



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

CREUNICE NASCIMENTO DA SILVA

**REFORMA AGRÁRIA E SAÚDE PÚBLICA: A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE
NO ASSENTAMENTO ROSELI NUNES, MUNICÍPIO DE MIRASSOL D'
OESTE, MATO GROSSO**

RIO DE JANEIRO

2016

CREUNICE NASCIMENTO DA SILVA

**REFORMA AGRÁRIA E SAÚDE PÚBLICA: A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE
NO ASSENTAMENTO ROSELI NUNES, MUNICÍPIO DE MIRASSOL D’
OESTE, MATO GROSSO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Escola de Serviço Social da Universidade Federal
do Rio de Janeiro como requisito básico para a
conclusão do Curso de Serviço Social.**

Orientador (a): Prof. Dr. Gustavo Javier Repetti

RIO DE JANEIRO

2016

**REFORMA AGRÁRIA E SAÚDE PÚBLICA: A ORGANIZAÇÃO DA
SAÚDE NO ASSENTAMENTO ROSELI NUNES, MUNICÍPIO DE MIRASSOL
D' OESTE, MATO GROSSO**

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Javier Repetti
(Orientador)

Prof^ª. Dr^ª. Maristela Dal Moro
(Examinador 1)

Prof^ª. Dr^ª. Silvana Veronica Galizia
(Examinador 2)

*“Negar ao povo os seus direitos
é pôr em causa a sua humanidade.
Impor-lhes uma vida miserável
de fome e privação é desumanizá-lo.”*

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Ao MST, sujeito coletivo que constrói as possibilidades de condução ao caminho do saber.

Aos companheiros/as do MST/MT que acreditaram no meu compromisso com essa organização e me indicaram para fazer parte da turma do curso de Serviço Social.

Aos meus pais (Nair e Bertolino), irmãos e irmãs pelo incentivo aos estudos e colaboração financeira ao longo dos cinco anos do curso.

Em especial ao meu irmão Claudio N. da Silva que me apresentou o MST e me incentivou de maneira brilhante com seu grandioso exemplo a contribuir na luta desse movimento.

Ao meu orientador Gustavo Repetti pelo esforço, paciência, compromisso, dedicação e pela excelente orientação.

As minhas grandes companheiras de curso (Samara, Eliete, Daiane, Josiane, Ernestina, Aldeane e Gidalva) pelo companheirismo, amizade e apoio.

As minhas supervisoras de estágio (Roseni, Maria de Lourdes e Noemi) que contribuíram de forma brilhante com a minha formação acadêmica.

Aos companheiros/as (Jenair e Dona Ana Martins) do assentamento Roseli Nunes que contribuíram com informações importantíssimas na realização desse trabalho.

LISTAS DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ACSR: Agente Comunitário de Saúde Rural

AMA: Assistência Médica Ambulatorial

ANEPS: Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde

APS: Atenção Primária a Saúde

ARPA: Associação Regional de Produção Agroecológica

CAPs: Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CF: Constituição Federal

CNS ⁽¹⁾: Conferência Nacional de Saúde

CNS ⁽²⁾: Coletivo Nacional de Saúde

CNRS: Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CPT: Comissão Pastoral da Terra

CUT: Central Única dos Trabalhadores

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde

DNRU: Departamento Nacional de Endemias Rurais

EC: Emenda Constitucional

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FASE: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo

FHC: Fernando Henrique Cardoso

FUNRURAL: Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAPs: Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCRA: Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INPS: Instituto Nacional de Previdência Social

LOA: Lei Orçamentária Anual

MAB: Movimento dos Atingidos por Barragens

MES: Ministério da Educação e Saúde

MESP: Ministério da Educação e Saúde Pública

MPA: Movimento dos Pequenos Agricultores

MST: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

OMS: Organização Mundial da Saúde

PA: Projeto de Assentamento

PAA: Programa de Aquisição de Alimentação

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS: Programa de Agentes de Saúde

PASCAR: Programa de Apoio a Saúde Comunitária de Assentamentos Rurais

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNACS: Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PNAE: Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PND: Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA: Plano Plurianual

PSF: Programa Saúde da Família

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

STR: Sindicato dos Trabalhadores Rurais

LISTA DE MAPAS

MAPA 1 – Mapa de localização do Município de Mirassol d’ Oeste, MT.....	47
MAPA 2 – Mapa de localização do PA Roseli Nunes.....	50

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	10
2. APRESENTAÇÃO.....	11
3. INTRODUÇÃO.....	14
4. CAPÍTULO I – A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL.....	17
4.1. Histórico da Saúde Pública no Brasil.....	17
4.2. A Saúde Pública no campo.....	25
4.3. A política do PSF.....	29
5. CAPÍTULO II – O MST E A SAÚDE.....	33
5.1. Saúde no MST.....	33
5.2. O setor de saúde no MST.....	41
5. CAPÍTULO III – A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MIRASSOL D’ OESTE-MT.....	45
5.1. Histórico do município de Mirassol d’ Oeste - MT.....	45
5.2. Histórico do Assentamento Roseli Nunes.....	49
5.3. A organização da política pública de saúde no município de Mirassol d’ Oeste-MT.....	54
5.2 A organização da saúde no Assentamento Roseli Nunes.....	55
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

1. RESUMO

RESUMO: este trabalho tem como objetivo abordar a trajetória da saúde pública no Brasil apresentando os principais marcos desse contexto e como o estado vem atuando nessa política. É também abordada aqui a concepção de saúde defendida pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) como forma de fortalecimento do Setor de Saúde criado dentro desse movimento. Compreendendo a constituição e a organização desse setor apresentaremos também como a saúde está organizada no Assentamento Roseli Nunes no município de Mirassol d' Oeste, Mato Grosso e como as famílias tem buscado o acesso aos serviços de saúde e como tem produzido saúde no assentamento.

Palavras chave: Saúde pública; Saúde no MST e Setor de Saúde.

2. APRESENTAÇÃO

Os direitos sociais no Brasil foram conquistados a base de luta da classe trabalhadora. E mesmo depois dos direitos conquistados na Constituição Federal (CF) de 1988 os trabalhadores ainda precisam lutar para que estes sejam efetivados e não reduzidos. Com a saúde não foi diferente. Ela foi reconhecida como direito social na CF/88, se tornando de responsabilidade do Estado garantir que todo cidadão tenha acesso a ela, porém o acesso aos serviços de saúde sempre foi difícil, principalmente no campo.

Diante dessa problemática da falta de acesso a Saúde Pública no campo essa pesquisa aprofunda esse debate compreendendo como os/as assentado/as do Assentamento Roseli Nunes, município de Mirassol d' Oeste, estado de Mato Grosso têm acessado a saúde desde o início do assentamento, entendendo acesso como condições de infraestrutura, localidade, locomoção, ou seja, aspectos relacionados a efetivação de fato do direito a saúde.

O desenvolvimento desse trabalho terá extrema relevância para o Serviço Social, pois aborda assuntos referentes as políticas públicas, área de atuação do Assistente Social, analisando a função do Estado e sua atuação de fato na implementação das políticas e no questionamento deste enquanto reproduzidor do sistema capitalista. Também será relevante para o MST principalmente para fortalecer o debate de implementação dos direitos sociais aos trabalhadores do campo, haja vista que é uma grande demanda para esse público que se encontra em um espaço considerado atrasado e sem nenhuma intervenção estatal que supra a demanda dos trabalhadores. Por outro lado a pressão do modelo do agronegócio, que ocupa esse espaço, ocasiona o êxodo rural ficando mais difícil a sobrevivência para os que ainda resistem.

O acesso a saúde no campo é ainda mais complexo que na cidade devido a diversas dificuldades que a população do campo encontra diariamente. O campo está exposto a um modelo social excludente, sendo que o projeto de governo se preocupa apenas na redução dos conflitos existentes no campo. A falta de infraestrutura (estradas, pontes, postos de saúde, ambulâncias e outros) também é um dos principais fatores que impedem a população rural de ter acesso à saúde.

O Estado através de políticas públicas deveria garantir, em todo território nacional qualidade nos atendimentos médicos, saneamento básico, infra-estrutura e tudo o que

fosse necessário para “um complexo de bem estar físico, mental e social”, característico na definição de saúde segundo a OMS. Entretanto, ao analisarmos essa questão ou mesmo quando necessitamos desse serviço é possível perceber que de fato esse direito não se efetiva. Faltam políticas que garantam acesso a saúde principalmente na saúde preventiva.

Como já foi dito, a Saúde Pública foi um direito social conquistado pelos trabalhadores na CF de 1988, tendo caráter universal. Entretanto, esse direito de fato não se efetiva, sendo precário o atendimento à saúde, sem infra estrutura adequada, etc. Percebendo esses fatores, principalmente através do dia a dia, é que julgamos relevante fazer um estudo introdutório da situação da Saúde Pública no meio rural, mais precisamente nos assentamentos de Reforma Agrária do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), delimitando o Assentamento Roseli Nunes no município de Mirassol d’ Oeste no Estado de Mato Grosso.

O assentamento em pesquisa é atendido pelo Programa Saúde em Família (PSF), contando também com Agentes Comunitários de Saúde do próprio assentamento. A origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição e a Lei 8.080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de Saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da Saúde.

No primeiro capítulo será contextualizada a saúde pública no Brasil compreendendo como se dá a organização da saúde enquanto direito social, será contextualizada também a saúde no campo, abordando como o Estado intervém com políticas para esse espaço, e ainda será feita uma análise do Programa Saúde da Família (PSF).

No segundo capítulo será relacionada a concepção de saúde presente no SUS e a proposta do setor de saúde do MST, elencando a atuação do Setor de Saúde dentro da organização.

Por fim, no terceiro capítulo, será feito um breve histórico do município de Mirassol d’ Oeste e do assentamento Roseli Nunes, elencando o processo de luta e de organização do assentamento. Identificaremos como se organiza a rede de assistência e promoção à saúde no município e na particularidade do assentamento, identificando como os assentados têm produzido e acessado a saúde.

Para estudar esse tema, primeiramente foi utilizada a pesquisa bibliográfica com materiais indicados pelo orientador, utilizados em algumas disciplinas do curso, fornecidos pelo movimento, principalmente alguns produzidos pelo setor de saúde.

Foram também utilizada pesquisa pela internet, em sites de referências voltadas para a nossa realidade, no próprio site do MST, na página do município de Mirassol d' Oeste, onde localiza o PA Roseli Nunes.

