (2011-2016) destacou que a prioridade do governo seria a erradicação da pobreza extrema no país. No entanto, não houve menção alguma em relação à Reforma Agrária, tendo em vista que esta poderia ser uma das estratégias capazes de contribuir para acabar com a pobreza. A atenção do governo Dilma foi de viabilizar melhorias nos assentamentos já implantados, reforçando a importância da qualidade dos assentamentos em detrimento da quantidade (SOUZA-ESQUERDO; BERGAMASCO, 2011).

Com o avanço do agronegócio, o MST percebeu que:

[...] havia mudado a natureza da luta pela terra e pela reforma agrária. Agora, mais do que nunca, a luta pela reforma agrária implica em enfrentamentos com o capital, e seu modelo de agricultura, em disputas pelas terras e pelo território. E, se ampliam para as disputas sobre o controle das sementes, da agroindústria, da tecnologia, dos bens da natureza, da biodiversidade, das águas e das florestas (MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016, p. 66).

Neste sentido, realiza-se o 6º Congresso Nacional do MST, em Brasília, no mês de fevereiro de 2014, com o lema: “Lutar, Construir Reforma Agrária Popular!”, que representava a síntese das tarefas, desafios e do papel do Movimento nesse período histórico que se iniciava. Cerca de 16 mil pessoas oriundas de 23 estados do Brasil, mais o Distrito Federal, além de cerca de 1.000 crianças Sem Terrinha, participaram das atividades propostas no Congresso. Emerge, portanto, a necessidade de se defender um novo projeto de reforma agrária, que seja popular. (MAZIN, ESTEVAM e STEDILE, 2016; MST, 2018).

Neste contexto, a construção de uma Reforma Agrária Popular significa adotar um novo modelo de produção, baseado no manejo racional do meio ambiente, a agroecologia, com uso de técnicas que garantam a sua produtividade, diminuindo a penosidade do trabalho agrícola, mas respeitando a saúde do camponês e do trabalhador urbano que consome os alimentos, fortalecendo a organização, a produção e a participação dos assentamentos (MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016).

Nesse sentido, fica evidente que não basta ser uma reforma agrária clássica, que apenas divida a propriedade da terra e integre os camponeses como fornecedores de matéria-prima e alimentos para a área urbana-industrial. Portanto, a Reforma Agrária Popular defendida pelo MST sustenta-se na defesa da soberania, no respeito e no combate à mercantilização dos bens da natureza e na produção de alimentos saudáveis para alimentar a população. Por isso, pressupõe a aliança dos camponeses, trabalhadores urbanos e rurais, acumulando forças para produzir as mudanças necessárias no campo e no conjunto da sociedade (MAZIN; ESTEVAM; STEDILE, 2016).

Neste contexto, Santos (2015) refere que:

O agronegócio tem força política – basta ver a bancada ruralista – que se repercute em força econômica, de que são exemplos os generosos financiamentos que recebem. E essa dupla força garante a impunidade da violência que provoca no campo, sempre que alguém se põe no seu caminho. A luta pelos direitos humanos nas primeiras décadas do século XXI enfrenta novas formas de autoritarismo que convivem confortavelmente com regimes democráticos. São formas de fascismo social, como as tenho designado no meu trabalho. Se a voracidade de recursos naturais e de terra desse modelo de desenvolvimento continuar a influenciar os Estados e governos democráticos para, por um lado, fazer tábua rasa dos direitos de cidadania e humanos, incluindo os que estão consagrados pelo direito internacional e, por outro, para reprimir brutal e impunemente todos aqueles que ousam resistir-lhe, é possível que estejamos ante uma nova forma de fascismo social, o fascismo desenvolvimentista (SANTOS, 2015, p. 202).

O autor destaca que a luta contra o fascismo desenvolvimentista compreende uma forte dimensão civilizatória, desencadeando, entre outras coisas, novas gerações de direitos fundamentais:

[...] o direito à terra como condição de vida digna e, portanto, um direito muito para além do direito à reforma agrária; o direito à água; os direitos da natureza; direito à soberania alimentar; o direito à diversidade cultural; o direito à saúde coletiva. No seu conjunto, esses direitos configuram uma mudança civilizatória, que normalmente invoca temporalidades de longa duração, tem de ser lutada com um sentido de urgência que aponta para tempos curtos, para os tempos de impedir uma população de cometer suicídio coletivo, de proteger um líder ambiental indígena ou quilombola das ameaças contra a sua vida, de prevenir eficazmente e punir exemplarmente a violência ilegal contra as populações indefesas, ou de pôr fim ao envenenamento por agrotóxicos, tanto de produtores como de consumidores. O futuro nunca esteve tão colado ao presente. Nada pode ser reclamado em nome do futuro que não tenha um nome e um sentido para os que vivem hoje e podem não estar vivos amanhã (SANTOS, 2015, p. 202).

Com o impeachment da presidenta Dilma e com os governos subsequentes, 2016 em diante, várias medidas vêm sendo formuladas e desenvolvidas no sentido de enfraquecer a luta pela terra e pela Reforma Agrária no país. Assim, a luta pela terra e pela Reforma Agrária no Brasil continua, num movimento que não está ligado

somente à democratização do acesso à terra, mas também à busca por melhores condições de vida. Esse movimento volta-se, dessa forma, para a construção de um novo modelo de desenvolvimento rural sustentável, que viabilize o enfrentamento e a diminuição da violência dos conflitos sociais no campo, do êxodo rural e da desigualdade social, tendo como eixo a promoção da agricultura familiar. Para isso, uma nova forma de relação entre Estado e sociedade necessita ser construída, pautada na igualdade e no respeito.

1.4

PRINCIPAIS AUTORES SOBRE QUESTÃO AGRÁRIA: CLÁSSICOS E CONTEMPORÂNEOS

Os diversos estudiosos do tema da questão agrária podem ser agrupados da seguinte forma:

- Autores clássicos
- Autores contemporâneos

Salienta-se que, na atualidade, as interpretações passaram a ser mais diversificadas e polarizadas, inclusive com alguns negando a existência de uma questão Agrária no país e, portanto, não vendo a necessidade de uma Reforma Agrária.

O quadro abaixo apresenta os principais autores que tratam da questão agrária:

QUADRO 02 – Síntese dos principais autores do debate agrário.

AUTORES CLÁSSICOS	
Karl Kautsky	“A agricultura não se desenvolve segundo o mesmo processo da indústria. Ela segue leis próprias. Mas isto absolutamente não quer dizer que a evolução da agricultura se coloque em oposição à da indústria e que ambas sejam inconciliáveis. Ao contrário, julgamo-nos com elementos para demonstrar que ambas tendem para o mesmo fim, uma vez que não as isolemos uma da outra, e as consideremos como partes de um mesmo progresso de conjunto” (KAUTSKY, 1980, p 27-28).
Alexander V. Chayanov	As produções feitas em moldes camponeses e a agricultura familiar não estavam dentro da lógica capitalista, logo, estariam preservadas das relações produtivas que são determinadas pelo capital e não seguiam as leis gerais da acumulação capitalista. A exploração capitalista era dimensionada a partir dos meios de produção, mais precisamente da terra disponível, sendo que as demais condições de produção deveriam a ela se adequar. Nas unidades camponesas ocorreria o inverso, pois tinham que organizar-se a partir da força de trabalho disponível e do número de consumidores integrantes da família, sendo essas duas variáveis a dimensionar o volume da atividade produtiva. A inserção no mercado de trabalho, que para Kautsky seria sinônimo de proletarização, foi interpretada como recurso para a manutenção da condição camponesa, pois os mesmos eram desprovidos da variável terra.

AUTORES CONTEMPORÂNEOS BRASILEIROS

Caio Prado Júnior	“A situação no Brasil se apresenta de forma distinta, pois na base e origem de nossa estrutura e organização agrária não encontramos, tal como na Europa, uma economia camponesa, e sim a mesma grande exploração rural que se perpetuou desde início da colonização brasileira até nossos dias, e se adaptou ao sistema capitalista de produção através de um processo ainda em pleno desenvolvimento e não inteiramente completada (sabre tudo naquilo que mais interessa ao trabalhador) de substituição do trabalho escravo pelo trabalho juridicamente livre” (PRADO JR., 1981, p. 158).
José de Souza Martins	“Agora o espaço do camponês passa a ser um e o espaço do fazendeiro passa a ser outro. Em segundo lugar porque as modificações no regime fundiário abrem caminho para um novo campesinato que cada vez mais terá menos que ver com o velho campesinato de posseiros e agregados. Trata-se de um campesinato de pequenos proprietários, um campesinato de homens livres, compradores de terra, cuja existência é mediatizada por uma terra já convertida em mercadoria” (MARTINS, 1981, p. 43).

FONTE: ADAPTADO DE DELGADO (2012).

A transformação do conflito agrário em potencial ou explícito em uma questão agrária nacional ainda não amadureceu politicamente (DELGADO, 2012). Nesse sentido, ainda serão certamente temas recorrentes em várias agendas setoriais – saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, etc.

ATIVIDADES DE REFLEXÃO OU FIXAÇÃO

1. Qual a diferença entre questão agrária e questão agrícola? Por que é necessário conhecer esses conceitos?

2. Qual a diferença entre a luta pela terra e a luta pela Reforma Agrária?

3. Considerando que a desigualdade social no Brasil se encontra historicamente condicionada, e que acompanha a realidade de cada momento ou época histórica, a partir dos estudos propostos nesta Unidade, elabore uma síntese histórica relacionando o debate da questão agrária com a luta pela terra desenvolvida no país.

2

ANÁLISE DA SITUAÇÃO
DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO RURAL

INTRODUÇÃO

Seguindo na nossa caminhada de estudos na disciplina *Terra, Trabalho e Saúde*, iniciamos a Unidade 2 trazendo o seguinte questionamento: por que analisar a situação de saúde da população rural? O entendimento da situação de saúde da população que reside no meio rural nos permite compreender a origem histórica dos principais fatores desencadeantes de certas patologias, bem como identificar as formas de organização social na busca pelo direito à saúde em nosso país e os reflexos dessa no cenário que envolve a educação do campo.

Desta forma, para que possamos encontrar as respostas a esse questionamento, e tendo em vista a importância que este tema tem para as suas futuras atuações como educadores do campo, a Unidade 2 foi dividida em quatro subunidades: Condições de vida e de saúde da população rural; Principais indicadores de saúde presentes no meio rural; Concepção de saúde e doença através dos tempos; e Modelos explicativos do processo saúde-doença. Esses itens, em conjunto, traduzem elementos teóricos essenciais à prática docente.

A intenção com essa divisão é demonstrar que a busca pela solução dos problemas e necessidades de saúde de uma determinada população rural dependerá diretamente da visão que ela detém sobre o seu contexto de vida, bem como sobre a sua compreensão do que seja saúde e doença. Consideramos ainda que, no cenário da saúde, evidenciamos historicamente mudanças conceituais significativas sobre o processo saúde e doença, as quais impactam diretamente sobre o levantamento dos problemas e necessidades sentidas e vividas pelas populações.

Desejamos a todos um ótimo estudo!

2.1

CONDIÇÕES DE VIDA E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL

A realidade rural brasileira é resultado de sua história econômica, política e cultural fundada na concentração de terra, de riqueza, uso dos recursos naturais, escravidão, extermínio de povos indígenas, marginalização de famílias e mulheres camponesas, mas também pelos conflitos e pelas lutas populares de resistência ao modelo. A população rural caracteriza-se, portanto, por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade (DELGADO, 2012).

As populações rurais possuem suas especificidades, seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra e com a água. São grupos que vivem ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, camponesas/es, agricultoras/es familiares, trabalhadoras/es rurais assentadas/os ou acampadas/os, trabalhadoras/es assalariadas/os e temporárias/os e que requerem cuidados que levem em consideração a realidade em que estão inseridos (BRASIL, 2013).

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações, ou seja, pelas condições de vida, indica a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e de saúde destas comunidades e populações (BRASIL, 2013).

Portanto, a saúde pode ser considerada como um campo em constante desenvolvimento e articulação através dos tempos. Esse processo de articulação possibilita a partilha de diferentes conhecimentos, ampliando a compreensão das diversas crises econômicas e sociais, bem como seus respectivos impactos para a saúde da população, reforçando a necessidade do desenvolvimento das práticas articuladas, intersetoriais e emancipatórias de saúde na busca pela equidade e justiça social (BRASIL, 2013).

2.2

PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE PRESENTES NO MEIO RURAL

Os indicadores constituem importantes instrumentos para planejar e avaliar, com mais objetividade, uma determinada ação de saúde, porque eles fornecem aos profissionais, informações sobre o que pode ser considerado como problema de saúde numa determinada comunidade. Mas, no Brasil, analisar os indicadores de saúde tem sido um grande desafio, pois, além de possuir grande dimensão territorial, o país apresenta regiões com características muito diversas entre si (MELO; CUNHA, 1999, p. 18).

Para além dos indicadores relacionados à morbidade e mortalidade, Delgado (2012) refere que existem outros a serem observados no meio rural, tais como: a estrutura fundiária, o saneamento básico, a saúde dos trabalhadores, a violência e o uso de agrotóxicos. Dentre estes, optamos por aprofundar o debate sobre o uso dos agrotóxicos e as repercussões para a saúde das populações rurais, tendo em vista o impacto gerado para as populações.

Assim, a utilização dos agrotóxicos no meio rural brasileiro, de acordo com Siqueira e Kruse (2008), tem trazido uma série de consequências, tanto para o ambiente quanto para a saúde das populações. Essas consequências são condicionadas, geralmente, por fatores relacionados ao uso inadequado dessa substância, à pressão exercida pela indústria e pelo comércio para esta utilização, à alta toxicidade de certos produtos e à precariedade dos mecanismos de vigilância ambiental.

Por conta disso, os efeitos do uso de agrotóxicos para a saúde humana têm sido objeto de pesquisa para diversos estudos, tais como os de Carvalho et al. (1990), Santos Filho (1993) e Cavaliere et al. (1996). Muitos deles buscam retratar/detectar a presença dessas substâncias químicas em nosso organismo e em resíduos presentes nos alimentos que consumimos, apontando assim a possibilidade de ocorrência de diversas anomalias congênitas, de câncer, de doenças mentais, de disfunções na reprodução humana, entre outros problemas.

Neste sentido, o estudo desenvolvido por Peres et al. (2001), que trata da comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos na região do Estado do Rio de Janeiro, demonstrou que o histórico de desinformação, a linguagem técnica empregada em ações educativas e de treinamento, a pressão da indústria/comércio, a legitimação de necessidades para a venda desses produtos resulta num processo frágil de comunicação. Isso impossibilita, na maioria das vezes, a apropriação do conhecimento por parte do trabalhador rural.

Porém, Ribeiro e Camello (2014) salientam que, quando surgem casos de intoxicações, contaminações, ou se encontram resíduos tóxicos de pesticidas nos alimentos, os parâmetros estabelecidos cientificamente servem, em muitos casos,

para atribuir a culpa destes problemas não aos cientistas, nem ao Estado, nem às empresas, mas aos próprios agricultores, que estariam utilizando de forma inadequada o insumo, por falta de conhecimento, por negligência ou por irracionalidade, ocasionando acidentes.

No entanto, os autores reforçam que esta argumentação representa o outro lado do consenso científico sobre os riscos, que encontra um terreno propício para ser aceito na alta divisão do trabalho, entre pesquisa, produção, difusão, venda e uso de agrotóxicos, pois provoca a diluição social dos efeitos, sem que a responsabilidade dos problemas seja assumida apenas pelos agricultores.

Na esteira deste debate, Soares e Porto (2012) referem que a sociedade, em especial, as populações mais atingidas pelo uso dos agrotóxicos, seriam beneficiadas se os riscos de intoxicações associadas ao atual modelo de produção agrícola fossem reconhecidos e eliminados. Para que isso ocorra, alertam sobre a necessidade da implementação de políticas públicas e ações integradas envolvendo os campos da economia, da saúde pública, da agronomia, do meio ambiente, da educação e da ciência e tecnologia, dentre outros, promovendo um trabalho intersetorial.