Por fim, foi realizado debate com o setor de saúde do MST, onde contribuíram com informações sobre a função do setor que na verdade atualmente é um coletivo de saúde, repassaram informações importantíssimas que contribuíram para construção principalmente do segundo capítulo. É também foi realizada conversa com assentados/as do assentamento em pesquisa que conhecem todo o processo de construção do assentamento e como funciona a saúde nesse espaço.

Creunice Nascimento da Silva

Mirassol d' Oeste, MT, dezembro de 2015.

3. INTRODUÇÃO

O acesso a saúde no Brasil pelos trabalhadores no século XIX se constituiu através da filantropia, pois a medicina estava apenas ao alcance dos proprietários de terras que podiam pagar por esses serviços. O Estado intervia somente na obrigatoriedade do controle de epidemias com o objetivo de não causar entraves ao sistema econômico do país.

A partir da década de 1930 as alterações na sociedade brasileira ocorreram em torno de uma industrialização nascente que acelerou a urbanização e conseqüentemente o aumento da massa trabalhadora em condições precárias de saúde e higiene, possibilitando a redefinição no papel do Estado com as conquistas de políticas sociais pelos trabalhadores. A partir daí é que o Estado começou a intervir com políticas sociais no trato das manifestações da questão social. No campo da saúde pública foram incorporadas algumas iniciativas como, por exemplo, as campanhas temporárias e posteriormente iniciativas de organização do setor. Essas campanhas ocorriam apenas frente aos problemas graves de saúde que atingia a população, e assim que estes eram amenizados já cessavam as campanhas, por isso as chamavam de temporárias.

As primeiras ações do Estado na saúde estavam voltadas para os centros urbanos onde estava localizado o centro econômico. Somente no início de século XX que a saúde no interior do país começou a ganhar importância com as expedições de Oswaldo Cruz, porém como o foco estava na industrialização essas ações nos sertões perderam forças.

Essa mudança no modelo econômico trouxe consigo o adensamento das cidades e o surgimento de doenças devido às más condições de habitação, alimentação, etc. dos trabalhadores operários, ocasionando um descontentamento que culminou na luta por melhores condições de vida.

As iniciativas de organização do setor de saúde foram fundamentais pelas conquistas na área da saúde a partir da década de 1930, como por exemplo, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) que possibilitou uma grande reformulação no sistema sanitário. Portanto, as lutas populares foram interrompidas e os direitos até então conquistados foram reprimidos com a ditadura militar de 1964-1984.

Na ditadura militar o Estado agiu com repressão e assistência para tentar manter o controle dos trabalhadores, mesmo assim a luta pela intervenção do Estado na saúde e

pela democratização do país não cessava obtendo um momento expressivo com a emergência do Movimento Sanitário que reivindicava uma saúde pública universal, o que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde em 1988.

Na década de 1980 após superar o golpe militar a sociedade brasileira enfrentou uma crise econômica que prolonga até os dias atuais. A saúde entrou em pauta nas questões mais gerais como melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público, tendo como protagonistas os profissionais da saúde, movimentos sociais urbanos, partidos de oposição através do movimento sanitário. Dentre as reivindicações destacava-se a saúde como direito social propondo um sistema único e uma reforma sanitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde deu base para a inserção da saúde no tripé da seguridade social juntamente com a assistência social e a previdência social na Constituição Federal de 1988 onde ela foi colocada como direito de todos e dever do Estado. A CF representou a afirmação dos direitos sociais no Brasil.

Na década de 1990 o modelo neoliberal introduzido no Brasil impulsionou ataques e desmontes dos direitos sociais, inclusive na saúde, com o aprofundamento da lógica privatista que iniciou-se nos anos 1960 e 1970, políticas focalizadas e precarizadas, com a forte entrada do setor privado na prestação dos serviços que ainda eram de responsabilidade do setor público.

No campo o acesso aos direitos sociais sempre foi mais complexo que nas cidades devido as particularidades existentes nesse espaço. O agronegócio introduzido como forma de modernização da agricultura tomou o espaço das comunidades tradicionais rurais ocasionando um êxodo rural e a ausência de políticas para o pequeno produtor que ainda resistiam em suas terras.

A população do campo se organizou para reivindicar o acesso a terra e também a outros direitos sociais específicos para essa realidade culminando no surgimento de movimentos sociais de luta pela terra, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) em 1984. Esses movimentos possibilitaram uma maior organização da classe trabalhadora principalmente a partir da década de 1980.

Diante das várias reivindicações de saúde para o campo o Estado implementou o Programa Saúde da Família. A entrada do PSF na reformulação do setor de saúde possibilitou abranger o acesso ao meio rural, mesmo sendo um modelo com características voltadas a atender a população urbana.

Com a redução dos gastos do Estado para as políticas sociais na década de 1990 a luta se intensificou no campo e o MST teve que se organizar internamente para a efetivação e não redução dos direitos sociais se mobilizando em torno de estratégias de consolidação dos direitos através da organização dos setores em todas as instâncias desse movimento. No campo da saúde o setor se articula estabelecendo um conceito de saúde amplo que vai além do “não estar doente”, mas como forma de organização para sua promoção. Dessa forma “desenvolvem estratégias de organização e mobilização social para superar deficiências decorrentes da ausência ou insuficiência das políticas públicas” (VALENTINI, pág. 7), como a falta de infraestrutura nos assentamentos.

O MST tem o desafio de organizar as famílias assentadas para acessar a saúde e outros serviços no próprio assentamento quando o Estado fica ausente nessa questão. Os assentados buscam a saúde alternativa como forma de acesso a saúde principalmente na atenção preventiva.

3. CAPÍTULO I – A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

3.1 HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Durante as colônias e mesmo no início do Império no Brasil (1822-1889), somente os proprietários de terras e de escravos e a família real tinham acesso a medicina oficial. Os escravos utilizavam da solidariedade e dos curandeiros. Mesmo com o avanço da medicina, após a independência do Brasil (1822), não houve ampliação nos cuidados da saúde da população dos trabalhadores. O poder público se responsabilizava pela “polícia sanitária”, uma espécie de fiscalização de vacinas no controle da entrada de diversas epidemias no país e das já existentes. A vacina obrigatória chegou a ser considerada em todo território nacional a atuação maior inovadora no período da economia agroexportadora. Os serviços médicos hospitalares por um longo tempo ficaram na responsabilidade de entidades filantrópicas.

O quadro das atividades de saúde era de atenção à capital do império e descaso ao resto do país, com exceção dos mais ricos. Houve transferência de responsabilidade das atribuições da saúde nos cuidados da população aos municípios e estados, onde ao governo federal cabia a responsabilidade de fiscalização dos portos, ou seja, uma vigilância sanitária. A ação dos poderes públicos não se voltava para a assistência à saúde dos indivíduos, a saúde pública estava relacionada às crises sanitárias e não a uma estrutura permanente.

A lavoura cafeeira foi o motor de desenvolvimento econômico, como também da imigração e do populacionamento das cidades principalmente em São Paulo, ocasionando um desequilíbrio entre a saúde com o aparecimento das diversas epidemias. Essas epidemias eram consideradas entraves ao sistema econômico, criando assim obrigatoriedade repressiva das vacinas. As ações normativas da saúde se restringiam as áreas urbanas, atuando sobre as doenças que colocavam em risco o modelo agroexportador. Na área rural não houve atuação no campo da saúde para não colocar o governo em choque com a aristocracia rural.

As campanhas sanitárias foram empregadas na tentativa do controle de diversas doenças, sendo até hoje realizadas com críticas entre os profissionais da saúde e com descontentamento da população como, por exemplo, a tentativa de aprovação da lei da

vacina obrigatória que gerou a Revolta da Vacina iniciada pelo centro da classe operária.

Com a Constituição de 1891 as ações de saúde seriam de responsabilidade dos estados, sendo de responsabilidade federal somente casos de epidemia. Porém a falta de recursos e a falta de interesses políticos não correspondiam às necessidades da população.

As ações de Saúde Pública perpetuadas pelo Estado até a primeira década do século XX estiveram voltadas para as grandes cidades, sendo uma resposta aos problemas derivados do desenvolvimento urbano de algumas regiões e às imposições econômicas provenientes da expansão da agricultura cafeeira. (ESCOREL, pág. 351).

Somente em meados da década de 1910 com as expedições do Instituto Oswaldo Cruz que começaram a adentrar e estudar a saúde no interior do Brasil é que o sertão brasileiro passou a ter visibilidade, sendo possível enxergar as multiplicidades de enfermidades ali existentes. O sertão não era interessante para o desenvolvimento econômico do país.

Os serviços de saúde com as intensas pandemias não davam conta das necessidades nacionais, sendo necessário reformulá-lo urgentemente. Essa denúncia de precariedade ganhou força das atividades dos sindicatos profissionais de São Paulo, que por sua vez em consonância com a Revolução Russa em 1917 paralisou em uma greve reivindicando melhores condições de vida do operariado. Esse contexto favoreceu o surgimento da Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918 que ampliou a luta pela reforma dos serviços de saúde e o saneamento dos sertões, ou seja, ampliação dos serviços de saúde rumo ao interior do país.

A partir da década de 1920 o Brasil apesar de manter sua base agrária caminhava para a industrialização. Essa mudança ocasionou adensamento das cidades e o desenvolvimento do movimento operário sendo algo favorável que possibilitou colocar os problemas da classe trabalhadora na agenda nacional. Com a chegada de Getúlio Vargas a Presidência da República em 1930 esse processo de industrialização deu mais valorização ao trabalho urbano. Com isso o que havia possibilitado ações de saúde pública nos sertões na década anterior foi se desmontando.

A política do governo Vargas teve duas bases: a saúde pública e a medicina previdenciária, ou seja, distanciou a saúde pública da medicina previdenciária. A

assistência médica se limitava aos trabalhadores formais. Os desempregados e trabalhadores rurais estavam fora dessa assistência.

Todo o setor público havia passado por uma série de reformas a partir de 1930. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) tinha como objetivo principal essa proposta de reforma administrativa unificando saúde e educação. Inicialmente não trouxe nenhuma alteração para a saúde pública por não conseguir traçar linhas de ação até o fim do governo provisório. Somente em 1937 com a reforma do ministério que se definiu rumos à política de Saúde Pública onde se consolidou de fato a reforma administrativa e o ministério passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES).

As alterações na sociedade brasileira ocorridas em torno da industrialização aceleraram o processo de urbanização e conseqüentemente o aumento da massa trabalhadora concentrada nas cidades. Esse processo não foi acompanhado de políticas que produzissem melhorias na vida desses trabalhadores, assim a população enfrentava precárias condições de saúde, higiene, trabalho, entre outros. Diante desse contexto os trabalhadores se organizaram na luta pela redefinição do papel do Estado para que este intervisse com políticas sociais. Essas conquistas alteram as condições de vida dos trabalhadores e por outro lado contribuem para a manutenção do modelo capitalista, o que é chamado por BEHRING e BOSCHETTI (2006) de função dupla das políticas sociais.