De acordo com Carneiro et al. (2015), ainda existem muitas lacunas de conhecimento quando se trata de avaliar a exposição da população aos agrotóxicos e os possíveis impactos sobre a sua saúde. Ressaltam que a maioria dos modelos avaliativos de risco serve para analisar apenas a exposição a um princípio ativo ou produto formulado. Por isso, alertam sobre a importância de se desenvolver estudos que considerem a exposição das populações às misturas de produtos tóxicos, levando em conta as diferentes formas de penetração no organismo destas substâncias.

Neste contexto, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, por intermédio de seus associados e em seus congressos, foi convocada a se posicionar diante da questão dos agrotóxicos, de forma a cumprir sua missão de contribuir para o enfrentamento dos problemas de saúde pública da sociedade brasileira. A Associação elaborou um dossiê com o objetivo de fazer um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde das populações, pois, desde 2008, o Brasil tem ocupado o lugar de maior consumidor de agrotóxicos do mundo (Carneiro et al., 2015).

Esse documento elaborado pela ABRASCO corrobora os fortes impactos que o uso de agrotóxicos gera para a saúde pública e coletiva, atingindo diversos territórios e grupos populacionais, tais como trabalhadores de diferentes ramos de atividades, moradores do entorno de fábricas e fazendas, pessoas que consomem alimentos contaminados, entre outros.

Desta forma, Albuquerque e Silva (2014) reforçam que, para haver mudanças nas práticas, há a necessidade de compreendermos a saúde em outro contexto, a partir da produção social e das condições de sua plena realização. Assim, a determinação do processo saúde-doença se faz pela análise do modo de produção, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais estabelecidas. Esse conceito amplo e político de saúde precisa ser efetivado na prática cotidiana desenvolvida pelas equipes de saúde.

2.3

CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA ATRAVÉS DOS TEMPOS

Compreender que existiriam mudanças conceituais em relação à saúde e doença nos permitirá analisar o quanto esses conceitos influenciaram e influenciam no comportamento e atitudes das populações e que se traduzem nas demandas levantadas por elas em relação ao que seja problema ou necessidade de saúde para as comunidades.

Os estados de saúde e doença são, portanto, historicamente condicionados, ocorrem na vida das pessoas de forma dinâmica, acompanhando a realidade de cada tempo histórico. Desta forma, abaixo apresentaremos de maneira didática as principais concepções de saúde e doença encontradas através dos tempos e que influenciam o pensamento das populações, destacando que os tempos históricos não são estanques.

De acordo com Melo e Cunha (1999):

O conceito de saúde, além de complexo, é bastante amplo e diversificado. Afinal, a saúde tem a ver com um organismo por natureza dinâmico e, portanto, sujeito a mudanças. E isso se deve, principalmente, à influência que o organismo sofre de inúmeros fatores externos, como o próprio momento histórico e as diferenças culturais existentes entre os povos (MELO; CUNHA, 1999, p. 9).

Os mesmos autores referem que nas comunidades primitivas não se tinha um conceito de saúde formulado, mas sim de doença. Neste período, tanto a doença quanto os acidentes eram atribuídos a fatores sobrenaturais, à ira dos deuses ou aos poderes espirituais, cujo tratamento era de responsabilidade do pajé, sacerdote ou feiticeiro.

Ao longo da história, evidencia-se que há uma necessidade de se entender as causas das doenças e diversas explicações vão surgindo. No século XVII, destaca-se a visão mecanicista do universo, expressa pelo filósofo, físico e matemático francês René Descartes, a qual influenciou as explicações sobre o binômio saúde-doença e, conseqüentemente, o pensamento médico.

Como o universo funcionaria como uma grande máquina, esse princípio se transpôs para o corpo humano, que passou a ser visto como o mecanismo de um relógio, composto por peças que funcionavam para manter em ordem uma grande engrenagem. A doença, portanto, era atribuída ao mau funcionamento dessas peças, de parte da máquina humana. Quando a peça defeituosa fosse identificada, bastava consertá-la ou trocá-la, para que todo o maquinismo voltasse a funcionar em perfeito equilíbrio. A morte representaria a total impossibilidade de conserto

(MELO; CUNHA, 1999).

Neste contexto, mente e corpo são separados e distintos, perdendo a visão do funcionamento integral do corpo humano. E para solucionar os problemas das partes do corpo humano, a ciência e a tecnologia passaram a desenvolver métodos de investigação de conserto ou retiradas dessas partes. Os estudos da microbiologia contribuíram para explicar uma série de doenças; porém, outras, que não podiam ser constatadas por microscópio, foram identificadas por meio de demais inventos, como o aparelho de pressão, raio X, etc. A saúde, portanto, era considerada ausência da doença biológica.

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde – OMS, agência ligada à Organização das Nações Unidas – ONU, apresentou um conceito que contribuiu significativamente para superar o pensamento mecanicista. Conforme a OMS, a saúde passa a ser compreendida como um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência da doença biológica. Apesar de representar um avanço no campo das explicações sobre o binômio saúde-doença, este foi considerado por muitos como amplo demais (CNM, 2008).

A partir da década de 1970, os fatores sociais passaram a configurar nos debates sobre saúde e doença. Segundo Melo e Cunha (1999):

A favor da tese de que a doença é também um fenômeno social, pesquisas realizadas nas três últimas décadas, em especial na América Latina, indicaram que a forma de adoecer, assim como os tipos de doença, variava em função da diferença de renda e outros indicadores sociais (tipo de emprego, moradia, educação, etc) (MELO; CUNHA, 1999, p. 15).

Neste sentido, ficou entendido que a saúde e a doença não eram uma questão ou problema exclusivo da área da saúde, mas de todos os setores da sociedade. Em 1978, a OMS promoveu a I Conferência de Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, na Rússia, na qual foram debatidas medidas para promover a saúde dos povos do mundo. Nesse evento, ficou acordada a meta “Saúde para todos no ano 2000”, mediante a implantação de estratégias que favorecessem a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

No Brasil, influenciados pelo cenário internacional, foi desencadeada uma série de debates pelo Movimento Sanitário, o que culminou, em 1986, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS. Dentre os temas abordados, estava a redefinição do conceito de saúde. Nesse evento, a saúde passou a ser vinculada diretamente ao direito de cidadania e, em seu sentido mais abrangente, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde.

Segundo Melo e Cunha (1999):

Podemos entender, a partir desse conceito de 1986, que o direito à saúde pressupõe o atendimento às necessidades básicas tanto individuais quanto da coletividade, realizado mediante um

conjunto de políticas governamentais voltadas para a promoção de uma melhor qualidade de vida para todos. Além disso, o exercício da cidadania inclui não só atitudes de solidariedade para se buscar, em conjunto, a superação dos graves problemas existentes no país, mas também a capacidade de entender, criticamente, uma determinada situação e nela intervir, de forma responsável, a fim de modifica-la em benefício da coletividade (MELO; CUNHA, 1999, p. 20).

Neste contexto, essa concepção de saúde sustentou a criação, posteriormente, do Sistema Único de Saúde – SUS. A saúde passa, portanto, a ser considerada como um direito universal e fundamental do ser humano, estando disposta na Constituição Federal de 1988 e na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde - LOS reafirma esse amplo sentido quando ratifica que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, as condições de vida (CNM, 2008).

Portanto, compreender a saúde como um direito significa entendê-la de maneira ampla, política e social, como uma condição fundamental para se viver bem, contribuindo, assim, para a desconstrução de uma compreensão e de uma prática tradicional que a trata somente relacionada ao fator biológico. Da mesma forma, a doença não possui apenas um caráter biológico, mas sim político, econômico, social e cultural.

2.4

MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Como visto anteriormente, as concepções de saúde e doença se modificam através dos tempos, de acordo com os diferentes momentos históricos. Da mesma forma, as explicações sobre o processo saúde-doença se modificam estando diretamente ligadas a estas concepções e que sustentam diferentes formas de organização dos serviços de saúde (modelos de saúde).

Os modelos explicativos do processo saúde-doença refletem, portanto, as formas com que serão organizadas e combinadas, isto é, desenhadas, numa dada sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença. Esse desenho comporta aspectos tecnológicos e aspectos assistenciais. São considerados, desta forma, dois grandes modelos de atenção à saúde: um hegemônico ligado aos pressupostos biomédicos e outro alternativo, relacionado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS (JUNIOR, 1998).

O quadro abaixo apresenta uma síntese desse contexto:

QUADRO 03 – Síntese dos diferentes conceitos.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA	PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	MODELOS DE SAÚDE
Saúde não era conceituada, só a doença que era atribuída à ira dos deuses ou aos poderes espirituais, ligada ao sobrenatural .	Visão alienada/ senso comum mágica, fatalista e religiosa.	
Saúde é a ausência de doença. A doença ocorreria devido ao mau funcionamento da máquina humana .	Visão Biologicista/ mecanicista considera a saúde e a doença como um fenômeno de raiz biológica.	Modelo Hegemônico <ul style="list-style-type: none">- hospitalocêntrico- curativista- medicalizante- individual- especializado- discriminatório- excludente- médico ordenador do processo de trabalho
Saúde é um completo bem-estar físico, mental e social , não meramente a ausência da doença biológica (OMS, 1947).	Visão Sanitarista considera a saúde e a doença como uma disfunção da organização da sociedade, pois seu processo de crescimento produz concentração e grandes massas.	

<p>Saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (VIII CNS, 1986).</p>	<p>Visão Histórico-estrutural considera a saúde e a doença como uma expressão da contradição em que vivem os homens na produção das suas próprias vidas, discute a causa das doenças. Determinantes do processo saúde doença: biológicos, psicossociais, culturais, socioeconômicos e ambientais.</p>	<p>Modelo Alternativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - integralidade da assistência e do indivíduo (<i>visão holística</i>) - universalidade - igualdade - resolutividade - equidade - participação da comunidade - descentralização da gestão - uso de terapias integrativas/alternativas - intersetorial e interdisciplinar
--	---	---

FONTE: ADAPTADO DE MELO E CUNHA (1999).

Portanto, os modelos de saúde, doença e cuidado resultam da história social e são herdados culturalmente, não podendo ser reduzidos à experiência individual, mas envolvem a coletividade, seus valores e costumes, de maneira que quando um indivíduo adoece, toda a família se envolve.



INTERATIVIDADE: Para enriquecer os conhecimentos, recomenda-se assistir o documentário lançado em 2007 chamado “SiCKO: SOS Saúde”, dirigido, produzido e protagonizado por Michael Moore. O documentário retrata o sistema de saúde dos Estados Unidos, comparando-o com os sistemas de saúde universais de países como França, Canadá, Reino Unido e Cuba.

Link: <https://www.youtube.com/watch?v=VoBleMNAwUg>

ATIVIDADES DE REFLEXÃO OU FIXAÇÃO

1. Realize uma entrevista com pessoas de sua convivência e lhes pergunte o que elas compreendem por saúde. A partir das respostas recebidas, faça um paralelo com os conceitos de saúde estudados e, ao final, apresente suas conclusões sobre os resultados encontrados. (Preferencialmente, sugerimos que sejam realizadas entrevistas com pessoas que moram no campo para que possamos conhecer o que pensam sobre saúde)

2. Explique o que você compreende sobre a frase abaixo:

“O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a SAÚDE e a DOENÇA de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores. De acordo com esse conceito, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é um processo complexo que envolve diversos fatores”.

3. Conceitue modelo de atenção à saúde e apresente três características dos modelos de atenção à saúde tradicional e do modelo de atenção à saúde alternativo.

4. Depois de assistirem o documentário Sicko: SOS Saúde, recomendado na Unidade 2, responda as questões abaixo:

- a) Quais os modelos de atenção à saúde são apresentados no filme?
- b) Liste as principais características dos diferentes modelos de atenção à saúde apresentados no filme.
- c) Qual a relação do filme com o contexto da saúde brasileiro? Explique.
- d) Na sua opinião, qual a contribuição do filme para a saúde?

3

HISTÓRIA DA SAÚDE
NO BRASIL

INTRODUÇÃO

Aprofundando um pouco mais os conteúdos e dando continuidade à nossa caminhada de estudos, iniciamos, neste momento, a Unidade 3, da disciplina *Terra, Trabalho e Saúde*, tendo como objetivo principal resgatar e aprofundar alguns momentos importantes da história da saúde no Brasil, na perspectiva de propiciar elementos que possam subsidiar suas futuras atuações como educadores do campo.

Neste sentido, a Reforma Sanitária no país pode ser compreendida como um processo político e social de luta pelo direito à saúde, com origem a partir da atuação do Movimento Sanitário, a partir da década de 1970. Por ser um evento político de forte impacto no campo da saúde, a utilizamos como um demarcador para resgatar a história da saúde no país.

Para isso, dividimos a unidade da seguinte forma: Período anterior à Reforma Sanitária e Período posterior à Reforma Sanitária, tendo na promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde – SUS o marco divisor desse período, considerando que é neste momento que o novo sistema nacional de saúde é criado. O SUS surge com o objetivo principal de garantir e permitir o acesso aos serviços de saúde a toda a população brasileira.

Também, neste capítulo, detalhamos aspectos relacionados ao conceito do SUS, dos princípios e diretrizes que regem o Sistema, bem como apresentamos a principal legislação sustentadora de sua organização e funcionamento. Reforçando que, para a organicidade do SUS, torna-se necessário compreender que seu eixo de sustentação encontra-se na descentralização das ações e serviços de saúde (municipalização da saúde), na integralidade da assistência e do indivíduo e na participação social nos conselhos e conferências de saúde.

Desejamos a todos um ótimo estudo!

3.1

PERÍODO ANTERIOR À REFORMA SANITÁRIA

Anterior ao processo de colonização, nas comunidades indígenas que se encontravam no território brasileiro, o processo de cura das doenças envolvia crenças, rituais e técnicas curativas, desenvolvidas por um integrante da comunidade chamado Xamã, o líder espiritual conhecido também como médico-pajé. Na crença indígena, os poderes dos Xamãs poderiam ser utilizados tanto para curar as doenças quanto para desenvolvê-las, um dos motivos de se atribuir a origem das doenças à magia ou aos maus espíritos. O Xamã faz a intermediação entre o homem e o mundo dos espíritos, utilizando o canto, a reza e remédios de ervas para os rituais de cura. Com o processo de colonização do Brasil, muitas destas comunidades indígenas foram exterminadas em virtudes das doenças e pela violência desencadeada pelos colonizadores (BERTOLLI FILHO, 2008; ANDRADE, MELLO e HOLANDA, 2015)

Neste período, os conflitos entre os indígenas e os colonizadores, as doenças e as dificuldades materiais para sobreviver na colônia eram os principais problemas enfrentados. Para lidar com toda essa situação de doenças, o Conselho Ultramarino português, órgão responsável pela administração das colônias, criou o cargo de físico-mor e cirurgião-mor para cuidar da saúde da população. Porém, a falta de interesse nesses cargos fez com que esses ficassem desocupados por um longo período. As principais razões eram os baixos salários e o medo dos riscos de se viver na colônia (BERTOLLI FILHO, 2008).

Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontraram todo tipo de dificuldade para exercerem a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de se submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias, esses tratamentos em geral enfraqueciam os pacientes e causavam a morte daqueles mais graves. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial, rica ou pobre, preferia utilizar os remédios populares recomendados pelos curandeiros indígenas ou negros (BERTOLLI FILHO, 2008).

Também recorriam aos boticários, um tipo de farmacêutico que recomendava o uso de medicações e aos padres da Companhia de Jesus para tratar da saúde. Porém, em surtos epidêmicos, como foi o caso da varíola, os médicos, boticários, padres e curandeiros pouco podiam fazer para resolver esses problemas. A doença se espalhava dos centros urbanos para os rurais, provocando a morte de muitos índios e negros que trabalhavam nos engenhos de açúcar no Nordeste e na extração de ouro em Minas Gerais (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, houve a preocupação com a criação de instâncias públicas de saúde, com a finalidade de realizar a fiscalização do exercício da medicina, aplicar multas aos que exerciam a medicina sem autorização e garantir a salubridade da Corte. Neste contexto, em 1813 e 1815, foram

criadas as primeiras escolas de medicina no país, no Rio de Janeiro e na Bahia, respectivamente (FINKELMAN, 2002; BERTOLLI FILHO, 2008).

A economia era baseada nos ciclos da cana-de-açúcar, ouro e café e a maioria da população encontrava-se no meio rural. O Rio de Janeiro era conhecido neste período como a “Cidade Pestilenta”, o que comprometia os investimentos estrangeiros na agricultura do país. Por isso, também criaram a Polícia Médica para fiscalizar os portos e o comércio de alimentos na cidade. Pode-se dizer que este foi um primeiro passo da estruturação da saúde pública no Brasil. Mas a assistência à saúde seguia focada no aspecto curativo e ainda continuava sendo privilégio de quem podia pagar por ela. Aos demais, restava buscar alternativas para lutar contra as doenças e a morte (FINKELMAN, 2002; BERTOLLI FILHO, 2008).

A partir da independência do Brasil, em 1822, os assuntos relacionados à saúde passaram a ser de responsabilidade das câmaras municipais. Desenvolvendo uma gestão totalmente descentralizada, cada município buscava a melhor forma de resolver os problemas de saúde das populações, influenciada e controlada pelas classes mais ricas. Várias doenças endêmicas e epidêmicas estavam presentes no país neste período, tais como varíola, malária, peste e febre amarela. E o papel principal dos serviços de saúde era realizar o controle destas enfermidades por meio de medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de doentes e eliminação de vetores (FINKELMAN, 2002; LIMA, 2006; BERTOLLI FILHO, 2008).

É desse período, 1829, a criação da Imperial Academia de Medicina, que servia como um órgão consultivo do imperador nas questões ligadas a saúde pública nacional e da Junta de Higiene Pública, as quais demonstraram ser pouco eficazes para resolver os problemas de saúde apresentados pela população (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com o início do período republicano, os padrões sanitários não eram muito diferentes daqueles vividos no regime escravagista. Porém, quando o Brasil passa a ser o maior exportador de café do mundo, esses padrões modificam-se, e uma atenção maior é dispensada, principalmente nas cidades portuárias, tendo em vista a chegada dos imigrantes e o fluxo das exportações. As preocupações com a saúde em nenhum momento estavam relacionadas às questões de direito social ou de dignidade humana, mas sim aos interesses econômicos das elites, em manter o trabalhador sadio para manutenção da produção. Tem-se aí a estruturação de um primeiro movimento sanitário ou primeira reforma sanitária no país, desenvolvida com vistas a resolver os problemas de saúde que ameaçavam diretamente as relações de produção (FINKELMAN, 2002; BERTOLLI FILHO, 2008).

A primeira República é, então, caracterizada como a Era do Saneamento. Compreendeu um momento de crescimento da consciência das elites em relação à situação sanitária do país e da percepção de que o Estado nacional deveria assumir a responsabilidade pelas questões relativas à saúde. Neste contexto, na perspectiva de combater e controlar as doenças, a atuação dos médicos higienistas/ sanitaristas, especialmente Oswaldo Cruz, ganharam destaque, no sentido da produção de conhecimentos e de intervenções no campo das ações coletivas, principalmente em relação ao saneamento básico, que envolveu não só as cidades portuárias, mas a área rural também (FINKELMAN, 2002; LIMA, 2006; BERTOLLI FILHO, 2008).

As medidas adotadas neste período, especificamente a obrigatoriedade da vaci-

nação contra a varíola, foram gerando uma série de conflitos, que desembocaram, em 1904, em uma das mais conhecidas revoltas populares ocorridas no Brasil: a Revolta da Vacina. Não só a obrigatoriedade da vacinação foi o motivo da Revolta, eles também denunciavam as precárias condições de vida de grande parte da população. Com isso, o governo suspendeu a obrigatoriedade da vacina até a Revolta ser contida (FINKELMAN, 2002; LIMA, 2006; BERTOLLI FILHO, 2008).

Com o foco na saúde dos trabalhadores, mais adiante, na perspectiva da criação de um sistema de proteção específica, tanto para o trabalhador quanto para os seus dependentes econômicos, é aprovada a Lei nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. Essa lei criava as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPS, consideradas como um marco inicial do sistema previdenciário no país. As CAPS eram financiadas pela União, empregados e empregadores e ofereciam aos segurados medicina curativa, medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez e pensão para os dependentes. Os beneficiários eram, em um primeiro momento, os trabalhadores ferroviários e, posteriormente, os marítimos e estivadores. No entanto, as CAPS apresentavam serviços irregulares, possibilitando pouca cobertura aos doentes mais graves (MERCADANTE, 2002; FINKELMAN, 2002).

Neste sentido, em substituição ao sistema fragmentário das CAPs, em 1930, o presidente Getúlio Vargas suspendeu as aposentadorias das Caixas e promoveu uma reestruturação que deu origem aos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs. Com isso, favoreceu as camadas de trabalhadores formais, vinculados aos seus sindicatos, e fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. São eles: os ferroviários, empregados do comércio, bancários, empregados marítimos, estivadores e funcionários públicos. Todos constituíam ligação com o mundo urbano-industrial, que estava em ascensão naquele período. Aqueles IAPs, que tinham recursos financeiros, construíram seus próprios hospitais e introduziram os primeiros serviços médicos particulares contratados pelas empresas, que estavam insatisfeitas com o atendimento dos Institutos (MERCADANTE, 2002; FINKELMAN, 2002; SANTOS, 2013).

Em termos de saúde pública, na década de 1940, são criados os Serviços Nacionais de Combate às Endemias (1941) e a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública - FSESP (1942). O primeiro dizia respeito a uma estratégia de interiorização das atividades de saúde pública direcionadas às áreas rurais, sobretudo naquelas onde se verificavam focos de endemias, evitando a proliferação por intermédio da migração das populações rurais. A FSESP tinha o objetivo de combater a malária e a febre amarela, doenças consideradas um dos maiores problemas nos seringais de borracha, na região amazônica brasileira. Foi o programa mais completo de atenção à saúde associada ao saneamento da história do país. A inovação não era só na proposta de intervenção, mas também na gestão de pessoas. Já se trabalhava com uma equipe multidisciplinar dentro da disponibilidade da época. Organizava-se a partir de unidades denominadas mistas, nas quais se fazia o atendimento básico, primeiro atendimento, urgência-emergência e internações hospitalares (CARVALHO, 2013; SOUZA, 2013).

Após um período de intenso debate, a unificação dos IAPs ocorreu em 1960, com a promulgação da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. A lei estabeleceu a unificação do regime geral da previdência social, com abrangência para todos

os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis de Trabalho – CLT (Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943), excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias que tivessem regimes próprios de previdência (CARNEIRO et al., 2007; SOUZA, 2013).

Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema da previdência, em 1963, devido à forte pressão gerada pela Igreja Católica e pelas Ligas Camponesas, que estavam no auge das suas mobilizações em prol da realização da Reforma Agrária, seguida pelo debate sobre a extensão das políticas trabalhistas e sociais. E, quando foi criado o Estatuto do Trabalhador Rural, em 1963, pelo governo de João Goulart, nele foi incluso o Programa Nacional de Assistência ao Trabalhador Rural – PRÓ-RURAL. Porém, esse programa só foi efetivamente implementado em 1967, mediante a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural – FUNRURAL (CARNEIRO et al., 2007; SOUZA, 2013).

O FUNRURAL tinha uma coordenação centralizada e compreendia um modelo curativo, com enfoque urbano e responsabilidade privada pela execução do serviço. De caráter não universal, era necessário ser sindicalizado para acessar os serviços. O programa tinha convênios com sindicatos rurais de empregadores, trabalhadores e de governos (federal e estaduais). Contemplava o trabalhador rural e seus dependentes, estando entre seus objetivos garantir a assistência médica, ambulatorial e hospitalar para os trabalhadores rurais (PINTO, 1984; CARNEIRO et al., 2007).

Esse programa teve como prioridades a cessão de equipamentos, a construção de unidades hospitalares de pequeno porte, a recuperação de hospitais e a distribuição de unidades móveis de assistência à saúde, tendo o mérito de implantar uma estrutura mínima de saúde para o campo alcançando a interiorização de mão-de-obra. Porém, construiu um sistema desintegrado, com diminuição progressiva dos recursos, escassez de medicamentos e de exames complementares, com distorções na assistência odontológica e restrições ao acesso às hospitalizações (PINTO, 1984; CARNEIRO et al., 2007).

Ainda na gestão do governo de João Goulart, foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde, no final de 1963, com a presença de representantes do governo federal e dos estados e território. Diferente das outras Conferências, significou uma primeira ampliação dos atores participantes dos debates sobre a saúde. A temática expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2013).

Vários estudos foram apresentados e debatidos com a finalidade de criação de um sistema de saúde, que contemplasse a saúde como um direito de todos os cidadãos e que a organização do sistema fosse descentralizada, permitindo um maior protagonismo dos municípios. Com o golpe militar, em março de 1964, a implementação das propostas da Conferência foi inviabilizada, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década de 1970 (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2013).

Durante a ditadura, o governo militar promove a fusão dos IAPs, criando o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, em 1966, que concentra todas as contribuições previdenciárias, incluindo a dos trabalhadores do comércio, da

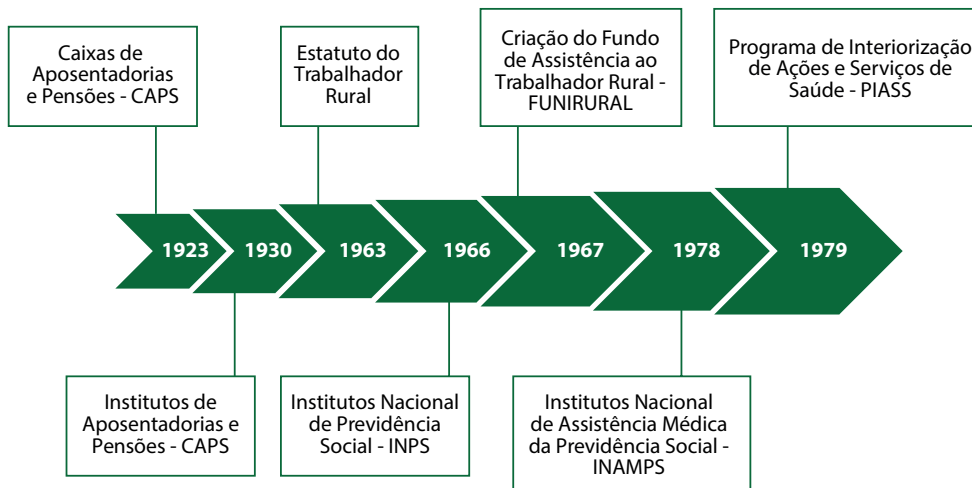
indústria e dos serviços. O governo assume a gestão de todas as aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores do país, com uma arrecadação quase igual à do orçamento nacional. Porém, seu perfil é assistencialista, sem controle das classes assalariadas (COHN; ELIAS, 1996; SANTOS, 2013).

Dois anos após a criação do INPS, o governo anuncia linhas de financiamento a fundo perdido destinado à construção de hospitais particulares para atender os trabalhadores inscritos na Previdência Social. O INPS viabilizou o desenvolvimento do sistema médico-industrial na saúde, que foi se tornando cada vez mais complexo do ponto de vista administrativo e financeiro e desencadeando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, em 1978. O atendimento para os trabalhadores rurais através do FUNRURAL foi ampliado, mas, anos mais tarde, foi extinto, permanecendo apenas a sigla (COHN; ELIAS, 1996; SANTOS, 2013).

Posteriormente, já no início da fase de abertura do regime militar, surge à possibilidade de implantação do Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde - PIASS, um programa que almejava ser de impacto, visível para a população e um instrumento de legitimação do regime. Entretanto, foi tecnocrático, na medida em que sua elaboração esteve restrita a um conjunto de técnicos sem discussão com a sociedade, mas incorporou uma série de propostas racionalizadoras que o movimento sanitário encampou como bandeiras de luta. Sua implantação esbarrava em concepções diferentes dos técnicos do Ministério da Saúde - MS, que tendiam a valorizar a experiência da FSESP ou as técnicas de planejamento da Organização Pan-americana da Saúde - OPAS, enquanto o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, defendia a proposta mais modesta de municipalização dos serviços de saúde. Em relação ao financiamento, a grande barreira estava no INPS, dominado pela hegemonia do modelo assistencial privatizante, cujos anéis burocrático-empresariais não perceberam que poderiam aumentar sua abrangência ao apoiarem as ações de extensão de cobertura (CARNEIRO et al., 2007, p. 215-216).

O PIASS, que fora criado em 1979, não foi implantado na sua totalidade por falta de vontade política dos governos à época, sendo efetivo apenas na região nordeste. No entanto, seus princípios foram incorporados aos debates que vinham ocorrendo nos “porões” da ditadura sobre a necessidade de se viabilizar o acesso à saúde para toda a população, através de um sistema que pudesse assegurar a saúde como um direito de todos os cidadãos e um dever consequente do Estado, caracterizando, assim, uma forma de pensar e fazer a saúde de maneira contra hegemônica. Essa movimentação de luta pela democratização da saúde no país recebeu o nome de Movimento Sanitário (CARNEIRO et al., 2007; PAIM, 2018; CARVALHO, 2013).

FIGURA 01 – Estratégias políticas organizativas da assistência à saúde anteriores à criação do Sistema Único de Saúde – SUS.



FONTE: AUTORA.

O esquema acima sintetiza as principais estratégias políticas implementadas na perspectiva de estruturar a assistência à saúde no país, mas que, no seu bojo, reuniam características excludentes e discriminatórias, em virtude de que apenas certos segmentos populacionais tinham acesso.

Analisando o contexto histórico da saúde até esse momento, pode-se perceber que, com o passar do tempo, foram ocorrendo mudanças na forma de pensar e fazer a saúde fundamentada nos pressupostos da ciência moderna e na visão mercadológica da saúde, em detrimento de outras práticas populares em saúde, que até então vinham sendo desenvolvidas no âmbito das comunidades. Configura-se, assim, o modelo biomédico de atenção à saúde, também identificado como modelo hegemônico de saúde. A concepção de saúde que sustenta esse modelo é aquela relacionada à ausência de doença biológica, desencadeando, dessa forma, uma assistência à saúde focada no atendimento médico-especializado, medicalizante, em ambiente hospitalar e centrada na cura (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CAMPOS, 2007).

Esta forma de pensar e fazer saúde tem origem em um relatório publicado em 1910, nos Estados Unidos, chamado Relatório Flexner, que criticava a situação das escolas médicas nos EUA e Canadá e orientava a necessidade de ruptura com a ciência de base metafísica para a sustentação no paradigma cartesiano. Esse paradigma separa mente e corpo, subdividindo-os em partes cada vez menores e tornando o conhecimento das partes cada vez mais pormenorizado, com excessiva valorização do método científico e preocupação constante com o rigor da ciência na assistência à saúde (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CAMPOS, 2007).

Desta maneira, a assistência à saúde vai se conformando de maneira fragmentada, excludente e discriminatória, de acesso a poucos, apenas aos que tinham condições de pagar e aos que tinham carteira de trabalho assinada. Aos demais, restava o atendimento por caridade em instituições filantrópicas. Esse contexto refletia diretamente nos indicadores de morbidade e mortalidade no país e foi fator determinante para a realização das mobilizações que desencadearam o Movimento Sanitário (TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CAMPOS, 2007).