No segundo governo Vargas a corrente do sanitarismo desenvolvimentista se constituiu. Sua força de pensamento defendia que o nível de saúde da população dependia, sobretudo, do desenvolvimento econômico do país ou região.

Em 1953 criou-se o Ministério da Saúde, originário do MESP, independente a partir da reforma administrativa. A saúde até então estava vinculada a previdência social, ou seja, tinham direito ao acesso a saúde aqueles que contribuía com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

As lutas de grupos populares nos anos 1950 e início dos anos 1960 foram interrompidas por duas décadas de repressão social. A ditadura militar (1964-1985) trouxe um acentuamento na pobreza e com o seu esgotamento as lutas reacenderam buscando o seu fim e a democracia no Brasil e por demandas específicas, como a saúde pública, por setores da sociedade destituídos de direitos.

No período de 1950 a 1964, em um período que já se manifestavam as iniciativas privadas de saúde, os gastos com a saúde pública foram mais favoráveis que anteriormente, porém não se conseguiu diminuir a taxa de mortalidade geral decorrente de doenças que necessitassem de atenção básica.

Na ditadura militar,

o Estado utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismos de acumulação do capital. (BRAVO, pág. 06).

Nesse período o Estado interveio por meio de repressão e assistência, tentando amenizar a tensão social para manter o controle da sociedade. Em 1966 com a reestruturação do setor de saúde a saúde pública teve um declínio e a medicina previdenciária cresceu, pois, a saúde precisava se encaixar nos moldes capitalista.

Havendo necessidade de novos meios de controle social entre 1974-1979 as políticas sociais obtiveram maior efetividade no trato das manifestações da questão social. A política nacional de saúde enfrentou tensão com algumas transformações, como por exemplo, a emergência do movimento sanitário.

A primeira década do regime militar configurou-se um sistema de atenção estatal a saúde. O acesso à saúde continuava interligada a previdência social. Os trabalhadores que não contribuía com a previdência obtinham atenção à saúde por meio da filantropia ou em centros e postos de saúde desde que integrassem o quadro materno-infantil, tuberculosos, hansenianos ou doenças dessa espécie. Foi um período que propiciou o investimento da iniciativa privada no setor da saúde no Brasil.

A primeira experiência de privatizar o sistema nacional de saúde foi no final da década de 1960 e início da década de 1970 com o surgimento da modalidade do serviço privado da saúde sustentada pela previdência social. Nesse período também um fato muito importante ocorreu referente a abordagem dos problemas de saúde: as bases universitárias desencadearam um movimento social que propunha uma transformação do sistema de saúde vigente, a chamada “abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde”, ou seja, relacionar os processos de saúde com a estrutura social.

O Movimento Sanitário foi um

movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas ao setor – que compartilha o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor de saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito da cidadania. (SCOREL, pág. 407).

Esse movimento abordava a democratização do país e do setor de saúde e a luta contra a privatização da saúde pública. Destacou-se a luta pela saúde pública gratuita, a retomada das organizações com os sindicatos dos médicos, greve por melhores condições de trabalho, questionando a própria política de saúde como as más condições de assistência médica, em prol da corrente trabalhista (direitos trabalhistas).

O movimento sanitário se constituiu através de três vertentes: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); o movimento de médicos e a academia (suporte teórico que deu origem ao movimento). Foi um período também de grande produção intelectual, uma nova forma de pensar a saúde a partir da realidade, mas também nova forma de atuação no setor. Por esses fatores de luta o movimento sanitário foi alvo de perseguição e repressão. Apesar disso em 1982 o movimento foi construindo e ampliando sua organicidade e a partir dos eventos que ocorreram o movimento conseguiu uma aceitação de seus projetos integrando suas ideias no plano do governo.

Em 1974, criou-se um plano nacional que garantia atendimento médico principalmente emergencial a todos que necessitassem independente da sua contribuição com a previdência social, tanto na rede pública quanto na privada. O II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) criado por Geisel tinha proposta de priorizar o campo da saúde a partir de 1975, com o aumento dos recursos para o Ministério da Saúde. Ao mesmo tempo surgiam correntes contra os interesses empresariais e do grupo técnico burocrata em defesa do setor público.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 foi discutida e aprovada “a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado”, onde teve como desdobramento a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a Conformação da Plenária Nacional de Saúde. Essa conferência foi um dos marcos mais importantes para a Saúde Pública no Brasil, pois além de ter participação popular de vários segmentos da sociedade foi considerada a

“Pré Constituinte da Saúde” (BRAVO, 2012) e levou a saúde a Constituição Federal de 1988, onde foi decretada, no artigo 196, a saúde pública como direito de todos e dever do Estado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Art. 196, CF 1988).

Anteriormente a assistência era pautada pela filantropia. No campo da saúde pública foram incorporadas algumas iniciativas como, por exemplo, as campanhas temporárias e posteriormente iniciativas de organização do setor.

Na década de 1980 após superar o golpe militar a sociedade brasileira enfrentou uma crise econômica que prolonga até os dias atuais. A saúde entrou em pauta nas questões mais gerais como melhoria da situação da saúde e o fortalecimento do setor público, tendo como protagonistas os profissionais da saúde, movimentos sociais urbanos, partidos de oposição através do movimento sanitário. Dentre as reivindicações destacava-se a saúde como direito social propondo um sistema único e uma reforma sanitária.

Nos anos de 1980 houve grande atuação do movimento sanitarista, não só no âmbito da saúde, mas também em um projeto de fortalecimento da democracia, baseado em uma concepção ampliada de saúde de acordo com o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceu princípios e diretrizes da Reforma Sanitária,

a saúde é definida 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. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986:4).

O desafio do movimento era inscrever essa proposta na Constituinte: Saúde Pública de qualidade é dever do Estado; Sistema Único de Saúde e acesso universal e gratuito a saúde. Por outro lado, os conservadores defendiam os interesses dos setores

de saúde privados, porém os sanitaristas conseguiram colocar na Constituição Federal (CF) de 1988 a saúde como direito social e dever do Estado.

A CF de 1988 representou a afirmação dos direitos sociais no Brasil. Com relação à saúde grande parte das reivindicações originou-se do movimento sanitário, como a saúde como direito de todos e dever do Estado, a constituição de um sistema único de saúde, embora não tenha sido possível atender todas as demandas. Outro fator de destaque na Reforma Sanitária foi aprofundar o nível de consciência sanitária dando visibilidade a questão da saúde. Todos esses fatores culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, com os seus princípios de equidade, integralidade e universalidade. Porém a partir daí as forças da Reforma Sanitária perderam espaço e há limites estruturais envolvidos nesse processo.

A partir da CF, Saúde, Previdência e Assistência Social passaram a compor o tripé da seguridade social, sendo que a Saúde e a Assistência passaram a ser “direito de cidadania e dever do Estado” (TAVARES, 2012, pág. 11).

A partir da década de 1970 o chamado “Estado de Bem Estar Social” se esgotou nos países capitalistas centrais e estes passaram a adotar o neoliberalismo apresentado pelo Estados Unidos. No Brasil esse processo iniciou-se tardiamente na década de 1990 com o ajuste econômico, privatizações e redução dos gastos com as políticas sociais, intensificando com o passar dos anos. Outra característica dessa fase do capitalismo é a precarização do trabalho, fazendo com que os trabalhadores organizados substituam as lutas pelos direitos pela luta imediata contra a redução desses direitos. Há também uma transferência da responsabilidade do Estado para a sociedade civil em ações sociais sem o propósito de alteração da ordem vigente. Dessa forma o projeto neoliberal cumpre de uma só vez as várias funções:

garante uma ocupação, ainda que precária e provisória, a uma boa parte do contingente de desempregados, diminui a tensão social resultante do abismo entre as condições de vida da elite econômica e da maioria da população, ganhando adesão de muitos movimentos sociais contestadores, e obtém o consenso necessário à sua hegemonia nos países periféricos. (BRAGA, s/ data, pág. 96).

Nos anos 1990 a política neoliberal toma outro rumo com ataques e desmonte dos direitos sociais e trabalhistas, precarização do trabalho, sucateamento da saúde e educação, etc. conquistados pelos trabalhadores, transferindo para o setor privado a responsabilidade e sobretudo os recursos do Estado. Se nos anos 1980 os direitos foram conquistados, graças a luta da classe trabalhadora, na década de 1990 foi de redefinição desses interesses.

Apesar das privatizações da saúde no neoliberalismo conseguiu-se regulamentar as Leis Orgânicas da Saúde – lei nº 8.080/1990 e a lei nº 8.142/1990 – o SUS conseguiu ser sancionado depois de várias limitações como a falta de recursos orçamentários para a saúde pública, porém apesar do direito à saúde ser expressado nessas Leis, o seu cumprimento de fato foi interrompido com as políticas neoliberais. Segundo TAVARES (2012) a Seguridade Social “nunca foi implementada na sua plenitude” (pág. 11) no Brasil, seja pelo fato de seu orçamento, previsto constitucionalmente, ser usado para outras finalidades e pela política neoliberal que fragmentou as três políticas do tripé. Substituiu-se o direito por uma política focalizada onde o terceiro setor substitui o Estado. As políticas adquirem “um caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade de acesso” (BRAVO, 2012, pág. 36).

A proposta de saúde tem sido desmontada, voltando a refilantropização com atividades do terceiro setor. Houve um retrocesso do SUS: o Estado gasta pouco com saúde; tensão entre saúde pública e saúde privada; a seguridade social não foi valorizada mantendo saúde, assistência e previdência fragmentadas; ênfase na focalização, precarização e terceirização; contratação de agentes comunitários de saúde; redução do orçamento para cobrir o superávit primário.