3.2

PERÍODO POSTERIOR À REFORMA SANITÁRIA

O Movimento Sanitário surge a partir do envolvimento de diversos segmentos, tais como: as academias (departamentos de Medicina Preventiva das Universidades, Escolas de Saúde Pública, Fundações, Centro Acadêmicos); Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES; Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, sindicatos, igrejas e demais movimentos sociais. Esses grupos viam na militância em saúde uma forma de lutar não só pelo acesso, mas também pela qualidade da assistência à saúde prestada à população, que, até então, se encontrava ancorada nos pressupostos hegemônicos de saúde (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, TEIXEIRA; SOLLA, 2006; CAMPOS, 2007; CARNEIRO et al., 2007; PAIM, 2008; CARVALHO, 2013).

Neste contexto, que também emergem os debates sobre a necessidade de superar as distâncias culturais, o fosso cultural existente entre a população e os profissionais de saúde na produção de uma assistência à saúde voltada para as reais necessidades da população. Esses debates contribuem para a aproximação do movimento da educação popular com a área da saúde, tendo como eixo o pensamento do educador Paulo Freire, que reconhece que as organizações populares, enquanto sujeitos políticos em caminhada histórica, produzem saberes a partir dos processos de luta e transformação da realidade social. A participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular contribuiu para que uma nova cultura em termos de relação com as classes populares fosse sendo estabelecida (VASCONCELOS, 2001; DAVID; ACIOLI, 2014).

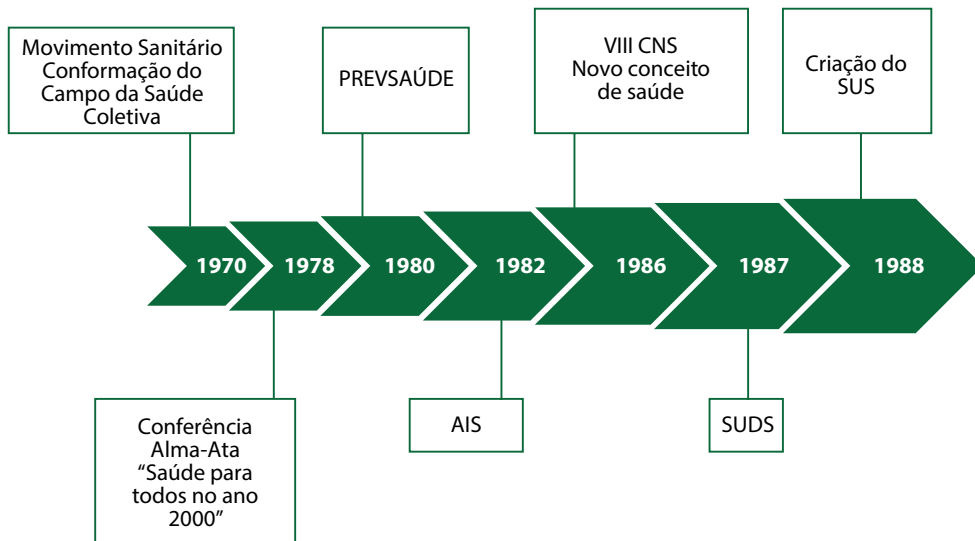
A criação do CEBES, em 1976, e o lançamento da Revista Saúde em Debate e, mais adiante, em 1979, a fundação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO possibilitaram a socialização de várias informações, produções de conhecimentos e análises críticas, vinculando a Reforma Sanitária à concepção de direito à saúde. E, com isso, fortalecendo e difundindo o Movimento Sanitário no país (PAIM, 2013). Desde esse período até os tempos atuais, muitos são os estudiosos que se envolveram nessa movimentação. Destacamos, especialmente, o médico sanitário, político e professor da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, Sérgio Arouca, que, por meio das/nas instituições, exerceu forte liderança teórica e política sobre o Movimento Sanitário. Outros nomes que também se destacam: David Capistrano, Jairnilson Silva Paim, Sonia Fleury, Lígia Bahia, Carmen Fontes Teixeira, Nísia Trindade Lima, Nelson Rodrigues dos Santos, Gilson Carvalho, Gastão Wagner de Sousa Campos, Emerson Elias Mehry, Paulo Buss, Sérgio Resende Carvalho, Amélia Cohn, Eymard Mourão Vasconcelos, Eduardo Navarro Stotz, Roseni Pinheiro, Silvia Gerschman, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, entre outros. Cada um debruçou-se sobre um aspecto da construção e consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Frente a este contexto, identifica-se que, durante a década de 1970 e também a de 1980, a saúde pública brasileira transformou-se radicalmente, inclusive, segun-

do Campos (2013), foi rebatizada de Saúde Coletiva. A mudança na nomenclatura foi necessária porque se pretendia indicar que, fruto das intensas mobilizações e lutas, um novo paradigma, uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde e doença haviam sido constituídos. E é em torno deste ideário da Saúde Coletiva que o Movimento Sanitário se estruturou e estabeleceu as bases para o desenvolvimento de um processo de reformas de ordem política, econômica e sociocultural nas políticas de saúde brasileiras chamado de Reforma Sanitária Brasileira (CARVALHO, 2013).

O esquema abaixo sintetiza as principais estratégias formuladas no sentido da construção do Sistema Único de Saúde – SUS.

FIGURA 02 – Estratégias políticas organizativas da assistência à saúde anteriores à criação do Sistema Único de Saúde – SUS.



FONTE: AUTORA.

Refletindo acerca da Reforma Sanitária, Paim (2008) refere que:

Reforma Sanitária enquanto proposta foi resultante de um longo movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. Transformou-se em projeto, a partir da 8ª CNS e desenvolveu-se como processo desde então, especialmente com a instalação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Pode-se afirmar que a Reforma Sanitária é, simultaneamente, uma proposta, um projeto, um movimento e um processo. A “unidade dialética saber-ideologia-prática” (Teixeira, 1988) é orgânica ao projeto da Reforma Sanitária e pode contribuir para a constituição de novos sujeitos sociais capazes de avançar o seu processo (PAIM, 2008, p. 173).

O mesmo autor salienta que:

Uma das vertentes críticas do movimento sanitário admite a Reforma Sanitária como um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo. O projeto da Reforma é o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nós nunca devemos perder, para que a sociedade como um todo possa um dia expressar estes valores, pois o que queremos para a saúde é o que queremos para a sociedade brasileira (PAIM, 2008, p. 173-174).

No cenário internacional, também ocorriam uma série de eventos, com o objetivo de debater as diferentes realidades de saúde vivenciadas pelos países e as possibilidades de se promover a saúde para todos a partir de uma forma diferente de organização e pensamento na área da saúde, a qual influenciava os caminhos percorridos pelo Movimento Sanitário. Dentre eles, destaca-se a I Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde - OMS, em 1978, na cidade de Alma-Ata, na Rússia. Entre os temas debatidos estavam aqueles relacionados à necessidade de se reestruturar os serviços básicos de atenção à saúde, garantindo assistência a toda população, centrada na prevenção de doenças e na promoção da saúde (BUSS, 2003; BRASIL, 2002/2006).

Ao final do evento, os países participantes assinaram um documento, conhecido como Declaração de Alma-Ata, comprometendo-se a oferecer “Saúde para todos no ano 2000”. Esta Conferência marcou o início da afirmação de que a saúde deveria ser compreendida como um direito universal a ser assumido como responsabilidade dos governos, inserindo na agenda da OMS os temas da equidade e justiça social. Além disso, a Declaração de Alma-Ata incorporou a intersectorialidade como uma exigência fundamental para o cumprimento das metas a serem alcançadas pelos países (BUSS, 2003; BRASIL, 2002/2006).

Inspiradas nesta Declaração e considerando que o Brasil vivia um período de crise econômica e social gerada pelo modelo implantado pela ditadura militar, são elaboradas algumas estratégias voltadas a garantir assistência à saúde da população, focada na Atenção Primária à Saúde. Já no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, em 1979, a necessidade de se aliar esforços para a democratização da sociedade surgiu como uma estratégia para também superar a crise do sistema de saúde do país (RODRIGUES NETO, 1997; MENEGHEL, 2017)

Neste contexto, a primeira estratégia proposta, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, foi lançado em 1980, durante a VII Conferência Nacional de Saúde – CNS. Tinha como objetivos: estender a cobertura de serviços básicos de saúde para toda a população; reorganizar os setores públicos de saúde por meio da articulação entre diferentes instituições e pela reordenação da oferta de serviços, resultando na redução de custos unitários e no aumento da produtividade; e, por fim, promover a melhoria das condições dos ambientes, adotando sistemas simplificados de abastecimento de água e medidas sanitárias de controle

da Esquistossomose e da Doença de Chagas. O Programa encontrou apoio dos profissionais de saúde que defendiam a democratização da saúde e oposição de setores do governo articulados com os setores médicos (CARNEIRO et al., 2007; PAIM, 2008; CARVALHO, 2013).

A primeira versão é de julho de 1980 e se chamava inicialmente PRÓ-SAÚDE. Posteriormente, por imposição do Ministério da Previdência, é mudada para PREV-SAÚDE. Essa versão foi analisada pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN e a Presidência do INAMPS posiciona-se contra, alegando ser uma proposta estatizante em detrimento da iniciativa privada e dos organismos federais de assistência médica e sanitária. Outra versão foi elaborada e liberada em setembro do mesmo ano pelos Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social, porém também encontrou fortes resistências à sua implementação. Depois de duas versões, é lançada a terceira, no início de 1981, restrita ao atendimento ambulatorial. Na tentativa de compatibilizar os interesses de todos os envolvidos, o PREV-SAÚDE foi engavetado (CARNEIRO et al., 2007; PAIM, 2008; CARVALHO, 2013).

Apesar da sua inviabilização, o PREV-SAÚDE serviu de base para a elaboração de outra estratégia, a fim de redirecionar o modelo assistencial, que constava no Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, na esfera da Previdência Social, elaborada pelo Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, em 1982. O CONASP foi criado com a finalidade de elaborar normas mais adequadas para a prestação da assistência à saúde da população previdenciária, assim como para indicar a necessidade de alocação de recursos financeiros ou de qualquer natureza (CARNEIRO et al., 2007; CARVALHO, 2013).

Assim, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, elaborado pelo CONASP, tinha como objetivos: potencializar os recursos disponíveis por meio da integração interinstitucional nos níveis federal, estadual e municipal; adoção de mecanismos gerenciais mais eficazes na articulação e no acompanhamento de compra de serviços ao setor privado; adoção de estratégias objetivando a equalização e a universalização da assistência à população brasileira. A intenção era provocar uma reversão gradual no modelo médico assistencial através de uma de suas linhas de ação, o Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS. Neste contexto, o Ministério da Saúde, embora continuasse a ser um ministério com poucos recursos, propõe o desenvolvimento dos seguintes programas preventivos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, do Trabalhador e Saúde Mental (CRUZ, 1998; MELO; CUNHA, 1999; BERTOLLI FILHO, 2008).

O PAIS é transformado em diretriz política, o que ocorre primeiramente com o abandono da terminologia programa, passando a chamar-se apenas Ações Integradas de Saúde - AIS. As AIS começam a ser implantadas em 1983 e, em 1984, muitos municípios tinham aderido ao convênio. As mudanças fundamentais foram a substituição do pagamento por unidade de serviço pelo pagamento por procedimentos, além da limitação de convênios com hospitais e empresas de saúde. Em 1985, as AIS transformam-se em política oficial da Nova República, constituindo-se em uma importante estratégia de descentralização das ações e serviços de saúde. Neste sentido, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação - CIPLAN; as Comissões Interinstitucionais de Saúde - CIS; as Comissões Regionais de Saúde

– CRIS; e as Comissões Municipais ou Locais Interinstitucionais de Saúde - CIMS ou CLIS constituíam as instâncias de planejamento, gestão e acompanhamento das AIS (CRUZ, 1998; MELO; CUNHA, 1999; BERTOLLI FILHO, 2008).

Neste contexto sócio-político de intensas manifestações e debates em prol da defesa da saúde como um direito de todos, ocorre em março de 1986, em Brasília, o evento político-sanitário mais importante da década, a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS. O evento reuniu cerca de 5.000 pessoas e, ao final, lançou as bases e diretrizes para criação de um novo sistema nacional de saúde. A temática abordada compreendeu: saúde como um direito de cidadania; necessidade de reformulação do Sistema Nacional de Saúde e redefinição do financiamento do setor saúde, reconhecendo a participação popular como um elemento essencial da construção coletiva deste novo modelo assistencial (BRASIL, 1986; CARNEIRO et al., 2007; CARVALHO, 2013; SOUZA, 2013).

Dentre os diversos avanços propiciados pela VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, um dos mais importantes é o chamado Conceito Ampliado de Saúde. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 4).



INTERATIVIDADE: Para enriquecer os conhecimentos, recomenda-se assistir o vídeo da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP - FIOCRUZ sobre as histórias que permearam a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, que é reconhecida como um marco na luta pelo direito universal à saúde em nosso país.

Disponível em: <https://youtu.be/zZAHdF0fNps>

Em 20 de julho de 1987, é proposto como medida governamental o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, criado como um sistema de transição até a elaboração da nova Constituição Federal, em 1988. De certa forma, o SUDS pretendia responder aos movimentos em prol das mudanças no sistema de saúde brasileiro e às propostas da VIII CNS, servindo também como um passo à frente no sentido de conseguir-se o sistema único pretendido. O SUDS incluía a redefinição das atribuições dos três níveis da administração pública, da necessária redistribuição da renda do país e do desenvolvimento do processo de estadualização e municipalização. Assim, o SUDS estabeleceu as bases para o SUS na medida

em que avançava, estabelecendo novas bases de poder das decisões sobre a saúde (BRASIL, 1998; CRUZ, 1998; PAIM, 2013).

3.2.1 Criação do Sistema Único de Saúde – SUS

Assim, quando foi promulgada a Constituição em 1988, o Brasil foi definido como um Estado Democrático de Direito, significando que a administração dos bens públicos vincula-se às previsões legais ali dispostas. No Capítulo II, denominado “Da Seguridade Social”, a Seção II da saúde, com seus Artigos 196, 197, 198, 199 e 200, asseguram a criação deste novo sistema nacional de saúde chamado de SUS. No artigo 196, a saúde é conceituada como sendo um direito de todos e um dever do Estado. A partir daí, inicia-se o processo de mudança nas formas de prestar assistência à saúde no país e, desta forma, a melhoria da qualidade de vida.

O ideário que sustenta o SUS preconiza um Estado ativo, provedor de serviços sanitários de qualidade e que regule, a partir da lógica do bem comum, as ações do setor privado. Este sistema é, nos dias de hoje, um espaço de resistência às políticas neoliberais. Na contramão das tendências hegemônicas, o SUS vem logrando ampliar o seu leque de ações e mantém-se na vanguarda das políticas sociais brasileiras no que se refere ao caráter democrático e participativo de suas instâncias. Dificuldades e limitações à parte representa uma conquista social que garante, por exemplo, a assistência à saúde para mais de 70% da população brasileira (CARVALHO, 2013, p. 32).

Após a década de 1980, configura-se no país um novo cenário econômico, político e ideológico, em que o neoliberalismo passa a influenciar várias instâncias da sociedade e, conseqüentemente, o processo de Reforma Sanitária Brasileira. A polarização das eleições presidenciais resultou na eleição de Fernando Collor de Melo, contribuiu para a instituição de um Parlamento federal, mais à direita, que tinha como objetivos reverter muitas das políticas aprovadas pela Constituinte para a área social, em particular o SUS (RODRIGUEZ NETO, 1997; PAIM, 2013).

Mesmo assim, o projeto de Lei Orgânica da Saúde foi sancionado pelo Presidente da República, em setembro de 1990 (Lei 8080/90). Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde executada, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Ou seja, todos os prestadores de serviços estão subordinados a esta lei, não abrangendo apenas os integrantes do SUS. Todavia o Presidente Collor sacrificou o texto legal com 9 artigos vetados,

totalmente, e 5 parcialmente. Apesar dos vetos do Presidente, a sociedade brasileira conquistou uma lei abrangente, que não só especifica os princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nos diversos níveis da Federação, como também oferece indicações sobre relações com os serviços privados, financiamento, gestão financeira, recursos humanos, planejamento, etc. Novas mobilizações foram realizadas no sentido de recuperar conteúdos excluídos pelos vetos presidenciais. A Lei Orgânica da Saúde foi então complementada pela Lei 8142/90 que regula a participação da comunidade no SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo, além de orientar as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área de saúde e de exigir a formulação de planos de saúde e a criação de fundos de saúde (PAIM, 2008, p. 185-186).

No momento de regulamentação do SUS, por pressão das elites políticas e agrárias e sob o comando do presidente Fernando Collor de Mello, interessado em implementar suas propostas neoliberais para a área da saúde, foram retirados o acesso e a posse da terra do conceito de saúde expresso na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Porém, esse fato não impediu que estratégias políticas e assistenciais fossem formuladas, na perspectiva de atender às necessidades de saúde das populações do campo (BRASIL, 1990; CARNEIRO et al., 2007; CARVALHO, 2013; SOUZA, 2013).

Neste sentido, o SUS é concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a ele vinculadas, destinado a toda a população e financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagas por esta população. O SUS garante atendimento nas unidades de saúde, ambulatórios, laboratórios, clínicas, hospitais públicos, filantrópicos ou privados contratados, em visitas domiciliares e mediante ações coletivas de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996).

Para a sua efetivação, há um conjunto de diretrizes que orientam a sua organização e funcionamento, com o objetivo de torná-lo adequado às reais necessidades de saúde da população brasileira, sendo estas: a integralidade da assistência e do indivíduo; descentralização da gestão das ações e serviços de saúde; e a participação da comunidade. Além disso, há um conjunto de princípios que devem ser considerados, tais como: universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; igualdade da assistência à saúde; equidade na distribuição de recursos; resolutividade dos serviços; integralidade da assistência e do indivíduo; descentralização da gestão das ações e serviços de saúde; e a participação da comunidade. De forma complementar, estão também elencados pela legislação os princípios da intersetorialidade; acesso à informação e a referência e contra referência, na perspectiva da consolidação do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996).

Nesta perspectiva, o processo de implantação do SUS possibilita a construção de novas alternativas não só na gestão dos serviços, mas na reorganização do ensino na área da saúde, com propostas concretas de reconfiguração do modelo assistencial, permitindo a ampliação dos espaços de reconstrução de “velhas” práticas

de atenção à saúde. Requer que os processos formativos na área da saúde sejam revistos no sentido de contemplar os princípios e diretrizes que norteiam o SUS e que exigem a formação de um novo perfil de profissional, que saiba atuar considerando a diversidade de saberes e práticas presentes nas comunidades (BRASIL, 2001; CAMPOS, 2006).

3.2.2 Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS

Ao analisar os princípios e diretrizes do SUS, percebe-se que a integralidade da assistência e do indivíduo, a descentralização da gestão das ações e serviços de saúde e a participação da comunidade são, ao mesmo tempo, princípios e diretrizes, constituindo assim o tripé de sustentação deste sistema. Desta forma, a luta pela saúde se reveste, portanto, em esforços para materializar a teoria, pôr em prática o SUS. Para isso, cria-se uma série de aparatos jurídico-legais para conduzir esse processo de implantação e implementação do SUS no país (BRASIL, 1990/1998; CAMPOS, 2006). Estão listados a seguir:

3.2.2.1 Integralidade da assistência à saúde e do indivíduo

No modelo de atenção à saúde anterior ao SUS, as ações de prevenção e de cura das doenças estavam divididas entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, onde o primeiro ficava encarregado pelas ações preventivas, as chamadas ações de saúde pública. A assistência curativa individual estava sob a responsabilidade do Ministério da Previdência Social, antigo INAMPS. O SUS promove o fim desta separação e garante a cobertura da assistência preventiva e curativa, tendo por base também os princípios da igualdade, equidade e universalidade do atendimento à saúde (BRASIL, 1998; CAMPOS, 2006; PAIM, 2013; CARVALHO, 2013).

Neste sentido, compreende-se a integralidade como uma forma de assistência que privilegia a saúde e não a doença, na qual os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho que o leva a adoecer e morrer. Essa forma de se pensar e fazer saúde promove o resgate e estimula o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, intersetorial e de resgate da sabedoria popular presente nas comunidades, num movimento dinâmico de articulação entre os diferentes saberes e práticas na produção das ações de saúde às populações.

Além disso, o atendimento integral significa que será garantido o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade do sistema, de acordo com as suas necessidades, organizados na forma de uma rede de atenção à saúde, que congrega a atenção primária, secundária e terciária – no Brasil, rebatizada de básica, especializada e hospitalar. Essa rede estruturada tem a finalidade de garantir acesso a ações de prevenção de doenças, de promoção e recuperação da saúde, com vistas à resolutividade dos problemas apresentados pelas populações (BRASIL, 1998; CAMPOS, 2006; CARVALHO, 2013).

A partir desse pressuposto da estruturação de redes no SUS, o conceito de rede de atenção à saúde passa a ser problematizado, debatido, refletido e desenvolvido

por autores de diversos campos, como da saúde, sociologia, psicologia social, administração e da tecnologia de informação. Na saúde, evidenciam-se os estudos de Eugênio Vilaça Mendes, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Emerson Elias Mehry.

Na visão de Mendes (2011), os serviços de saúde configuram-se numa rede de pontos de atenção à saúde, que possuem equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, distribuídos de maneira eficaz e que permitem o acesso a toda população. O modo de organizar essas redes define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Seriam, portanto, organizações de serviços de saúde, vinculados entre si, com propósitos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permita a oferta de ações de maneira contínua e integral às populações.

Um aspecto a ser considerado na formação de redes de atenção à saúde, e que é destacado nos estudos de Cecílio (2009), diz respeito às singularidades e peculiaridades das relações produzidas entre serviços de saúde, cuja produção dinâmica e em constante negociação entrelaça profissionais e usuários, com visões diferentes sobre o modelo de atenção. Este processo demonstra que os usuários do sistema, independentemente da complexidade de seus problemas, esperam uma resposta efetiva dos profissionais de saúde.

Por outro lado, Mehry et al. (2014) aponta que o Ministério da Saúde, na perspectiva de operacionalizar a estruturação das redes de atenção à saúde previstas na legislação do SUS, a indica como uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Desta forma, sugere uma modelagem de algo analógico, como se pudéssemos ter toda a sua previsibilidade definida e, portanto, manejável dentro dessa racionalidade. No entanto, o autor aponta que as Redes Vivas são dinâmicas e que, portanto, são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais. Ou seja, podem ser circunstanciais, montam e se desmontam e, às vezes, elas tornam-se mais estáveis, mas se comportam numa lógica de redes digitais, podendo emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas.

Assim, uma rede institucionalizada como analógica, que siga a noção de rede primária, secundária e terciária, pode ser disparadora; no entanto, ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos, pois os usuários podem estar sendo acompanhados por outros serviços e participando de outras ações que não do campo da saúde. Por isso, é considerado um processo vivo, inclusive porque a própria conexão entre as redes existenciais e institucionais ocorrem sem que tenhamos controle absoluto sobre elas. Outro aspecto que se alia a essa visão é a ideia de que os usuários são Redes Vivas de si próprios, porque estão o tempo todo produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Na maioria das vezes, quem dispara as redes são os usuários, pois estas vão em acontecimentos sendo tecidas (MEHRY, 2013; MEHRY et al., 2014).

De uma maneira geral, percebe-se que o ponto comum entre os autores que abordam a concepção e operacionalização das redes no SUS é que ela deva garantir que o caminho percorrido pelos usuários na busca pela solução de seus problemas de saúde seja resolutivo. Portanto, isso pressupõe a necessidade de desenvolver um trabalho interdisciplinar e intersetorial, aliando nesse processo outras formas de pensar e fazer saúde.

3.2.2.2 Descentralização da gestão das ações e serviços de saúde

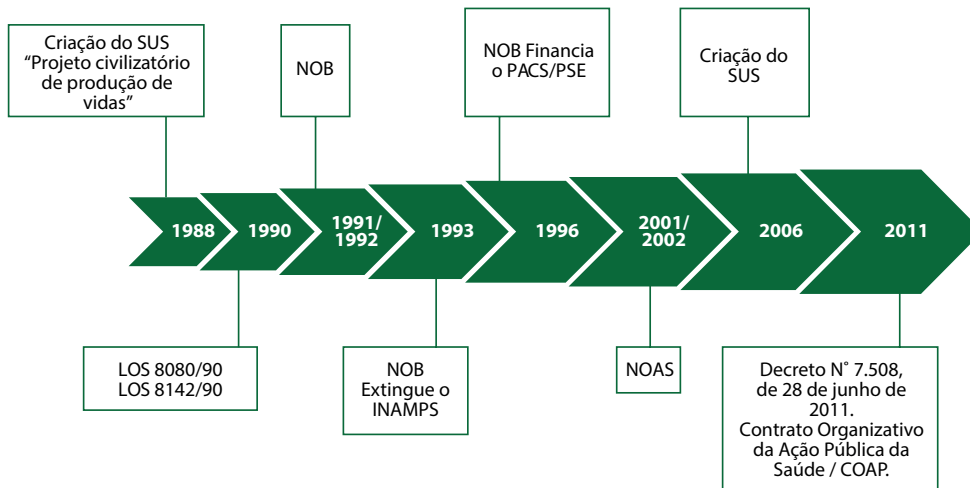
A descentralização com direção única em cada esfera de governo é a forma de organização que dá aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais. Os estados, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, no processo de descentralização, coordenam a prestação dos serviços de saúde na sua área de abrangência e prestam cooperação técnica aos municípios para o bom desempenho destes serviços. À direção nacional do SUS, representada pelo Ministério da Saúde, cabe coordenar e estabelecer normas para o sistema nacional e também prestar assessoria técnica aos estados e municípios (BRASIL, 1998; PAIM, 2013).

A descentralização tem dois pressupostos operacionais, a regionalização e a hierarquização, considerados elementos essenciais ao planejamento das ações e serviços de saúde, buscando torná-lo mais eficaz, tanto em relação ao atendimento quanto à aplicação dos recursos. Entende-se por regionalização a distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender à população. A hierarquização é um importante componente da regionalização, pois refere-se à divisão dos serviços de saúde em atenção primária (prevenção), secundária (assistência médica) e terciária (assistência hospitalar), os chamados níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1998).

Para regulamentar o processo de descentralização da gestão dos serviços e das ações de saúde, foram criadas as Normas Operacionais Básicas - NOBs, que fazem parte de um conjunto de leis do SUS. No decorrer dos anos, foram lançadas as NOBs em 1991/92, 1993, 1996. Em 2001/2002, foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 2001/2002 e, em 2006, o Pacto pela saúde, como resultado de amplas discussões e negociações entre representantes dos governos federal, estadual e municipal e os conselhos de saúde. Estão distribuídos nas seguintes diretrizes operacionais: Pacto pela Vida, Em defesa do SUS e de Gestão. Em 2011, é publicado o Decreto Nº 7.508, com a finalidade de regulamentar a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispor sobre a organização do SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (BRASIL, 1998, 2009; PAIM, 2013).

O esquema abaixo apresenta uma síntese desse processo de construção da legislação sustentadora da implementação do SUS.

FIGURA 03 – Legislação Organizativa para a construção do Sistema Único de Saúde - SUS



FONTE: AUTORA.

A NOB-SUS/1991/92 foi lançada após a promulgação da Lei Nº 8.142, em 28/12/1990, mesmo após as manifestações contrárias do Movimento Sanitário, pois o seu conteúdo contrariava o que estava disposto na Lei Nº 8142. Nesta norma, a gestão do SUS seguia centrada no nível federal, e os municípios e a maioria dos estados eram apenas gerentes das unidades prestadoras de serviços de saúde (PAIM, 2013).

Com a realização do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul, realizados em Porto Alegre, em maio de 1992, fica evidente a indignação da população frente à crise ética gerada pelo governo do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992), com repercussões também na saúde. Após o impeachment de Collor, no final de 1992, iniciou-se um novo governo, assumido por Itamar Franco (1992-1995), e que permitiu, de certo modo, retomar alguns aspectos da Reforma Sanitária. Porém, com muitas dificuldades para reverter três crises estruturais acerca do pacto federativo, da gestão das políticas sociais e da saúde, e do financiamento. Aliados do Movimento Sanitário ocupam lugares em instâncias de decisão do Estado, viabilizando o trânsito do Movimento no interior da gestão, porém não eliminam as fortes contradições concernentes ao pacto federativo. Também neste período o Conselho Nacional de Saúde se consolida (FALEIROS et al., 2006; PAIM, 2013).

Após a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ainda em 1992, que denunciou o não cumprimento da legislação sanitária e defendeu a municipalização da saúde, o novo governo efetuou esforços para a descentralização das ações e serviços de saúde, traduzidos na publicação da NOB-SUS/1993. Essa norma dispara o processo de municipalização da saúde, habilitando os municípios como gestores do sistema em três condições, de acordo com certos critérios, quais sejam: incipiente, parcial e semiplena. Desta forma, permitia-se a transição de uma situação em que os municípios eram tratados como meros prestadores de serviços. Houve, portanto, avanços no sentido da descentralização e da participação da comunidade, com expectativas de que os conselhos de saúde pudessem tornar-se espaços contrárias ao clientelismo, troca de favores, nepotismo e formas patrimonialistas de

desenvolvimento da saúde. Inclui-se nesta NOB a extinção do INAMPS (FALEIROS et al., 2006; PAIM, 2013).

Não obstante o passo adiante efetuado no âmbito setorial para a implementação do SUS, a NOB/SUS/1993 permaneceu ainda distante do marco legal, pois não valorizou a integralidade, nem investiu no redirecionamento do modelo de atenção. Enquanto isso, a saúde via-se ameaçada pela proposta de revisão constitucional. Se o movimento sanitário foi capaz de neutralizar as iniciativas, no sentido de “desconstitucionalizar” a saúde na revisão constitucional, não teve força para impedir duas outras ameaças: a implosão da Seguridade Social e a utilização da saúde nas barganhas político-partidárias. O SUS enfrentou-se com o sequestro dos recursos da saúde pelo Ministério da Previdência (Antonio Britto), apoiado pelo Ministério da Fazenda de então (Fernando Henrique Cardoso), com as pendências jurídicas. Sonegação e adiamento do pagamento da Contribuição Financeira para a Seguridade Social (Cofins) pelos empresários, enfim, com o recrudescimento da “operação descrédito” capitaneado pelo próprio governo por intermédio da “área econômica” (PAIM, 2008, p. 194-195).

No início do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1999), o CEBES, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e a ABRASCO alertavam que o SUS estaria sob ameaça frente às propostas do plano de estabilização econômica do governo, que era constituído por um conjunto de políticas de ajuste macroeconômico e um elenco de projetos de Reforma do Estado, que contrariavam a Constituição de 1988. Por conta disso, convocaram as entidades para que promovessem plenárias de debates sobre essa situação. Do ponto de vista econômico, o governo Fernando Henrique Cardoso pode ser considerado uma continuidade dos governos Itamar e Collor (PAIM, 2013).

As duas frentes de luta sugeridas naquela oportunidade – recuperação dos princípios da Reforma Sanitária e o acompanhamento da implantação do SUS – não foram, todavia, suficientes para enfrentar os dois grandes projetos do governo FHC: o ajuste macroeconômico e a Reforma do Estado. Além de determinarem a implementação tortuosa do SUS resultaram em mais desajuste social com desemprego, violência e piora das condições de vida e de saúde (SOARES, 1999). Não por acaso, o Conselho Nacional de Saúde reconheceu em outubro de 1995 a violência como questão de saúde pública (FALEIROS et al, 2006) (PAIM, 2008, p. 205).

Ao final do primeiro ano do plano real, o principal problema que se apresentava era em relação à crise no sistema público de saúde.