Há uma distância entre o sistema único proposto pelo movimento sanitário e o SUS constitucional, ou seja, o SUS universal de fato não se constitui, não garante o acesso a políticas por direito e sim pelo grau de pobreza, perdeu seu caráter universal no contexto neoliberal, pois as políticas são focalizadas e precarizadas dando abertura de lucros para os planos de saúde e hospitais privados, sendo que o Estado se responsabiliza no custeio de atendimento primário e nas demandas de alta complexidade e o setor privado nas demandas de baixa e média complexidade, segundo a lei que conformava o setor privado à lógica do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde, sancionada em 1990, regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (art. 4º)

O Movimento de Reforma Sanitária colocou em pauta um modelo de saúde universal e pública e conseguiu implementar o SUS, porém com abertura para o setor privado, ou seja, esse sistema de saúde tem dentro de si parte estatal com prestação de serviços privados. Porém há algumas frentes de luta (sindicatos, centrais sindicais, professores universitários, alguns partidos políticos de esquerda, estudantes da área da saúde, entre outros) no combate a privatização da saúde, que se “opõe a tendência a prestação de saúde como fonte de lucro” (BRAVO, 2012) defendendo as ideias formuladas pela Reforma Sanitária nos anos 1980: saúde pública estatal e universal.

3.2 A SAÚDE PÚBLICA NO CAMPO

A saúde foi reconhecida como direito social na Constituição Federal (CF) de 1988, se tornando de responsabilidade do Estado garantir que todo cidadão tenha acesso a ela, porém as políticas sociais não chegam de acordo com a realidade de determinado espaço. O campo, por exemplo, é ocupado pelo agronegócio que ocasiona uma diminuição da população rural que fica abandonada pelo poder público. As comunidades e organizações que ainda resistem a esse processo encontram enormes dificuldades de acesso a esses direitos conquistados, como o acesso a Saúde Pública.

O agronegócio se caracteriza pelo cultivo monocultor em grande escala para exportação que teve como precursor a chamada Revolução Verde a partir dos anos 1950 e 1960 na América Latina. Segundo SAUER (2010) esse processo de modernização do campo veio para alterar “o aprofundamento da contraposição entre sociedades urbanas modernas e atrasos do meio rural” (pág. 31), negando a importância da redistribuição das terras como alternativa de integrar o meio rural ao desenvolvimento.

A modernização do campo pode ser compreendida a partir da Revolução Verde, desde a década de 1960. Esse modelo trouxe uma modernização na agricultura e na agropecuária, tanto na utilização de novos insumos quanto no uso excessivo de agrotóxicos. Todos esses fatores foram agregados para aumentar a produtividade para exportação, principalmente de soja. Por outro lado expulsou camponeses de suas terras e aumentou a concentração da terra e da renda.

Se para a população urbana que geograficamente está mais perto de recursos, infraestrutura, etc. esses serviços não abrangem uniformemente, para a população rural que sempre foi deixada de lado no processo de desenvolvimento do Brasil no que tange a investimentos públicos, sendo priorizado a constituição do urbano, essa problemática é ainda maior:

O encantamento pela efervescência dos espaços urbanos e suas possibilidades relegou o rural ao esquecimento ou a produção de antítese, de oposição à cidade, ao urbano e ao moderno. (SAUER, Pág. 21)

A partir do processo de industrialização o espaço urbano ganha um novo significado passando a ser o centro econômico que antes era no campo. Em um aspecto mais recente estar em um espaço que para o sistema capitalista só pode existir para o agronegócio significa estar em um espaço ausente de políticas públicas específicas que mantêm a sobrevivência dos pequenos agricultores no campo. SAUER ainda completa:

Essa globalização é constituída, basicamente, por rearranjos nos processos de acumulação do capital que atingem todas as dimensões da vida, inclusive o meio rural brasileiro, abrindo espaço para novas interações com o espaço urbano. (pág. 21).

A industrialização no campo trouxe problemas ainda mais complexos devido a diversas dificuldades que essa população encontra diariamente. Esse espaço está exposto a um modelo social excludente, sendo que o projeto de governo se preocupa apenas na redução dos conflitos existentes no campo. A falta de infraestrutura (estradas, pontes, postos de saúde, ambulâncias e outros) também é um dos principais fatores que impede o acesso a saúde da população rural onde estão incluídos os assentados da Reforma Agrária. Segundo CARNEIRO (2007), pelo fato do eixo econômico estar centrado no espaço urbano, as manifestações da questão social se acentua com maior

visibilidade e conseqüentemente vai ter maior atuação do Estado com as políticas sociais nesse local. (pág. 17).

Essas transformações no meio rural ocorridas com a expansão do capitalismo na agricultura influenciaram negativamente na vida da população trabalhadora rural, provocando o êxodo rural, a dificuldade enfrentada por quem ainda resistia no campo a essa mudança e a concentração da terra no Brasil. Esses fatores dificultaram a população do campo ao acesso aos serviços públicos, como os de saúde, considerando também a falta de políticas apropriadas a realidade do campo. Somente com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRU) em 1956 é que se obtiveram resultados positivos nas áreas rurais em que este departamento atuava.

As políticas de saúde para o campo estiveram sempre ligadas aos interesses econômicos como garantia de mão de obra saudável e ao apaziguamento dos ânimos dos movimentos sociais do campo. A visibilidade da população rural só foi possível com a organização de grupos de trabalhadores que tinham reivindicações em torno da Reforma Agrária e da extensão dos direitos trabalhistas a partir de 1950. A saúde no campo brasileiro teve seus principais marcos a partir de iniciativas filantrópicas e da organização de alguns setores não governamentais. O estado só interviu na área rural no regime militar quando ampliou a cobertura previdenciária e de saúde para essa categoria de trabalhadores.

Em 1918, a Liga Pró Saneamento se destacou com o movimento pelo saneamento rural, trouxe resultados concretos como o serviço de Profilaxia Rural que atuou em diversos estados estabelecendo medidas preventivas para a preservação da saúde da população na utilização de procedimentos e recursos para prevenir e evitar doenças, como medidas de higiene, atividades físicas, cuidado com a alimentação, vacinação, etc. As instituições filantrópicas atuavam no controle da febre amarela no interior do país. Associada ao projeto desenvolvimentista as ações de combate as endemias rurais por volta de 1950 e início de 1960 trouxe argumentos como modernização rural.

O surgimento da Liga Camponesa pressionou o governo a criar o Estatuto do Trabalhador Rural em 1963 que decretou alguns direitos previdenciários ao trabalhador rural dando base para a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O FUNRURAL, instituído em 1971, estendeu ao trabalhador rural os benefícios previdenciários dos trabalhadores urbanos, apresentando como um projeto avançado

para os trabalhadores do campo conseguindo construir uma estrutura mínima de saúde para o campo que priorizava a atenção a saúde do trabalhador rural.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) criado em 1976 atuou no âmbito das prevenções das doenças, construindo uma estrutura básica de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) implementado a partir da nova constituição, em 1988, foi a mais ampla das políticas de saúde por seu caráter universal. Apresentou para o campo o Programa Saúde da Família (PSF) na atenção básica à saúde no campo. O SUS adquiriu grande importância para a população rural. Por outro lado, o SUS não atua de maneira integral na área urbana, podendo dizer que na área rural essa problemática possuiu uma dimensão maior, pois o projeto do governo só se preocupa em reduzir os conflitos no campo. Ambos PIASS e SUS tinham recursos financeiros limitados provocando um distanciamento entre os princípios originais e a realidade no sistema de saúde.

A política de saúde para o campo ficou sob responsabilidade municipal. Somente em 2004 com a criação do Grupo da Terra foi que o Estado iniciou um processo de construção de uma política de saúde para o campo criando a Política Nacional de Atenção à Saúde para a População do Campo e da Floresta onde tinha como proposta a participação popular, como os movimentos sociais do campo, na formulação de políticas de saúde para o campo.

Essas conquistas foram possíveis por um lado graças às lutas dos trabalhadores, principalmente o grupo de trabalhadores que se organizavam para lutar pelos direitos, como a Liga Camponesa, e por outro por interesses econômicos de outros grupos.

As Conferências Nacionais de Saúde também trouxeram o tema da Saúde no Campo para o debate, colocando o acesso à terra como parte do conceito de saúde. A VIII Conferência destacou a saúde como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. (CARNEIRO, 2007, pág. 42, apud).

Apesar da Reforma Agrária ser sempre citada nas conferências nunca foi prioridade na elaboração de fato das políticas para o campo.

As políticas neoliberais corroboraram para que a população do campo continuasse sem acesso aos serviços públicos básicos (moradia, saúde, saneamento, etc.). A precária condição de vida da população do campo diante da modernização conservadora, reforçada pelo neoliberalismo, denota a necessidade de organização na busca pela efetivação das políticas sociais. Há uma necessidade de organização econômica como forma de sobrevivência dos trabalhadores rurais, pois dentro desse espaço o agronegócio está se fortalecendo com novas tecnologias. Diante desse contexto as condições de saúde no campo apresentam perfil bem precarizado, pois fica cada vez mais ausente das aplicações dos recursos sociais.

Antes de 1964 o sistema de saúde estava se alavancando razoavelmente bem com os IAP's onde pequenas partes das contribuições dos trabalhadores e dos patrões conseguiam oferecer serviços de saúde a esses trabalhadores. Com o golpe em 1964, os IAP's são substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a atenção a saúde passa a ser de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a contribuição dos trabalhadores sobe e abre espaço para a iniciativa privada de saúde com o Complexo Médico Industrial composto pelos hospitais privados, pela indústria farmacêutica e pela indústria de equipamentos hospitalares. O golpe contribuiu para o aumento da desigualdade social, pobreza no campo e desrespeito aos direitos sociais.

Enquanto o capital intensificou sua atividade para se expandir no meio rural, os trabalhadores tiveram que resistir para se manter nesse espaço. Os movimentos sociais do campo intensificaram seus esforços em busca da efetivação das políticas públicas como uma condição de permanência no campo.

3.3 A POLÍTICA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

A partir da definição de saúde pela OMS como não somente a ausência de doenças, mas também um complexo de bem estar físico, mental e social (OMS, 1946), fez se necessário construir uma estratégia de atuação na saúde fora dos âmbitos hospitalares onde houvesse uma redução dos gastos com internações. A partir dessa intencionalidade criou-se assim a atual estratégia de Atenção Primária a Saúde (APS), o

Programa Saúde da Família (PSF). O modelo hegemônico anterior ao SUS era “médico assistencial privatista” de alto custo e que garantia acesso somente aos trabalhadores formais. A reflexão sobre a organização dos serviços de saúde colocou em pauta um novo modelo de assistência.

O PSF surge em 1993, baseado em experiências de outros países como Canadá e Cuba, como um novo modelo de atenção a saúde, colocando a família como sujeito de atuação onde as ações interventivas vão até a mesma. Esse programa surgiu após a implementação do SUS com a formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que tinha como objetivo “contribuir com a redução da mortalidade infantil e materna [...] através da extensão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas” (Rosa, 2005, p. 1030), se tornando instrumento de reorganização do SUS, através da portaria 1886/97.