Enquanto isso, segmentos da classe média e dos trabalhadores de melhor nível de renda migraram para o seguro-saúde e outras formas de Assistência Médica Supletiva (AMS) na medida em que se deterioravam os serviços públicos de saúde e a má-dia desqualificava os esforços de construção do SUS. Já os demais cidadãos brasileiros usuários do SUS, apesar do direito à saúde estabelecido na Constituição, eram repelidos no cotidiano dos serviços de saúde pelas filas, maus-tratos, burocratização, humilhações, greves e baixa qualidade dos serviços (PAIM, 2008, p. 205-206).

O ambiente que se vivia no governo de Fernando Henrique era tenso, de muitas mobilizações, lutas e negociações. Neste contexto, em setembro de 1996, é realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde – CNS. O evento representou a oportunidade das entidades e 1.400 delegados debaterem e denunciarem o desmonte da máquina pública, exigindo a manutenção da Seguridade Social. Porém, mesmo com as contribuições do CEBES, de parlamentares, partidos e movimentos populares de saúde em defesa da Reforma Sanitária, o relatório final desta Conferência não mencionava a expressão Reforma Sanitária, a exemplo da 9ª CNS (PAIM, 2013).

Em novembro de 1996, é lançada a NOB-SUS/1996, que consolida a plena responsabilidade do poder público municipal com a gestão do Sistema de Saúde municipal e apresenta duas condições de gestão: a Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1998; PAIM, 2013). Estudos desse período mencionam que esse processo de descentralização ocorreu de maneira tão abrupta que gerou certos transtornos e dificuldades em relação à manutenção de certos serviços de saúde à população. Em alguns municípios, houve falta de trabalhadores, escassez de materiais de consumo, entre outros.

Portanto, para o município habilitar-se em um certo tipo de gestão, havia critérios determinados a serem seguidos. Na Gestão Plena da Atenção Básica, o município passava a receber repasse Fundo à Fundo (Nacional para o Municipal) para o financiamento de todas as ações básicas de saúde. Este financiamento, chamado Piso de Atenção Básica – PAB, apresentava-se em duas modalidades: poderia ser fixo, conforme o número populacional, e variável, conforme a implantação de algumas ações especiais. Dentre essas ações, estavam: Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, Programa de Saúde da Família - PSF, Assistência Farmacêutica Básica, Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações Básicas de Vigilância Sanitária e Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Para habilitar-se, a prefeitura precisavam atender aos seguintes critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde: criação do Fundo Municipal de Saúde, funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, disponibilidade de equipamento e de pessoal capazes de operar os sistemas SIA/SIH-SUS e apresentação do Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 1998; PAIM, 2013).

Na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município teria o repasse de recursos Fundo a Fundo para o financiamento de toda a assistência em saúde, ou seja, a prefeitura também se responsabilizava pela assistência de média e alta complexidade e pelas internações hospitalares. Um aspecto importante da NOB-SUS/1996

é que esta lança duas estratégias para reforçar a reorganização e reordenação do modelo de atenção à saúde hegemônico: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família – PSF. Desta forma, com a publicação da NOB-SUS/1996 ficam definidas as responsabilidades dos municípios, as ações, atividades, resultados e impactos esperados, bem como as orientações sobre o repasse, aplicação e mecanismos de acompanhamento e controle dos recursos financeiros (BRASIL, 1998; PAIM, 2013).

Diversas lideranças do movimento sanitário ao analisarem aquela conjuntura e suas relações com o projeto da Reforma Sanitária, as políticas de saúde e a implementação do SUS, divergiram quanto à interpretação das medidas tomadas pelo Governo FHC, reconhecendo nele uma complexidade para além da designação de “neoliberal”. Alguns admitiam que era formado por um conjunto de forças heterogêneas, com “ilhas de racionalidade” distintas. Outros constatavam políticas contraditórias e fragmentadas na dependência da composição política em cada aparelho do Estado, dificultando uma percepção clara sobre qual seria a política de saúde do governo federal (PAIM, 2008, p. 218-219).

No mês de junho de 2000, realiza-se o Seminário Nacional intitulado “Reformas do Estado, Saúde e Equidade no Brasil”, o qual destacou em seus debates a importância da atuação do Ministério Público na implantação da Reforma Sanitária. Além disso, o documento final apresentava um conjunto de propostas para a configuração de uma agenda estratégica para a saúde. Neste mesmo ano, ocorre a 11ª CNS, abordando o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à saúde, com controle social”; que contou no seu comitê executivo e organizador com militantes da Reforma Sanitária. A publicação do Caderno da 11ª CNS divulgou textos que foram elaborados especialmente por pesquisadores de renome do campo da saúde coletiva. Além disso, foram distribuídos no evento vários documentos de entidades e movimentos sociais na perspectiva de revitalizar e fortalecer a mobilização social em prol da defesa do SUS (BRASIL, 2011; PAIM, 2013).

Os trabalhadores rurais, por exemplo, apresentaram uma “carta aberta” aos delegados da 11ª CNS propondo: A implantação efetiva do SUS nas áreas rurais e urbanas do Brasil, garantindo um atendimento adequado para o meio rural; a ampliação de recursos para as ações assistenciais, de prevenção, educação e promoção da saúde, destacando o acesso ao saneamento básico para todas as famílias, que o Ministério da Saúde apoie efetivamente a capacitação para conselheiros e lideranças dos movimentos populares, em todos os níveis, objetivando a qualificação e ampliação de atuação da sociedade civil no controle social da saúde (PAIM, 2008, p. 227).

Na sequência, ampliando o escopo de atendimentos em saúde e clarificando alguns conceitos referentes ao processo de descentralização dos serviços e das ações de saúde, os municípios passaram a vivenciar o momento de implementação da NOAS 2001/2002. Por conta das modificações propostas, a nomenclatura da habilitação Gestão Plena da Atenção Básica passou a ser denominada de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, e a segunda forma de gestão seguiu sendo chamada de Gestão Plena do Sistema Municipal. Da mesma forma, o Piso de Atenção Básica passou a ser Piso da Atenção Básica Ampliada – PABA (PAIM, 2013).

Sobre esse período, Arouca (2003) refere que:

Nos últimos anos de gestão do José Serra, foram emitidos oito atos normativos por dia. Houve secretarias de Saúde que contrataram assessores para ler e interpretar esses atos, pois não davam conta de seguir essa fúria regulatória, que trata o Amazonas como o Rio Grande Sul, a Saúde da Família igual para todos, assim como o repasse de recursos. Passamos a ter a regulação como ênfase, com bons ou maus regulamentos. A NOAS, por exemplo, é um bom instrumento de regulação que preenche a lacuna de esvaziamento do papel do nível estadual. Quando se perde o papel dos estados, se perde a possibilidade de planejamento regional. A NOAS retoma o papel da municipalização, mas dá ênfase à questão da regionalização. A lacuna que ainda resta é que o conceito da Reforma Sanitária foi abandonado. Essa é minha briga atual. Nós temos que retomar o conceito da Reforma Sanitária, para retomar políticas dentro do sistema sem burocratizá-lo. Ele já foi burocratizado o suficiente (AROUCA, 2003, p. 357-358).

No sentido da fala de Arouca, a nova correlação de forças estabelecidas a partir das eleições presidenciais apontava novas oportunidades e renovadas esperanças de que o projeto da Reforma Sanitária pudesse ser retomado e passasse a reintegrar a agenda das políticas públicas do país. Porém, segmentos do movimento sanitário percebem o início do governo com certa cautela, apesar de que muitos dos seus quadros estavam na equipe do Ministério da Saúde (PAIM, 2013).

O governo contemplou a gestão participativa, criando uma secretaria específica para tal função e nomeando Sérgio Arouca como seu primeiro Secretário: Nesse sentido a maior participação da sociedade se coloca como diretriz para a construção de novos pactos. Com isso, o movimento da reforma sanitária surge mais uma vez como exemplo de sucesso e expressão da força da sociedade organizada. A expectativa era de que a mobilização em torno da 12ª CNS propiciasse uma nova pactuação para o desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, forçando o governo a assumir propostas e compromissos mais progressistas (PAIM, 2008, p. 242).

No governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), avançando em termos da implementação da descentralização, em 2006, é lançado o Pacto pela saúde no SUS, trazendo outros elementos para a cena da gestão em saúde. O Pacto foi o produto de um processo de negociação envolvendo os compromissos da operacionalização do SUS entre gestores das três esferas de governo, na perspectiva de superar problemas políticos, técnicos e administrativos que dificultam a participação mais efetiva e autônoma dos municípios na gestão do SUS. A adesão ao pacto não é isolada ou unilateral, pois implica permanente processo de cooperação entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal. O objetivo principal é promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia do acesso ao atendimento de saúde por toda a população (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o Pacto pela Saúde envolve o Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No que se refere ao Pacto pela vida, este estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos são efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais. Da mesma forma, estados e municípios podem pactuar ações que compreenderem necessárias ao alcance das metas e objetivos propostos (BRASIL, 2006).

O Pacto em defesa do SUS expressa o compromisso entre gestores do SUS com a consolidação do processo de Reforma Sanitária Brasileira e articula ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. Expressa, assim, o movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social e busca de um financiamento compatível com as necessidades de saúde por parte dos entes federados. O Pacto de gestão do SUS valoriza a relação solidária entre os gestores, definindo diretrizes e responsabilidades, com o intuito de contribuir para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada integrada, regulação da atenção à saúde e regulação assistencial, participação e controle social, gestão do trabalho na saúde e educação na saúde (BRASIL, 2006).

A política de saúde no Governo Lula, executada pelo Ministério da Saúde, tem sido avaliada de forma positiva (MENDONÇA et al, 2005), a exemplo da ampliação da atenção básica através do PSF, da implementação da Reforma Psiquiátrica, do SAMU e da política de Saúde Bucal. Os esforços para a formulação de políticas de assistência hospitalar, urgências, “média e alta complexidade”, bem como a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a aprovação dos Pactos pela Saúde, também podem ser consideradas intervenções relevantes para o SUS (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006c) (...) Mas a continuidade das políticas de ajuste macroeconômico e a reforma da previdência seguiram na contramão das políticas de saúde inspiradas no projeto da Reforma Sanitária (PAIM, 2018, p. 250).

No governo da presidenta Dilma Rousseff (2011-2016), outro passo dado na perspectiva da regulamentação dos processos de descentralização dos serviços e ações de saúde foi a publicação do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. No bojo deste Decreto, destaca-se o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, considerado como uma ferramenta importante na constituição de um acordo de colaboração firmado entre entes federativos, a fim de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada de saúde. Neste Contrato, são definidas responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Porém, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, assume seu vice, Michel Temer (2016-2018), que aplica um rigoroso plano de austeridade fiscal. Neste período, Paim (2018) já alertava sobre o desmonte do SUS e as possíveis repercussões da PEC 241 da Câmara dos Deputados e da PEC 55 do Senado da República que resultaram na EC 95, que congela por 20 anos o teto de gasto público, comprometendo especialmente a saúde, a educação, a ciência e tecnologia, a segurança pública, o saneamento, entre outros setores.

Assim, o processo de descentralização da gestão do SUS surgiu como um resultado das lutas desencadeadas pelo Movimento Sanitário e da conquista da saúde como um direito na promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, passando a exigir dos municípios uma responsabilidade maior com o planejamento e a avaliação dos desenhos de saúde locais. Ao mesmo tempo, responsabilizava o gestor municipal e os diversos atores, constituídos a partir do controle social. O aparato jurídico-legal que constitui o SUS forçou a implementação de diversas estratégias na perspectiva da construção de uma rede de atenção à saúde no âmbito da Gestão municipal para dar conta de resolver a problemática de saúde apresentada pelas populações (CAMPOS, 1991; BRASIL, 2001/2002; TEIXEIRA, 2001).

Neste contexto, o processo de planejamento dos elementos que compõem a gestão em saúde visam dar condições para que se organize e se conduza o sistema de saúde com propósito de promover ações de saúde propulsoras de mudanças nas condições de vida das populações. A criação e implementação do SUS provoca a capacidade criativa e criadora de processos de gestão de atenção à saúde sintonizados com a realidade social das populações (CAMPOS, 1991; BRASIL, 2001/2002; TEIXEIRA, 2001).

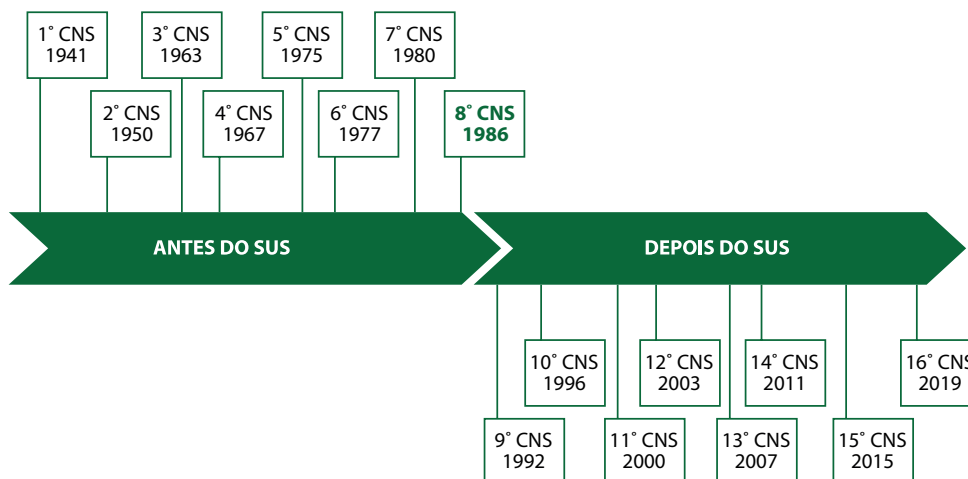
3.2.2.3 Participação da comunidade

O debate acerca da saúde no país, apontando as diretrizes de formulação de políticas para a área nas esferas de gestão municipal, estadual e nacional, iniciou-se a partir da publicação da Lei Nº 378, de 13 de janeiro de 1937, momento em que foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde. Posteriormente, com a criação do SUS, na Constituição Federal de 1988, a participação da comunidade, por meio do exercício do controle social, que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar e fiscalizar a execução das políticas de saúde, é estabelecida e regulamentada pela Lei nº 8.142/1990. O Artigo 1º desta Lei estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: nas Conferências e nos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1998; CAMPOS, 2006).

As Conferências de Saúde são os fóruns amplos, em que se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo. A nível nacional as Conferências devem ser realizadas de quatro em quatro anos e nos níveis estaduais e municipais, de dois em dois anos, sendo convocadas pelo poder executivo e, extraordinariamente, pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis (BRASIL, 1998; CAMPOS, 2006).

Até o presente momento foram realizadas quinze Conferências Nacionais de Saúde, conforme linha do tempo apresentada abaixo. Destas, oito realizadas antes da criação do SUS e sete após, sendo a 16ª prevista para ocorrer em 2019. Cada uma das Conferências abordou temáticas referentes às necessidades e problemática de saúde de cada período histórico, com um destaque à 8ª CNS, considerada como um “divisor de águas” em termos de debate sobre a necessidade da saúde ser considerada como um direito de cidadania.

FIGURA 04 – Linha do tempo das Conferências Nacionais de Saúde



FONTE: AUTORA.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com a finalidade de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde. Além disso, também é responsável por exigir os espaços para a participação popular e controle social no SUS (BRASIL, 1998; CAMPOS, 2006).

A participação, na perspectiva do controle social, possibilita à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da coletividade. Para isso, os conselhos – Conselho Nacional de Saúde, a nível federal; Conselho Estadual de Saúde, a nível estadual; e os Conselhos Municipais de Saúde, em nível municipal – tem garantida por lei a paridade de forças: 50% representantes dos usuários e 50% representantes dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e gestor, qualquer que seja o número de conselheiros (BRASIL, 1998; CAMPOS, 2006).

Para que um conselho funcione com efetividade, que exerça de fato o controle social, algumas condições são necessárias, além das previstas em lei, pois é fundamental que o conselho seja representativo e tenha legitimidade. Assim, a participação social é um processo, em permanente construção, que comporta avanços e recuos e, por isso, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos (BRASIL, 1998; CAMPOS, 2006).