A APS foi apontada como uma estratégia de melhoria das condições de saúde da população na Declaração de Alma Ata em 1978 apontando que

“os cuidados primários da saúde constituem a chave para que essa meta [todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva] seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (item V).

O PSF trabalhava também com a necessidade de incorporação de novos profissionais na área da saúde, os Agentes Comunitários de Saúde, aprovado como profissão exclusivamente no âmbito do SUS (lei 10.507/2002). A profissão

caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste. (Art. 2º)

O PSF,

caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de

enfrentar e resolver os problemas identificados [...] desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (Rosa, p.1030)

Entende-se por promoção da saúde, segundo Ronzani (2003), “o processo de possibilitar as pessoas um maior controle sobre sua saúde baseado principalmente nos princípios de justiça social e equidade.” (p. 11).

Em 1997 o PSF se consolidou como uma estratégia do Ministério da Saúde passando a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo de responsabilidade municipal. O termo veio para romper com a ideia de um programa, algo com tempo determinado. A ESF tem como objetivo uma assistência integral e contínua apontada como o caminho para a efetivação do SUS. Portanto ela sozinha não consegue responder as necessidades dos indivíduos e da coletividade ficando dependente das condições objetivas por vezes. A solução apresentada é a privatização dos serviços.

Os anos 1990 foram marcados por reformas, inclusive no setor de saúde, que teve como marco a (contra) reforma do Estado. Montañó e Duriguetto (2011) descrevem o contexto em que se configura a estratégia do PSF, o regime de acumulação flexível, como causador de impacto nas condições de trabalho tanto na esfera privada quanto na esfera estatal, na ofensiva contra o trabalho e na (contra) reforma do Estado, “com a crescente subcontratação ou terceirização, o trabalhador se submete à precarização e ao esvaziamento dos direitos trabalhistas (desenvolvidos para o trabalhador contratado)” (p. 196), redução nos gastos sociais do Estado, terceirização dos serviços públicos, ou seja, “minimização do Estado que garante direitos sociais e políticos; porém um Estado máximo para o capital” (p. 207), onde o orçamento para as políticas sociais são reduzidos minimamente.

A política neoliberal busca substituir as políticas sociais por programas que minimizem as expressões da questão social, busca medidas através da

[...] redução do funcionalismo público e gastos estatais com força de trabalho; diminuição do gasto social do Estado, precarizando políticas e serviços sociais (assistência, saúde, educação públicas). (p. 208).

Esse contexto na saúde pública brasileira teve seus impactos. Monnerat (2012) apresenta esse reflexo no PSF: equipe mínima de profissionais da saúde, foco na atenção a família na Unidade de Saúde e no domicílio das áreas de risco social sem atuação na mudança da qualidade de vida dos indivíduos, baixo investimento, não continuação do trabalho devido a rotatividade de profissionais, privilegiamento do setor privado de saúde, etc. Ronzani (2003) completa que uma das questões que implica na atuação dos PSF's é a formação médica que continua por vezes servindo de um papel de domínio e controle, mantendo a medicina tradicional.

Os municípios começaram a assumir um conjunto de atribuições dos serviços de saúde, na atenção básica a partir do PSF. Para Monnerat (2012) essa descentralização indica “a ausência de definição, por parte do governo federal, de uma política clara de indução das mudanças requeridas nas diversas áreas de política social” (p. 108). Por outro lado, no caso da saúde essa descentralização avançou chegando a colocar o PSF como política prioritária para reorganização da saúde local.

4. CAPÍTULO II – O MST E A SAÚDE

4.1 SAÚDE NO MST

No atual estágio do capitalismo a acumulação se sustenta através do capital financeiro que controla a produção de mercadorias em todos os setores, além de controlar também a maior parte da produção e do comércio no Brasil. O capitalismo financeiro é a forma mais concentrada do capital, a fase mais desenvolvida do capitalismo. Desenvolve-se mesmo custando a destruição social, cultural e ambiental, aumentando cada vez mais a acumulação e concentração de capitais através da extração de mais valia, onde a própria humanidade fica refém da propriedade do capital.

A expansão do capital imperialista no Brasil ganhou espaço a medida que a condição econômica ia sendo favorável com a industrialização, se fortaleceu com a monopolização fazendo com que o Brasil se convertesse em um país capitalista inserido dentro da lógica imperialista, onde a crise social dá base para a lucratividade e a megaconcentração de capitais.

Desde a década de 1960 já havia sinais de internacionalização de capitais brasileiros. Esse processo foi se intensificando na década de 1980 e com maior intensidade a partir de 1990 com as privatizações de empresas estatais possibilitando ainda mais a entrada do mercado internacional que assegurou a extração de mais valia através da exploração da mão de obra.

O resultado desse processo tem sido o agravamento da exploração e das desigualdades sociais dela indissociáveis, o crescimento de enormes segmentos populacionais excluídos do “círculo da civilização”, isto é, dos mercados, uma vez que não conseguem transformar suas necessidades sociais em demandas monetárias. (Iamamoto, 2012, p.123).

Nesse estágio do capitalismo ocorrem mudanças no processo capital/trabalho que atinge negativamente os trabalhadores. Essas mudanças são alicerçadas também pela intervenção política do Estado implantando as políticas neoliberais. Há uma flexibilização do trabalho, redução salarial dos trabalhadores, trabalho precário e temporário, terceirização da mão de obra, desemprego, redução dos gastos sociais, privatizações, etc.

As transformações ocorreram também no campo com a modernização da agricultura sobre a hegemonia do agronegócio que se contrapõe à proposta de reforma agrária. Diante desse contexto os pequenos agricultores, vêm sendo prejudicados nas suas pequenas produções, desamparados de políticas públicas voltadas para a agricultura familiar¹.

A agricultura familiar “é aquela [atividade] em que a família ao mesmo tempo detém a posse dos meios de produção e realiza o trabalho na unidade produtiva, podendo produzir tanto para sua subsistência como para o mercado” (Altafin, 2007, p. 03), ou seja, consiste em um meio de organização das produções agrícola, pastoril e outras que são gerenciadas e operadas por uma família e predominantemente dependente de mão-de-obra familiar, tanto de mulheres quanto de homens.

Diante dessa situação a população do campo constrói estratégias para melhorar suas condições de vida e permanência nesse espaço, na busca pela efetivação de fato dos direitos sociais, como uma saúde pública de qualidade. Os movimentos sociais do campo, as chamadas organizações de novos sujeitos coletivos, são os que vêm buscando e lutando pela consolidação dos direitos sociais para os trabalhadores rurais, seja no acesso à terra e/ou na manutenção da sobrevivência depois de conquistado esse meio de produção, pressionando o Estado no processo de elaboração e execução de políticas públicas voltadas para essa realidade.

O trabalho é a fonte do valor no sistema capitalista, sendo a força de trabalho a mercadoria mais valiosa. A saúde está relacionada com um corpo íntegro para o trabalho, pois o corpo é o suporte da força de trabalho. O acesso a saúde no capitalismo é fundamental para a manutenção da capacidade física e mental para o emprego da mão de obra saudável.

Os anos 1945-1964 apesar de um contexto de regime militar foi marcado por organizações populares de luta pela terra e pela Reforma Agrária. Uma dessas organizações foi a Liga Camponesa que se constituiu em meados dos anos 1950. Porém a ditadura militar desarticulou essas organizações do campo e suas forças de luta.

¹ Segundo o portal Brasil, a agricultura familiar é responsável pela produção de cerca de 70% dos alimentos do Brasil.

Mesmo com essa perseguição os movimentos se mantiveram lutando na clandestinidade defendendo a bandeira da Reforma agrária.

As transformações que a agricultura brasileira sofreu na década de 1970 possibilitou a ascensão de uma organização dos trabalhadores rurais. A mecanização das lavouras expulsou muitos camponeses de suas terras, ora para a cidade, ora para algumas regiões de colonização apoiados por uma política de governo que queria promover o êxodo para as regiões de garimpo e de extrativismo de madeira especialmente nos estados de Mato Grosso, Rondônia e Pará.

O processo de industrialização nos anos 1970 que se prolongou para os anos 1980 e a experiência do deslocamento da população para o norte não obteve bons resultados para os trabalhadores do campo. Diante dessa situação os camponeses tiveram que buscar outras formas de resistência para continuar trabalhando como agricultores e permanecerem no campo, através da organização da classe trabalhadora rural.

O aspecto ideológico também teve um papel fundamental na organização dos trabalhadores rurais. O trabalho pastoral desencadeado pela Comissão Pastoral da Terra (CPT), criada em 1983, serviu de base para o surgimento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e fez um importante trabalho de conscientização dos camponeses. Dessa forma,

a CPT foi a aplicação da Teologia da Libertação² na prática, o que trouxe uma contribuição importante para a luta dos camponeses pelo prisma ideológico. (Stédile, 2012, p. 22).

A luta pela democratização do país somou-se a luta pela Reforma Agrária em uma luta de cunho político contra a ditadura militar, levando esse regime ao seu enfraquecimento, possibilitando posteriormente o surgimento de outras organizações de trabalhadores do campo e da cidade como a greve do ABC Paulista em 1978, a Central Única dos Trabalhadores (CUT) em 1983, o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e o Movimento de Pequenos Agricultores (MPA) já na década de 1990, entre outros, e fortalecendo as já existentes. Esses movimentos de luta pelos direitos

² Corrente pastoral das Igrejas cristãs que aglutina agentes de pastoral, padres e bispos progressistas que desenvolvem uma prática voltada para a realidade social [...], incorporou metodologias analíticas da realidade desenvolvida pelo marxismo. (Stédile, 2012. Pg. 22).

encontraram brechas para o seu crescimento devido as transformações na agricultura, a crise econômica do período e a crise do regime militar fortalecendo a organizações dos trabalhadores.

A década de 1980 foi marcada por essas duas contradições no campo brasileiro: por um lado a modernização conservadora baseada em uma agricultura extensiva voltada para o mercado externo, e por outro lado esse cenário de ressurgimento das lutas sociais no campo com o surgimento de movimentos de lutas pela terra, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST), em 1984. O MST (Stédile, 2012) se constituiu como um movimento camponês diferente dos outros movimentos camponeses que lutavam apenas pela terra.