INTERATIVIDADE: Para enriquecer os conhecimentos recomenda-se assistir o documentário "Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde". O documentário conta a história das políticas de saúde em nosso país, em articulação com a história política brasileira, destacando os mecanismos que foram sendo criados para a sua implementação.

Links: <https://youtu.be/YmUsYSpi-GQ>

ATIVIDADES DE REFLEXÃO OU FIXAÇÃO

1. Como era a assistência à saúde antes de se ter o Sistema Único de Saúde – SUS? E depois, com a criação do SUS, o que mudou?

2. Quais são os princípios e diretrizes que sustentam a estruturação do SUS no país? Explique-os.

3. Do ponto de vista da história, quais são as normas que tem regulamentado o processo de descentralização da gestão no país? Explique-as.

4. Apresente três características do modelo de atenção à saúde biomédico e do modelo alternativo.

5. Considerando que a desigualdade social no Brasil encontra-se historicamente condicionada, e que acompanha a realidade de cada momento ou época histórica, a partir dos estudos propostos nesta Unidade, elabore uma síntese histórica sobre a luta pela saúde no país.

4

POLÍTICAS PÚBLICAS DE
SAÚDE E O AMBIENTE
RURAL

INTRODUÇÃO

Para finalizar a nossa caminhada de estudos, na Unidade 4 da disciplina *Terra, Trabalho e Saúde* abordaremos temas relacionados às principais políticas públicas de saúde voltadas para o rural, a partir da criação do Sistema Único de Saúde – SUS e do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – MST. Além disso, discutiremos os desafios a serem enfrentados para a sua viabilização e desenvolvimento. Relembrando que o SUS, criado na Constituição Federal Brasileira de 1988, garante o acesso da população às ações e serviços de saúde, considerando as diferentes realidades em que estas populações estão inseridas. Neste sentido, são formulados um conjunto de políticas públicas de saúde com o intuito de apoiar e direcionar o desenvolvimento destas ações e serviços de saúde.

Para tanto, esta última unidade de aprendizado foi constituída a partir de duas subdivisões. A primeira refere-se à Relação das principais políticas públicas de saúde e o rural, na qual elencamos as que têm relação com o ambiente rural, destacando a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – PNSIPCFA, criada em 2014, com o objetivo de garantir o direito e o acesso à saúde das populações que residem no campo, na floresta e nas águas, por meio do Sistema Único de Saúde - SUS. A segunda subdivisão refere-se aos Desafios na implementação das políticas públicas de saúde voltadas para o rural, principalmente frente à conjuntura econômica, política e social vivenciada nos últimos tempos.

Desejamos a todos um ótimo estudo!

4.1

RELAÇÃO DAS PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O RURAL

Além do aparato jurídico-legal que sustenta o processo de descentralização da gestão em saúde, vem sendo formulado e proposto ao longo dos anos, mais fortemente a partir do ano 2000, um conjunto de políticas na saúde na perspectiva de fortalecer a implantação e implementação do SUS. Essas políticas levam em conta a diversidade populacional brasileira, bem como as especificidades e necessidades em saúde vivenciadas pelas populações.

Porém, como vivenciamos na saúde um momento de transição entre um pensamento hegemônico para um contra-hegemônico, é possível perceber que em determinados governos a lógica das políticas segue sendo centrada nas doenças biológicas, em detrimento da visão ampla de saúde (MEHRY, 1997; CAMPOS, 2006; CAMPOS; GUERRERO, 2008).

Considerando, portanto, um movimento contra-hegemônico na saúde, no sentido da efetivação do SUS, a matriz organizativa das políticas de saúde busca contemplar não só as doenças que acometem as populações, mas sim elementos ligados às suas condições de vida, exigindo, assim, um trabalho interdisciplinar e intersetorial na saúde. A matriz organizacional das Políticas de saúde compreende a seguinte divisão: políticas de saúde na área assistencial, políticas de saúde na área das vigilâncias e políticas de saúde estratégicas (CARRARO; MARY, 2001; FIGUEIREDO, 2005; DESLANDES, 2006; CAMPOS; GUERRERO, 2008).

As políticas de saúde na área assistencial estão divididas em Estruturantes, Transversais e Especiais. As Estruturantes compreendem o ciclo vital: Criança, Adolescente, Adulto e Idoso; as Transversais compreendem as Políticas de Humanização, Promoção da Saúde, Controle e prevenção DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Educação popular em saúde, Trabalhador, Atenção básica, Práticas Integrativas e Complementares no SUS, entre outras; e as Especiais se referem às Políticas de saúde ligadas às populações Quilombolas, Indígenas, Negra, do Campo, da Floresta e das Águas, LGBT, Situação de Rua, entre outras (CARRARO; MARY, 2001; FIGUEIREDO, 2005; DESLANDES, 2006; CAMPOS; GUERRERO, 2008).

As políticas de saúde que se referem à área das vigilâncias compreendem a Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Vigilância Ambiental e Vigilância Trabalhador. As políticas de saúde estratégicas são: a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde – EACS; Estratégia de Saúde da Família – ESF. Para qualificar a atuação das equipes de ESF, foi criado também o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (CARRARO; MARY, 2001; FIGUEIREDO, 2005; DESLANDES, 2006; CAMPOS; GUERRERO, 2008).

Assim, compreende-se que muitas das proposições das políticas de saúde acima

descritas têm relação direta com as pressões sociais exercidas por certos segmentos populacionais, na perspectiva de garantir as suas especificidades de atendimento no SUS. O que se pretende, portanto, é a construção de práticas de saúde coletiva que saibam respeitar e interagir com a diversidade de saberes e práticas presentes nas comunidades, entendendo que cuidar vai além do saber científico.

Desta maneira, entende-se por política de saúde o conjunto de ações/atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional ou interdisciplinar prestadas à população, de acordo com as suas especificidades e com a finalidade de intensificar ações de prevenção de doenças, de promoção e de recuperação da saúde. Dentre essas ações/atividades estão: consultas, grupos, Atendimento domiciliar (visita e internação domiciliar), rodas de conversas em sala/corredores de espera ou nas comunidades, feiras/mutirões de saúde, campanhas (VASCONCELOS, 1997; MEHRY, 1997; CARRARO; MARY, 2001; FIGUEIREDO, 2005; DESLANDES, 2006; CAMPOS; GUERRERO, 2008).

As políticas de saúde são sistematizadas no cotidiano dos serviços por meio da elaboração de manuais e/ou protocolos de assistência à saúde, que devem retratar as condutas adotadas pela equipe de saúde frente às necessidades e problemáticas da população. Para tanto, torna-se necessário que os trabalhadores se utilizem das diferentes etapas que congregam o planejamento em saúde, quais sejam: diagnóstico, levantamento de problemas, listagem das estratégias de ação, implantação e implementação destas estratégias e, por fim, a avaliação para a elaboração desses documentos. Alguns autores reforçam a relevância da construção coletiva nesse processo, comprometendo a todos com a operacionalização das ações/atividades propostas. A integração entre trabalhadores e usuários torna-se a condição essencial para a obtenção de resultados impactantes na vida da população atendida (MEHRY, 1997; CAMPOS, 2006; CAMPOS; GUERRERO, 2008).

Portanto, a questão da saúde sempre esteve presente na agenda dos movimentos populares, seja entendida como assistência médica, como condição de vida, como saneamento básico, incluindo água tratada, esgoto, etc. Seu aparecimento como elemento central de uma forma de organização popular tem início somente no final da década de 1970, momento em que se iniciam as movimentações sociais para articular o fim da ditadura militar no país (GERSCHMAN, 2004).

No que se refere ao MST, a preocupação em discutir a situação de saúde nos acampamentos e assentamentos o levou a criar, em 1998, por meio de uma oficina nacional, em Brasília, o Coletivo Nacional de Saúde. Uma das discussões iniciais deste Coletivo foi sobre o fato de que o direito à saúde como conquista consagrada na Constituição Federal de 1988 não estava sendo assegurado na prática para quem vivia no contexto rural, sendo necessário o estabelecimento de princípios e diretrizes a serem seguidos na luta pela garantia da saúde nesse âmbito.

Frente às pressões que foram sendo exercidas, principalmente pelo MST, algumas medidas governamentais foram sendo tomadas com o passar dos anos, no sentido de contemplar as especificidades dessa realidade social. Dentre as medidas criadas, destaca-se a inclusão, a partir de 2004, da população assentada na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica Fixo e Variável e o incentivo para a implantação no âmbito rural da Estratégia de Saúde da Família – ESF. O objetivo principal dessa estratégia era prestar assistência integral a todas às famílias da sua

área de abrangência, com vistas à prevenção de doenças, à promoção e à recuperação da saúde, sendo considerada como uma potente ferramenta de reorientação do modelo assistencial hegemônico de saúde (CARNEIRO et al., 2007; CARVALHO, 2013; SOUZA, 2013).

Somadas a estas medidas voltadas especificamente para as necessidades da população do campo, foram elaboradas políticas de saúde para reforçar os caminhos a serem percorridos na promoção de uma assistência à saúde de qualidade. Dentre elas, destaca-se o Grupo da Terra, um colegiado de gestão do Ministério da Saúde, criado em 2005, com o objetivo inicial de elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – PNSIPCA (CARNEIRO et al., 2007).

Enquanto o Grupo da Terra desenvolvia seus trabalhos, nos anos seguintes foi sendo lançado um conjunto de políticas contributivas para o desenvolvimento de práticas de saúde alinhadas com a realidade social das diferentes populações e comprometidas com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS em âmbito nacional. Neste sentido, em 2006, é lançada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, buscando viabilizar a integração entre a medicina tradicional e a medicina complementar alternativa nos sistemas nacionais de atenção à saúde, favorecendo, assim, a adoção de práticas de saúde articuladoras entre os diferentes saberes e práticas presentes nas comunidades, tendo, portanto, no resgate da sabedoria popular o eixo norteador do processo de produção das ações em saúde.

Neste mesmo ano, a Política Nacional de Promoção à Saúde também é lançada, cuja institucionalização deu-se por meio da publicação da Portaria Nº 687 GM/MS, de 30 de março de 2006, num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio histórico cada vez mais complexo e que exigia a reflexão e a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. O objetivo principal dessa Política consistia em promover o desenvolvimento de ações intersetoriais, com vistas à melhoria da qualidade de vida das populações e à redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, tais como: modos de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Portanto, estava diretamente ligada à realidade de atuação dos profissionais envolvidos com a população do campo (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013; SOUZA, 2013).

A promoção da saúde, descrita na política de saúde, apresenta-se como um instrumento de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, fomentadora do diálogo entre as diversas áreas do setor de saúde, outros setores do Governo, setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e (co)responsabilidade em relação à qualidade de vida da população, em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Portanto, verifica-se que a promoção da saúde se realiza na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, com a finalidade de romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, provocada pelo modelo biomédico, reduzindo a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2006).

Ao reforçarmos a importância do desenvolvimento das práticas populares em

saúde no sentido de viabilizar a promoção da saúde, remetemos às experiências de educação popular em saúde, iniciadas lá na década de 1970, mas que foram formalizadas em uma política, em 2013. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde tem em seu cerne a proposta de desenvolvimento de ações de saúde pautadas numa relação dialógica entre profissionais de saúde e comunidade, levando em consideração as diferentes experiências sociais para potencializar o diálogo, a produção de conhecimento e as diferentes formas de intervenção na luta por saúde. Esse processo, que alia o saber científico e popular no desenvolvimento das ações de saúde, serve para fortalecer o entendimento de que saúde é um direito, devendo ser assegurado por ações governamentais e participação consciente da comunidade (BRASIL, 2013; SOUZA, 2013).

É deste período, também, o lançamento do Programa Mais Médicos, em julho de 2013, pela presidenta Dilma Rousseff, inserido em um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, tendo em vista o objetivo de aperfeiçoar a formação de médicos na Atenção Básica, ampliar o número de médicos nas regiões carentes do País e acelerar os investimentos em infraestrutura nos hospitais e unidades de saúde. Os profissionais envolvidos na sistemática do Programa cursam uma especialização em Atenção Básica, com acompanhamento de tutores e supervisores. Recebem bolsa formação de R\$ 10,4 mil por mês e ajuda de custo, pagos pelo Ministério da Saúde. Os municípios, em contrapartida, ficam responsáveis por garantir alimentação e moradia aos participantes (BRASIL, 2013; SOUZA, 2013).

Em 2014, o Grupo da Terra conclui suas atividades propondo a criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – PNSIPCFA, com o objetivo principal de garantir o direito e o acesso à saúde das populações que residem no campo, na floresta e nas águas, por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Reconhece-se, assim, as especificidades em relação aos seus modos de vida, produção e reprodução social que são relacionados predominantemente com a terra e a água. São grupos populacionais que vivem ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, camponesas/es, agricultoras/es familiares, trabalhadoras/es rurais assentadas/os ou acampadas/os, trabalhadoras/es assalariadas/os e temporárias/os e que requerem cuidados que levem em consideração o contexto de vida em que estão inseridos (BRASIL, 2013; SOUZA, 2013).

Essa política representa um marco importante na luta pela efetivação do SUS em cenários que historicamente foram desassistidos em virtude, principalmente, da dificuldade de acesso. Pensando no monitoramento e avaliação da PNSIPCFA, e sob a coordenação do professor Fernando Ferreira Carneiro, pesquisador da Fiocruz Ceará e colaborador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da UnB, estruturou-se um Observatório denominado OBTEIA, com o objetivo de avaliar e contribuir para implantação da Política por meio da construção de uma Teia de Saberes e Práticas, que envolve movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, gestoras/es e trabalhadoras/es do SUS e a academia. Essa teia tem como pressupostos a cooperação e a solidariedade, no sentido de manter um diálogo crítico e horizontal, aproximando distintos saberes em prol da luta pelo direito à saúde dessas populações (CARNEIRO et al., 2014).

O foco das ações desse Observatório, em diálogo com os movimentos e organiza-

ções sociais, tem sido de visibilizar informações sobre as populações atendidas, por meio de um portal interativo na internet que reúne dados, notícias, estudos, vídeos, entre outras. Com isso, visa contribuir e fomentar o debate acerca de referenciais críticos e métodos de pesquisa coerentes com o modo de viver das populações, permitindo, assim, a qualificação das práticas de saúde desenvolvidas. Essa experiência vem possibilitando o envolvimento de distintos grupos e o reconhecimento político dessa ferramenta como estratégia de fortalecimento e melhoria da produção de informações capazes de disparar ações e decisões focadas nas populações do campo, da floresta e das águas (CARNEIRO et al., 2014).



SAIBA MAIS: Recomendamos que acessem o link do Observatório de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – Obteia, disponível em www.saudecampofloresta.unb.br, para conhecimento dos materiais e estudos.

Neste sentido, compreende-se que a atuação do MST, via Coletivo Nacional de Saúde, nos acampamentos e assentamentos, aliada ao conjunto de políticas de saúde que foram sendo implementadas ao longo dos anos, tem viabilizado elementos importantes para a organização das comunidades e para a mobilização política em torno da luta por melhores condições de vida. Essa forma de atuação vai ao encontro dos objetivos do SUS, na medida em que a conquista de uma vida saudável se associa à realização da conquista da terra e da Reforma Agrária. Dessa forma, várias estratégias são mobilizadas pelo MST para que essas políticas públicas de saúde possam ser viabilizadas em suas áreas, as quais envolvem a realização de marchas, encontros, mobilizações, cursos e negociações de pautas de luta com os órgãos da saúde, entre outras (CARNEIRO et al., 2007).