O MST se constitui a partir de três objetivos principais: a luta pelo acesso a terra, a Reforma Agrária e a transformação social. O acesso ao meio de produção é o primeiro passo, porém somente o acesso a terra não suprime a necessidade dos trabalhadores. É necessário ir além, conquistar o acesso a outros serviços como habitação, educação, saúde, créditos etc, a chamada reforma agrária. O caráter político do movimento deu a compreensão de que a luta pela terra e pela reforma agrária só seriam válidas se fizessem parte da luta de classes, buscando outra forma de organização da sociedade distinta do modelo capitalista através de uma transformação social.

A luta pelo direito da participação popular na elaboração de políticas públicas de saúde foi uma das principais bandeiras do movimento sanitário³. Graças a essas reivindicações o direito da “participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde foi citado no item III do artigo 198 da CF de 1988. O § 2º da Lei 8142 de 28/12/1990 (Lei Orgânica da Saúde) regulamenta que o Conselho de Saúde deve ser composto também pelos usuários, e ainda completa que os usuários nos conselhos e conferências de saúde terão direitos iguais de optar e opinar sobre o assunto (§ 4º, Lei 8142).

No final dos anos 1980 e início da década de 1990 os movimentos se inserem na deliberação de políticas públicas. O MST juntamente com outros movimentos, incluindo o movimento sanitário fez parte da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS) concretizada em 2003. A ANEPS

³ A contextualização do movimento sanitário foi abordada no capítulo I.

caracteriza-se como uma importante articulação contra hegemônica no campo da saúde pautada no vínculo entre profissionais de saúde, meio acadêmico e movimentos sociais – cujos objetivos incluem a defesa do SUS e do controle social e o fortalecimento das práticas populares de saúde. (Severo, 2008, p. 38-39).

O movimento estabeleceu um conceito de saúde que ressalta a organização e mobilização coletiva como estratégia para a sua promoção (SALGADO, 2012). Trabalha o direito ao acesso a saúde, defende o SUS e seus princípios, defende uma saúde pública de qualidade e luta contra a privatização da saúde pública. Valoriza os conceitos populares, apoia a participação popular na elaboração das políticas públicas de saúde, reivindica Agentes de Saúde atuante nos assentamentos e a implantação do PSF nos mesmos.

O MST pensa a saúde na sua dimensão social e não somente como condições do “não estar doente”. Nunca houve uma saúde voltada para a população do campo, sendo oferecidas apenas campanhas temporárias. O movimento se aproxima na sua concepção de saúde, daquela formulada na VIII CNS: valorização da vida, saúde como conquista de luta popular e como direito social, fortalecimento das práticas populares de saúde, entre outros (SALGADO, 2012). Dessa forma a saúde deve ser exclusivamente responsabilidade do Estado, não podendo se tornar valor de mercado. O movimento valoriza a saúde como relação entre indivíduo, sociedade e natureza.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março 1986 em Brasília foi um dos marcos mais importante para a discussão da saúde no Brasil, pois colocou em discussão a sociedade no eixo da saúde. Contou com a participação de representantes dos governos federais e estaduais e representantes de diversos setores da comunidade.

A VIII CNS abordou três temas: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor. No relatório final destacou-se nas discussões a necessidade de reformulação administrativa e financeira, fortalecimento do setor público, separação da saúde da previdência social onde os recursos da previdência passariam a ser destinados somente a ela, ampla reforma sanitária, fortalecimento do setor público, etc. O conceito de saúde se ampliou como “resultante das condições de alimentação, habitação, renda, [...] acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, p. 04).

O direito a saúde não se materializa somente na constituição. É necessário a intervenção estatal assumindo uma política de saúde que se efetive de fato integrando-a as demais políticas. O relatório ainda ressalta que “as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito a saúde são de natureza estrutural” (p. 05) destacando o papel do Estado em defesa do capital.

A VIII CNS significou a inserção da saúde pública de qualidade como um direito universal, sendo de responsabilidade do Estado e direito de todos através da constituição de um orçamento social. As deliberações dessa conferência foram incorporadas a CF de 1988 no seu artigo 196.

Para o movimento,

o processo saúde-doença configura-se como o resultado de um processo de interesses da sociedade, que acaba apresentando consequências como problemas e incoerências sociais. (Salgado, 2012, p. 22).

As formas sociais de organização se baseiam na divisão social do trabalho, onde se distinguem os possuidores e os não detentores dos meios de produção. Essa relação gera contradições que se expressam no aumento das massas de despossuídos que sofrem com as mazelas produzidas pelo sistema capitalista como a fome, as doenças, etc. O Estado tem a função de defender os interesses da classe dominante utilizando mecanismos coercitivos para manter o controle. No caso da saúde é extremamente lucrativo para o sistema manter os trabalhadores saudáveis para venderem sua força de trabalho.

As práticas da medicina popular, como o uso de plantas medicinais são utilizadas como uma forma de pensar a saúde nos acampamentos e assentamentos⁴ do MST como estratégia de promover a saúde da sua base enquanto o Estado fica ausente nesses espaços.

O referencial de luta pela saúde no MST é o fortalecimento do SUS e o combate a privatização da saúde, sendo assim

o Estado deve garantir e defender a saúde de toda a população [...] deve combater todas as práticas que mercantilizam o atendimento a saúde da

⁴ Acampamento: as famílias ainda não têm a posse da terra, ficando em barracos de lonas próximos e improvisados.

Assentamento: as famílias já têm a posse da terra e moram em seus lotes individuais, tendo residência fixa e produzindo alimentos.

população e se transformam em mero objeto de lucro [...] (Santos *apud* MST, 2011, p. 68).

A luta do movimento vai além da saúde, é uma luta pelo acesso a outros direitos sociais conquistados pelos trabalhadores que estão sempre em pauta. Desde que o MST foi criado atuações no âmbito da saúde são desenvolvidas como forma de enfrentar as adversidades que surgem nos acampamentos e assentamentos, porém a saúde foi introduzida posteriormente em um debate mais amplo através da organização do setor de saúde a partir de 1998. O MST em seu Programa Agrário apresenta essa luta de

garantir o acesso aos serviços de saúde pública, de qualidade e gratuita, para toda a população do campo. E, assegurar a construção de centros de saúde nos assentamentos e a criação e cultivo de ervas e plantas medicinais. (Programa Agrário do MST, 2014. p. 45).

O MST tem produzido cartilhas e textos na área da saúde com o objetivo de intensificar o debate a cerca da saúde pública, dos direitos sociais que não se efetivam principalmente no campo e como forma de orientar os acampamentos e assentamentos a se organizarem dentro desses espaços e juntos buscarem alternativas de manter a saúde dos acampados e assentados.

Outros fatores defendidos pelo movimento para a promoção da saúde estão relacionados com a infraestrutura, saneamento, alimentação, condições de trabalho, etc., ou seja, as condições estruturais. Se o assentamento não dispõe dessas estruturas é impossível manter os assentados com boa saúde. Em suas pautas e reivindicações os acampados e assentados buscam esses outros direitos que são mais amplos através de lutas como ocupações de órgãos públicos, marchas, pois a maneira de conseguir acesso à saúde e outros direitos são impondo pressão ao governo para que este ofereça condições básicas, ou seja, efetive os direitos sociais com políticas públicas voltadas para o campo.

O movimento tem centrado forças nesse debate em defesa da saúde ao questionar o agronegócio e as transformações que este modelo tem ocasionado no campo brasileiro como o uso de agrotóxicos na produção de cana-de-açúcar, soja e outros. Em questionamento a agricultura convencional e em defesa da agroecologia o movimento tem desempenhado na campanha contra os agrotóxicos na produção de textos, cartilhas

e outros materiais, na perspectiva de fomentar os debates nos acampamentos, assentamentos e outros espaços mesmo fora do movimento.

O padrão de agricultura introduzido pela Revolução Verde na segunda metade do século XX carrega consigo suas consequências que gerou descontentamentos ocasionando manifestações sociais que adquiriram grande importância nos anos mais recentes. Se existe uma crise alimentar é porque existe também uma crise no padrão da agricultura até então empregada. Essas questões fizeram necessário buscar uma forma de praticar uma agricultura mais sustentável que valoriza a biodiversidade e a diversidade de culturas, a agroecologia.

A agroecologia é uma forma de produção saudável sem o uso de agrotóxicos e/ou outros insumos químicos. Segundo Altieri 2004, ela se manifesta em várias dimensões:

- **Dimensão ambiental:** considerando que a agricultura convencional realiza suas atividades causando impactos sociais, a agroecologia visa utilizar o processo natural, utilizando o mínimo de insumos externos e recursos naturais não renováveis;

- **Dimensão econômica:** reduzir perdas e desperdícios através de uma forma economicamente viável para alcançar uma produtividade compatível com o investimento;

- **Dimensão social:** assegurar geração de renda para o trabalhador e sua família, organizar a produção e produzir alimentos, ao contrário do agronegócio que expulsa os camponeses de suas terras;

- **Dimensão territorial:** promove integração com o espaço rural valorizando a pluralidade que existe nesse espaço;

- **Dimensão tecnológica:** utilizar os novos processos produtivos onde a tecnologia não seja tão agressiva ao meio ambiente.

A agricultura convencional adotada como modelo hegemônico “não foi capaz de atingir os mais pobres, nem de resolver o problema da fome, da desnutrição ou as questões ambientais” (Altieri, 2004, p. 19).

Os números expressam essa dicotomia entre a agroecologia e agrotóxicos. Segundo dados (LONDRES, 2011) o Brasil foi o campeão mundial em consumo de venenos em 2009, chegando a um milhão de toneladas, o que significa uma média de 5,2 quilos por habitante ao ano. Esse consumo influencia diretamente na saúde da população consumidora dos alimentos contaminados, desenvolvendo doenças como o câncer, doenças renais, neurológicas, etc.

Como forma de valorização das dimensões da agroecologia, em contraponto ao modelo de agricultura imposto, o MST questiona o uso de agrotóxicos e incentiva a agroecologia como forma de manter-se saudável, desenvolvendo nos assentamentos uma produção saudável tanto para própria subsistência tanto para a comercialização. O alto índice de contaminação por agrotóxicos dos trabalhadores do campo fez com que o MST trabalhasse e adotasse a agroecologia como forma saudável de produzir.

4.2 O SETOR DE SAÚDE NO MST

As condições de saneamento, moradia, acesso aos serviços de saúde constituem fatores estruturais que dependem de uma inserção na agenda política para abrir as possibilidades de qualidade de vida para a população do campo. O MST desenvolve estratégias de organização e mobilização para inserir suas reivindicações nessa agenda se organizando em setores em todas as áreas como saúde, educação, formação entre outras, trabalhando com a valorização da promoção a saúde e a participação popular.