SAIBA MAIS: Recomendamos a leitura do Texto 15 - A conquista da terra e o acesso à saúde pública em Nova Santa Rita (RS): lutas coletivas (página 292), que integra o Capítulo 3 do livro chamado *Campo, Floresta e Águas – Práticas e Saberes em Saúde*, disponível em:
http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2019/01/LivroObteia_NOV2018_Vers%C3%A3oWEB.pdf

4.2

DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O RURAL

Em 2018, ao se comemorar os 30 anos de SUS, vários balanços, análises críticas e debates têm sido desenvolvidos e vinculados ao projeto e ao processo da Reforma Sanitária Brasileira. Apesar do subfinanciamento crônico, dos problemas da gestão, da privatização do setor e da sabotagem dos governos, são evidenciados os avanços do SUS. Dentre esses, citamos: o reconhecimento legal do direito à saúde, a descentralização da gestão, o controle social, a ampliação da atenção primária vinculando 60% da população brasileira às equipes de saúde da família e o desenvolvimento da vigilância em saúde. Além disso, dispõe de uma rede de instituições de ensino e pesquisa que se articulam com os serviços de saúde, enriquecendo os processos formativos e de práticas. Também são identificados avanços na realização de transplantes, no SAMU e no controle do tabagismo, do HIV/AIDS e da qualidade do sangue, no desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, bem como na pesquisa e na avaliação tecnológica em saúde (PAIM, 2018).

Neste sentido, é possível compreender que, em diferentes momentos da história do país, as lutas sociais em torno da saúde estiveram presentes, influenciando e sendo influenciadas pela conjuntura política, econômica e social de cada período. Das disputas entre os distintos projetos e as diferentes forças sociais, resultaram as políticas governamentais nesta área (LIMA, 2006).

De acordo com Campos (2016), esse ciclo de lutas sociais produziu mudanças significativas na cultura e nas práticas de saúde no país, especialmente a partir da década de 1980, com a criação do SUS, que emerge num contexto nacional de redemocratização. Práticas estas que foram construídas numa nova lógica, próximas da comunidade e da realidade em que vivem, na perspectiva de superar o distanciamento proporcionado pelo modelo biomédico.

Portanto, a saúde pode ser considerada como um campo em constante desenvolvimento e articulação através dos tempos. Esse processo possibilita a partilha de diferentes conhecimentos, ampliando a compreensão das diversas crises econômicas e sociais, bem como seus respectivos impactos para a saúde da população, reforçando a necessidade do desenvolvimento das práticas articuladas, intersetoriais e emancipatórias de saúde na busca pela equidade e justiça social (BRASIL, 2013).

ATIVIDADES DE REFLEXÃO OU FIXAÇÃO

1. Considerando que os estados de saúde e doença são historicamente condicionados, e que ocorrem na vida das pessoas de maneira dinâmica, acompanhando a realidade de cada momento ou época histórica, elabore uma síntese histórica relacionando a criação das principais políticas de saúde com a atuação do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra – MST.

2. Na sua percepção, quais são os principais desafios encontrados para a realização das políticas de saúde voltadas para o rural?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que os estudos das unidades que compõem a disciplina *Terra, Trabalho e Saúde* possam ter contribuído para o desenvolvimento de uma análise crítica da questão agrária brasileira, relacionando-a com a trajetória histórica da saúde no país. Dessa forma, é possível identificar os principais problemas que atingem as populações rurais e as políticas públicas intersetoriais, formuladas na perspectiva de resolver essas problemáticas e melhorar, assim, a qualidade de vida destas populações.

Na Unidade 1, intitulada QUESTÃO AGRÁRIA NO BRASIL, foram estudadas de maneira contextualizada as diferenças que envolvem a questão agrária e a questão agrícola no país, os regimes fundiários, a História da questão agrária, bem como os principais autores clássicos e contemporâneos que tratam desse tema.

Na Unidade 2, intitulada ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL, foram estudados aspectos relacionados às condições de vida e de saúde da população rural, os principais indicadores de saúde presentes no meio rural, a concepção de saúde e doença através dos tempos e, por fim, uma síntese sobre os modelos explicativos do processo saúde-doença.

Na Unidade 3, chamada de HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL, foram apresentados e estudados elementos que permitiram a compreensão de como era a saúde no período anterior e no período posterior à Reforma Sanitária, destacando a criação e legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na última unidade, denominada POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O AMBIENTE RURAL, foram estudadas as relações das principais políticas públicas de saúde e o rural, bem como os desafios na implementação das políticas públicas de saúde voltadas para o rural.

Acreditamos que os conhecimentos que foram propiciados pela disciplina possam ter contribuído para enriquecer seus processos formativos e, assim, sustentar a futura atuação como educadores.

Obrigada pela participação e envolvimento de todos!

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e Silva. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out./dez. 2014.

ALMEIDA, Rosemeire Aparecida; PAULINO, Eliane Tomiasi. Fundamentos teóricos para o entendimento da questão agrária: breves considerações. **Geografia**, Londrina, v. 9, n. 2, p. 113-127, 2000.

ANDRADE, João Tadeu de; MELLO, Márcio Luiz; HOLANDA, Violeta Maria de Siqueira. **Saúde e cultura: diversidades terapêuticas e religiosas**. Fortaleza: EdUECE, 2015.

AROUCA, Antonio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BERGAMASCO, Sonia Maria Pessoa Pereira. A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 37-49, 1997.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília/DF, 1988.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do conselheiro de saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro: Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e cidadania**: para gestores municipais de serviços de saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portaria MDA nº 80, de 24 de abril de 2002. Adota as denominações e os conceitos aplicáveis ao Ministério do Desenvolvimento Agrário e sua entidade vinculada, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abr. 2002.

BRASIL, Lei 11.326, de 24 de julho de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série Pactos pela Saúde 2006**. Brasília: Editora do MS, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-37.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

_____. Reforma Política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar. /abr. 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Estratégias para consolidação do SUS e do direito à saúde. **Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva**, n. 3, nov. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARNEIRO, Fernando Ferreira. **A saúde no campo**: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí. 2005. Tese (Doutorado em Ciência Animal) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; RIGOTTO, Raquel Maria; FRIEDRICH, Karen Friedrich; BÚRIGO, André Campos. **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

CARRARO, T. E.; MARY, E. A. **Metodologia para assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: ABEditora, 2001.

CARVALHO, Wilson Andrade; MATOS, Graciela Brige; CRUZ, Sergio Lima Barros; RODRIGUES, Daisy Schwab. Intoxicação aguda por aldrin: relação dos níveis séricos com efeitos tóxicos no homem. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 39-46, 1990.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudanças. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAVALIERE, Maria J.; CALORE, Edenilson E.; PEREZ, Nilda M.; RODRIGUES PUGA, Flávio. Miotoxicidade por organofosforados. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 267-272, 1996.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2009. p. 117-130.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS – CNM, 2008.

COLETTI, Claudinei. O MST e os limites da luta pela terra no Brasil. II Simpósio Estadual Lutas Sociais na América Latina - Crise das democracias latino-americanas: dilemas e contradições. 2006. Londrina, PR. **Anais II Simpósio Estadual Lutas Sociais na América Latina - Crise das democracias latino-americanas: dilemas e contradições**. Londrina/PR: Universidade Estadual de Londrina, 2006. p. 1-14.

CRUZ, José Francisco das Graças. **Assistência à saúde no Brasil: evolução e o Sistema Único de Saúde**. Pelotas: Educat, 1998.

DAVID, Helena Maria S. Leal; ACIOLI, Sonia. Formação profissional e educação popular a partir de uma experiência curricular em graduação em enfermagem. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DELGADO, Guilherme Costa. **Questão Agrária e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

DICKEL, Simone Lopes. O processo histórico de desapropriação da Fazenda Annoni. In: XXVIII Simpósio Nacional de História: Lugares dos historiadores: velhos e novos desafios. 2015. Florianópolis/SC. **Anais XXVIII Simpósio Nacional de História. Lugares dos historiadores: velhos e novos desafios**. Florianópolis/SC: Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), 2015. p. 01-16.

DINIZ, Aldiva Sales. Reforma Agrária brasileira: uma breve discussão. **Revista Homem, Espaço e Tempo**. Sobral, CE, p. 25-39, out. 2010.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERNANDES, Bernardo Mançano. Brasil: 500 anos de luta pela terra. **Revista de Cultura Vozes**, v. 2, 1999.

_____. **A formação do MST no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

_____. O MST e as reformas agrárias do Brasil. **Revista OSAL - Observatório Social de América Latina**. Buenos Aires, v. 9, p. 73-85, 2008.

FERNANDES, Bernardo Mançano; MEDEIROS, Leonilde Servolo de; PAULINO, Maria Ignez (Org). **Lutas camponesas contemporâneas**: condições, dilemas e conquistas: a diversidade das formas de luta no campo. V. 2. São Paulo: UNESP; Brasília, DF: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2009, p. 254.

FIGUEIREDO, Nélia M. Almeida de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

FILIPPI, Eduardo Ernesto. **Reforma agrária**: experiências internacionais em reordenamento agrário e a evolução da questão da terra no Brasil. 1. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 2005.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

GIRARDI, Eduardo Paulon; FERNANDES, Bernardo Mançano. A luta pela terra e a política de assentamentos rurais no Brasil: a Reforma Agrária conservadora. **Agrária**, São Paulo, n. 8, p. 73-98, 2008.

GRAZIANO DA SILVA, José Francisco. **A modernização dolorosa**: Estrutura agrária, fronteira agrícola e trabalhadores rurais no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

_____. O novo rural brasileiro. **Revista Nova Economia**. Belo Horizonte: v.7, n. 1, maio 1997.

_____. **A nova dinâmica da agricultura brasileira**. Campinas: Unicamp-Instituto de Economia, 1996.

JUNIOR, A. G. da S. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

LIMA, Juliano de Carvalho. História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil. **Revista Trabalho Necessário**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 01-33, 2006.

MARTINS, José de Souza. **Os camponeses e a política no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1981.

_____. José de Souza. Reforma agrária: o impossível diálogo sobre a História possível. **Tempo social, Rev. Sociol.** USP, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 97-128, 1999.

MATOS, Patrícia Francisca; PÊSSOA, Vera Lúcia Salazar. A modernização da agricultura no Brasil e os novos usos do território. **Geo UERJ**, v. 2, n. 22, p. 290-322, 2011.

MAZIN, Angelo Diogo; ESTEVAM, Douglas; STEDILE, Miguel Enrique. **História do MST: a gente cultiva a terra e ela cultiva a gente**. Veranópolis: Instituto de Educação Josué de Castro, 2016.

MEDEIROS, Leonilde Servolo de. As novas faces do rural e a luta por Terra no Brasil Contemporâneo. **Nômad**, n. 20, p. 210-219, 2004.

MELO, Enirtes Caetano Prates; CUNHA, Fatima Teresinha Scarparo. **Fundamentos da Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth. **Saúde e igualdade: a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Ano 15, n. 264, v. 15, 2017.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MERHY, Emerson Elias (Coord.). **A produção do cuidado em diferentes modalidades de redes de Saúde, do Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa**. Brasília, DF: SAS-MS, out. 2013b (Relatório Final).

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MIRALHA, Wagner. Questão agrária brasileira: origem, necessidade e perspectivas de reforma hoje. **Revista Nera**, n. 8, p. 151-172, 2012.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA – MST. **Segunda turma de Agronomia do Instituto Educar foca na formação agroecológica**. Disponível em: <<http://www.mst.org.br/2015/06/24/segunda-turma-de-agronomia-do-instituto-educar-foca-na-formacao-agroecologica.html>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

_____. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PEREIRA, João Márcio Mendes; ALENTEJANO, Paulo. Terra, poder e lutas sociais no campo brasileiro: do golpe à apoteose do agronegócio (1964-2014). **Tempos Históricos**, Marechal Cândido Rondon, PR, v. 18, p. 73-111, 2014.

PERES, Frederico et al. Comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos em região agrícola do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 564-570, 2001.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades**. Brasília: IPEA, 1984.

RAMIRO, Patrícia Alves. **Assentamentos rurais: o campo das sociabilidades em transformação: o caso dos assentados do Nova Pontal**. 2008. 156f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

RIBEIRO, Bianca Alves Lima; CAMELLO, Thereza Cristina Ferreira. Reflexões sobre o uso de agrotóxicos e suas consequências. **Revista Sustinere**, v. 2, n. 2, p. 27-35, 2014.

RODRIGUES NETO, Eleutério. A via do parlamento. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SANTOS, Boaventura de Souza Santos. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. Um olhar sobre o dossiê a partir da ecologia de saberes, por Boaventura de Sousa Santos. In: CARNEIRO, Fernando Ferreira et al. (Org.) **Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

SANTOS, Rafael Oliveira Coelho. O que teve de reforma agrária no governo Lula? Campo-território: **Revista de Geografia Agrária**, Uberlândia, MG, v. 6, n. 12, p. 01-16, 2011.

SANTOS FILHO, Eladio et al. Concentrações sanguíneas de metais pesados e praguicidas organoclorados em crianças de 1 a 10 anos. **Rev. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 59-67, 1993.

SCHWENDLER, Sonia Fátima. A participação da mulher na luta pela terra: dilemas e conquistas. In: FERNANDES, Bernardo Mançano; MEDEIROS, Leonilde Servolo de; PAULILO, Maria Ignez (Orgs). **Lutas camponesas contemporâneas: condições, dilemas e conquistas. A diversidade das formas das lutas no campo. V. 2.** São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2009. p. 203-221.

SEMINOTTI, Jonas José. Os movimentos sociais do meio rural do Alto Uruguai Gaúcho: FETRAF e Via Campesina. In: TEDESCO, João Carlos; CARINI, Joel João. **Conflitos agrários no norte gaúcho. V. 3.** Passo Fundo: IMED, 2010.

SILVA, Émerson Neves da. **Formação e ideário do MST.** São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2004.

SILVA, Gustavo Bianchi; BOTELHO, Maria Izabel V. O processo histórico da modernização da agricultura no Brasil (1960-1979). **Revista de Extensão e Estudos Rurais**, v. 3, n. 1, 2015.

SIQUEIRA, Soraia Lemos de; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Agrotóxicos e saúde humana: contribuição dos profissionais do campo da saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 584-590, 2008.

SOARES, Wagner Lopes; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uso de agrotóxicos e impactos econômicos sobre a saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 209-217, 2012.

SOUZA, Maria do Socorro. **Questão agrária e direito à saúde: o lugar da saúde no projeto político do Movimento Sindical de Trabalhadores(as) Rurais.** 2013. 225 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

SOUZA-ESQUERDO, Vanilde Ferreira; BERGAMASCO, Sonia Maria Pessoa Pereira. Reforma Agrária e Assentamentos Rurais: perspectivas e desafios. V Jornada de Estudos em Assentamentos Rurais, 2011. Campinas/SP. **Anais V Jornada de Estudos em Assentamentos Rurais.** Campinas/SP: Feagri/Unicamp, 2011. p. 01-23.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento Municipal em Saúde.** Salvador: Fred Lima, 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: Editora UFBA, 2006.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface**, Botucatu, SP, v. 5, n. 8, p. 121-126, fev. 2001.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de Saúde.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

APRESENTAÇÃO DA PROFESSORA AUTORA

Alessandra Regina Müller Germani

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (1999), Especialização em Docência na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2015), Mestrado em Enfermagem - Área de Concentração Saúde, Sociedade e Filosofia pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2002), Doutorado em Extensão Rural - Área de Concentração Extensão Rural e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural (PPGExR), da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (2015 - 2019). Atuou como Diretora das Ações em Saúde no município de Restinga Sêca/RS (1999) e Diretora de Saúde Coletiva no município de Santa Maria/RS (2001-2002). Na docência, atuou como Professora Substituta, na Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (1999-2001); Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago/RS (2002-2004) e Campus de Frederico Westphalen/RS (2002 - 2010), Professora Colaboradora no Curso de Pós-graduação - Especialização em Saúde Coletiva, no Centro Universitário Franciscano - UNIFRA/RS (2007-2010); Professora do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó/SC (2010-2013) e do Curso de Graduação em Medicina no Campus Passo Fundo/RS (2013 em diante). Tem experiências de gestão acadêmica e de serviço, ensino, pesquisa, extensão e pós-graduação voltadas à saúde coletiva, atuando em diversos Conselhos, Comissões e Comitês.