A capacidade de organização e mobilização do MST é um dos principais elementos que o mantem atuante. O movimento se organiza em instâncias para dar conta das demandas de acordo com os seus princípios organizativos: “a direção coletiva, divisão de tarefas, disciplina, planejamento, estudo, formação de quadros, vinculação dos dirigentes com a base e crítica e autocrítica permanente” (Severo, 2008, p. 62).

O MST por ser um movimento popular constituiu uma organização que valoriza o coletivo para dar conta dos seus objetivos. A organização é definida por uma direção (nacional, estadual e regional), coordenação (acampamentos e assentamentos) e a base (núcleos de base⁵ dos acampamentos e assentamentos).

As instâncias são espaços coletivos deliberativos de organização do movimento divididos em setores de atividades que são responsáveis pela organicidade e desenvolvimento das atividades dentro do MST, seja nos acampamentos, assentamentos e em outros espaços do movimento.

⁵ Desde o acampamento as famílias são organizadas em grupos de moradia próximos para facilitar as reuniões e organização do acampamento, os chamados núcleos de base. Essa organização continua nos assentamentos como forma de manter as famílias unidas e organizadas.

Os setores são também espaços coletivos que garantem o vínculo da base com as demais instâncias do movimento. Eles são responsáveis pela organização nos acampamentos e assentamentos colocando em prática as deliberações e estratégias das reuniões. São divididos por áreas de atuação como saúde, educação, produção, formação, etc. Cada setor tem suas competências e atribuições indo desde a base de um acampamento até o nível nacional.

O Setor de Saúde, criado em 1998, é formado pelo Coletivo Nacional de Saúde (CNS), sendo a representação maior nos debates da saúde, o Coletivo Estadual de Saúde e o Coletivo de Saúde dos acampamentos e assentamentos. Nos acampamentos o setor funciona desde acompanhamento de enfermos até a preocupação com o acesso a saúde de todos os membros acampados, saneamento, água potável, etc. Nos assentamentos é tarefa do setor organizar a saúde dentro do assentamento reivindicando a construção de Postos de Saúde, contratação de ACS de dentro da própria comunidade, entre outros. O CNS construiu seus próprios princípios de saúde.

O CNS pensa a saúde no movimento dentro dos princípios e valores da saúde:

1. Luta pela valorização da vida: A luta pela saúde é essencialmente a luta pela vida em todas as suas formas. Neste processo é fundamental fomentar a solidariedade, o compromisso com a vida, o cuidado com o outro e a outra e com o ambiente em que vivemos como caminho a ser trilhado junto com outros grupos e organizações.
2. Saúde como uma conquista de luta popular: Continuar e potencializar a organização de homens e mulheres do campo e da cidade a fim de desencadear processos de elevação da consciência, da autonomia e da luta popular, tendo como objetivo a produção e conquista de uma vida com dignidade. Lutar pela saúde é lutar pela Reforma Agrária.
3. Saúde como direito: A saúde é um direito de todos e todas. Devemos continuar lutando para que o Estado seja cumpridor e executor das políticas de saúde estabelecidas, fruto de mobilização e participação popular. O movimento deve continuar conscientizando e educando os/as militantes deste direito, proporcionando a participação, a atitude de luta e a proposição de novas políticas que garantam o acesso aos serviços públicos de saúde.
4. Lutar pela consolidação de Políticas Públicas em Saúde: Manter a organização do movimento juntamente com os movimentos populares e articulações que garantam as políticas públicas de saúde, fortalecendo o SUS como elemento essencial para o atendimento das necessidades da população em geral e as especificidades do campo. Garantir a conscientização, estando em luta, no sentido de compreender a conquista de saúde como conquista de qualidade de vida em todos os níveis: saneamento, moradia, lazer, esporte, produção, etc.
5. Respeito às diferenças: Superação das desigualdades nas relações de poder, valorizando e respeitando as diferentes gerações, culturas, raças e etnias, expressões da sexualidade, das novas relações de gênero, de características regionais e de religião. Este respeito e integração das diferenças são fundamentais para uma vida com qualidade.

6. Fortalecimento das práticas e saberes populares em saúde: Fortalecer e valorizar as práticas e saberes de saúde do campo e da cidade como instrumentos legítimos e eficazes da promoção de saúde e processos de cuidado, bem como potencializadores da luta por uma consciência de saúde integrada e autônoma.

7. Educação permanente em saúde: Continuar o trabalho de educação em saúde em todos os setores e instâncias do movimento, a fim de garantir e aprofundar o trabalho de promoção e atenção em saúde, prevenção de enfermidades, das pessoas e ambientes.

8. Socializar os conhecimentos e as informações: É fundamental socializar os conhecimentos adquiridos e produzidos a fim de defender a vida com saúde e qualidade. Garantindo que os conhecimentos às tecnologias e às ferramentas de produção estejam sob a apropriação e controle da classe trabalhadora. (CNS, p.4)

Inicialmente o setor de saúde atuava em ações curativas voltadas a fitoterapia. Em 2000 na I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde ampliou o debate a cerca dos trabalhos até então realizados e constataram que eram insuficientes para atender as demandas dos acampamentos e assentamentos com um conceito limitado de saúde. Buscando a concretização do direito a saúde o CNS ampliou o debate “com a mudança de foco da atenção à doença e ao indivíduo para a complexidade das dimensões que envolvem a construção da saúde na dinâmica das relações sociais”. (Severo, 2008, p. 65). Atualmente o MST desenvolve ações de saúde nos acampamentos e assentamentos através dos agentes comunitários de saúde e em alguns estados participa dos Conselhos de Saúde.

Os objetivos do Setor de Saúde são:

1) lutar contra o modelo de saúde capitalista expresso no complexo médico-industrial-farmacêutico e agronegócio, e re-significar a saúde na perspectiva da classe trabalhadora, garantindo o direito à saúde como dever do Estado; 2) incorporar a ética do cuidado como estratégia de promoção, prevenção e atenção à saúde, fortalecer as práticas populares afirmando a cultura dos saberes do povo; 3) garantir a participação orgânica e política dos(as) militantes em todos os espaços baseado, nos princípios do MST. (Santos, 2011, p. 81).

O setor de saúde criou cursos de formação em saúde que adotam racionalidades médicas e não médicas. Esses cursos visam uma possível atuação nas áreas de acampamentos e assentamentos posteriormente. O ser humano como ser social deve participar da organização da comunidade construindo ferramentas de luta para a efetivação de fato dos direitos conquistados. A saúde segundo o MST deve estar ligada

a educação, produção, lazer, moradia, acesso a terra, pois estes direitos garantem condições dignas de vida.

5. CAPÍTULO III – A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MIRASSOL D’ OESTE-MT

5.1 HISTÓRICO DO MUNICÍPIO DE MIRASSOL D’ OESTE – MT

No século XVIII começaram a surgir os primeiros povoados na região de Mato Grosso (MT). Os movimentos bandeirantistas começaram no século anterior, cujos objetivo “eram promover a expansão do território, exploração da terra, povoamento, investigação e aproveitamento das potencialidades econômicas da então Colônia” (Ferreira, 1995, p. 03). Os bandeirantes paulistas que adentraram o estado à procura de índios e mercadorias abundantes na região, encontraram jazidas de ouro em 1719 na região da atual capital do estado, Cuiabá, inicializando ali um processo de exploração mineral que veio a colonizar a região.

O programa de colonização foi feito para apaziguar conflitos no sul e sudeste, eram financiados pelo estado, intensificado nos governos militares sendo que este possibilitou grandes condições para os grandes proprietários comprarem terras expandindo as fronteiras agrícolas, a soja concentrada no sul e no sudeste também veio para a região de Mato Grosso.

O crescimento populacional, a elevação do custo de vida, os altos impostos cobrados sobre o ouro, a grande violência, a escassez das minas de Cuiabá, a precarização do mercado abastecedor de alimentos e o aumento das doenças foram fundamentais para a evasão para outras regiões do estado. A saúde nessa região era precária: subnutrição, falta de saneamento, má alimentação, entre outros fatores.

Paralelamente aos garimpos o estado iniciou uma agricultura de subsistência e o cultivo de cana de açúcar. Isso foi um dos fatores para consolidação dos núcleos populacionais a partir da segunda metade do século XIX. O incentivo governamental para colonizar essa terras trouxe muitos imigrantes. Formavam-se também os primeiros latifúndios com as fazendas de criação de gado que se tornou o fator econômico do momento. Ao norte a mineração e ao sul a agropecuária.

A colonização atraiu colonos com larga experiência agrícola, com hábitos no manejo tradicional. Com a modernização da agricultura (1960) esse espaço foi ocupado por modernas técnicas na agricultura. Os anos 1970 e 1980 foram considerados uma fase desenvolvimentista em Mato Grosso. Atualmente a economia gira em torno da plantação de soja e de cana de açúcar e da pecuária extensiva.

A cidade de Cáceres foi a primeira a ser fundada na região sudoeste do estado, em 1778. As atividades agropecuárias, o extrativismo vegetal e animal e a navegação pelo rio Paraguai abriram comércios, possibilitando o surgimento e o desenvolvimento da cidade. Com a intensa migração para as proximidades a partir de 1950 outras cidades começaram a ser fundadas, inclusive Mirassol d' Oeste na década de 1960.

A região sudoeste tem três formas diferentes de ocupação histórica (INSTITUTO SAMARITANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ALBERT SCHWEITZER, 2010): imigrantes da agricultura convencional com sítios e chácaras desde 1935, imigrantes em busca de garimpos e madeiras que hoje se tornaram comunidades tradicionais e assentamentos e a região de Mirassol d' Oeste que é de assentamentos da década de 1980 e 1990.

De acordo com KREITLOW (2015) em 2013 as principais formas de uso da terra no município de Mirassol d' Oeste era com plantações de cana-de-açúcar (78,82 km²), pecuária (656,77 km²), agricultura anual (22,98 km²), área urbana (6,91 km²) e a silvicultura (9,71 km²), no caso do município o cultivo da teca⁶ como reflorestamento comercial.

Até 1980 havia produção diversificada no município como arroz, café, milho, além do hortifrutigranjeiro e a pecuária. A pecuária bovina de leite e corte conseguiu se hegemonizar. Com esse crescimento se instalou no município um frigorífico de grande porte. Nos anos 1990 a pecuária e a instalação da usina de cana de açúcar acirrou a concentração de terras e os conflitos por sua posse. Nos anos 2000 a produção de soja e de teca ganhou espaço no município.

⁶ Nome científico: *Tecnotona grandis*. Madeira de reflorestamento, semelhante ao eucalipto, utilizada na fabricação de móveis, pisos, entre outros. Na região de Mirassol d'Oeste é bastante comercializada, pois tem boa aceitação no mercado, sendo considerada uma das mais valiosas e apreciadas do mundo reunindo o maior número de boas qualidades.

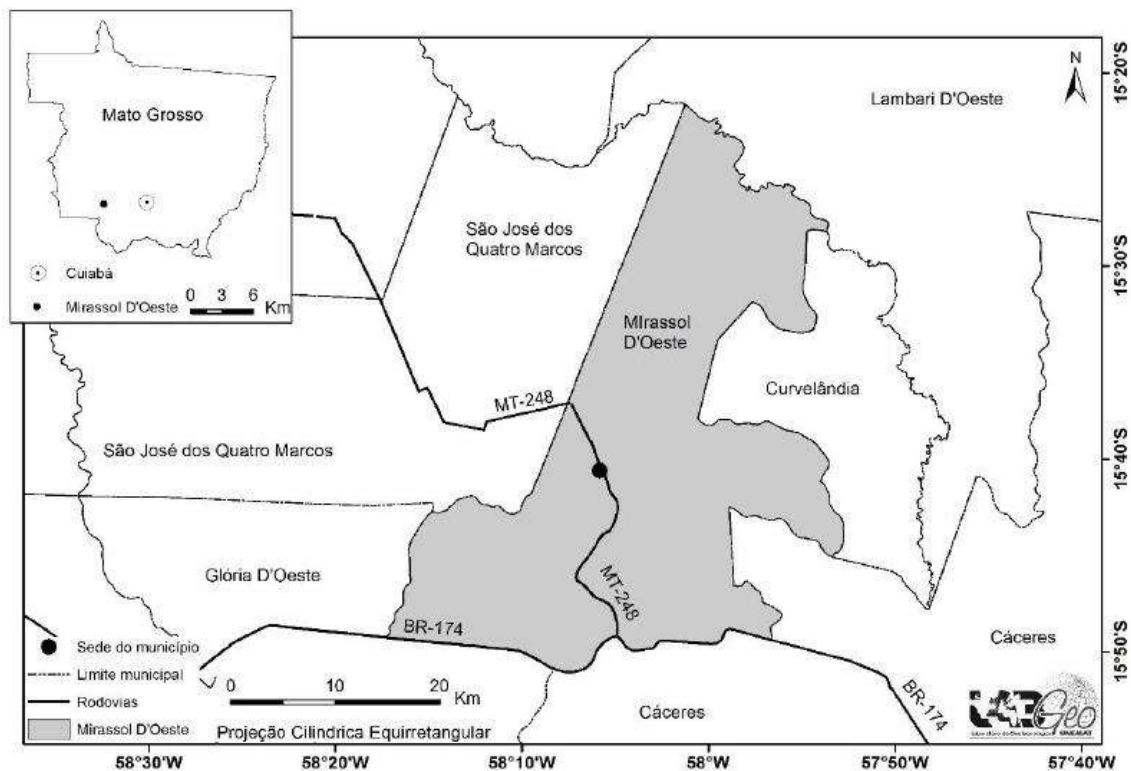
A produção de álcool iniciou-se na década de 1990 com o incentivo da produção do biocombustível por parte do governo federal. A pecuária está sendo desenvolvida desde a criação do município, em 1976, sendo esta a principal atividade econômica em toda a região sudoeste do estado.

A colonização de Mirassol d' Oeste assim como diversos municípios do estado de Mato Grosso se deu a partir do incentivo do governo com o processo de colonização e o desenvolvimento da pecuária criando minifúndios e pequenas propriedades gerando uma concentração de terras. Houve uma substituição da vegetação natural para a formação de pastos para criação de gado.

A área habitada por índios Bororós foi povoada por bandeirantes paulistas por volta de 1958 impulsionado pelo incentivo do governo que tinha como foco a colonização do centro oeste brasileiro e ocupação da Amazônia. No ano de 1960 com a construção da ponte sobre o Rio Paraguai na cidade de Cáceres – MT intensificou a migração para a região sudoeste do estado, principalmente na região onde seria fundada a cidade de Mirassol d' Oeste em 28 de outubro de 1964 que ganhou esse nome porque os pioneiros vieram da cidade paulista Mirassol. Essa região foi povoada primeiramente por Antônio Lopes Molon e Benedito Cesário da Cruz que adquiriram algumas terras devolutas. Molon investiu seu capital para requerer terras devolutas, depois os dividiu em lotes urbanos e rurais e os venderam, formando assim a cidade de Mirassol d' Oeste.

A cidade de Mirassol d' Oeste se emancipou em fevereiro de 1977. Antes disso pertencia ao município de Cáceres. Sua população estimada, segundo o Censo do IBGE 2010, é de 25.351 habitantes, sendo a população do campo correspondente a 3.866 habitantes, cerca de 15,24 %. Possui uma área de 1.134,31 km². O bioma do município está dividido em 79,11% Amazônia e 20,89% Pantanal. A sede do município está localizada a 329 km da capital do estado, Cuiabá.

Mapa 1: Localização do Município de Mirassol d' Oeste.



Fonte: Jesã Pereira Kreitlow

A economia expressiva do município baseia-se no gado de corte e leiteiro e na produção de álcool. Possui um frigorífico de abate de bovinos, uma triparia de grande porte, um laticínio, uma granja (indústria) e uma usina de cana de açúcar. As demais áreas da economia giram em torno do próprio comércio local, atendendo às necessidades de toda a Microrregião de Jauru. Mirassol d'Oeste funciona como um minipólo à Microrregião de Jauru, sendo o pólo a cidade de Cáceres. Em 2015 foram fechados o frigorífico bovino, a triparia e a granja devido a crise econômica.

A zona rural do município é composta por fazendas com criações de gado, plantação de soja, cana de açúcar e teca, pequenos sítios, comunidades tradicionais, assentamentos (totalizando sete, com aproximadamente 896 famílias, sendo três assentamentos do MST, Margarida Alves, Silvio Rodrigues e Roseli Nunes).

Grande parte da produção da agricultura familiar oriunda de assentamentos do município destina-se em maior proporção ao autoconsumo, pequena parte é comercializada em feiras ou para atravessadores. A principal fonte de renda da agricultura familiar está relacionada a pecuária, seja na comercialização do leite produzido ou de bezerros, produção de bananas, mandioca, verduras e legumes em

feiras ou da comercialização através do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). O comércio utiliza produção externa ao território, não valorizando a produção da agricultura familiar.

De acordo com a Fundação de Atendimento Sócio-Educativo, FASE (2014) nos anos 2000 algumas produções agrícolas como o feijão, arroz, banana e café reduziram dando lugar ao crescimento da soja e cana de açúcar.

Em um contexto recente a descoberta de minério de ferro na região em setembro de 2011, tem gerado debates a cerca da possibilidade de exploração do mineral no município. Teve repercussão nacional por ser uma jazida maior que a Carajás, no estado do Pará. Essa jazida abrange o município de Mirassol d' Oeste inclusive o assentamento Roseli Nunes.

5.2 HISTÓRICO DO ASSENTAMENTO ROSELI NUNES

O surgimento do MST no estado de Mato Grosso (MT) se concretizou em agosto de 1995, mas as bases para essa expansão se deu no ano anterior quando um grupo fez o processo de formação em busca de alianças como base para a organização de trabalhadores rurais no estado. Foi no VII Encontro Nacional em 1993, realizado em Salvador (Bahia), que o MST decidiu se expandir mais além, inclusive para o estado de MT.

O contexto dessa expansão não era favorável para a classe trabalhadora do ponto de vista político e econômico nacional, pois se consolidava a política neoliberal no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), uma fase de precarização do trabalho, privatizações de empresas estatais, redução dos direitos sociais e forte repressão às lutas sociais.

No campo mato-grossense os grandes latifundiários apoderavam das terras principalmente para plantações de soja para exportação, criação de gado e inúmeras

terras improdutivas⁷. Era necessário não só ocupar esses grandes latifúndios, mas também resistir e produzir alimentos. Isso seria possível com um movimento forte e organizado que fosse capaz de despertar os trabalhadores do campo e da cidade sobre o direito de acesso a esses latifúndios para realização de assentamentos de reforma agrária em Mato Grosso.

Nos primeiros anos do MST no estado foi de avanços para os movimentos sociais de esquerda, pois o governo mato-grossense daquele período, Dante de Oliveira, ainda estava ligado as frentes populares e de esquerda e não fez repressão sistemática ao MST. Porém no seu segundo mandato (1998-2002) passou a implantar as políticas neoliberais no estado.

Os latifundiários ganharam forças e tentavam intimidar a luta dos Sem Terra através da pistolagem. Em 2002 com a eleição de Blairo Maggi⁸ para governador do estado a luta dos trabalhadores foi combatida com despejos de acampamentos e repressões, pois o mesmo sendo um dos grandes latifundiários plantadores de soja que controla empresas ligadas ao agronegócio em Mato Grosso iria mesmo defender a sua classe.

O MST/MT iniciou na região sul do estado, mais precisamente no município de Pedra Preta, com a ocupação da fazenda Aliança em 14 de agosto de 1995, com 1100 famílias.

A grande concentração de terras em MT, sendo “o terceiro estado do Brasil em extensão territorial e o segundo em concentração de terra” (MST/MT, 2015, s/p) sendo que elas estão sobre o poder de empresas e grupos nacionais e multinacionais, o contexto político estadual que se manifestava com a derrota da oligarquia da família Campos⁹ e os setores organizados dos trabalhadores que inclui aliados vinculados a

⁷. Segundo o inciso XXIII do artigo 5º e nos artigos 184 e 186 as terras improdutivas são aquelas que não cumprem sua função social, ou seja, o proprietário não faz dela um uso racional e adequado, preservando os recursos naturais e o meio ambiente, observando as leis trabalhistas e que a produção favoreça tanto a ele como aos trabalhadores. A propriedade que não cumprir qualquer dos requisitos será desapropriada e destinada para fins de reforma agrária

⁸ Considerado o “Rei da soja”, Blairo Maggi é um dos maiores produtores de soja do mundo, usufruindo de grande parte das terras mato-grossenses, tendo grande influencia no grupo do agronegócio no Brasil.

⁹ A família Campos está presente na vida pública de Mato Grosso desde a segunda metade da década de 1940, exercendo uma oligarquia nos cargos políticos mais importantes do estado.

igreja e movimentos sindicais urbano e rural e militantes vindos de outros estados foram decisivos para o surgimento do MST em MT.

Na região sudoeste o movimento contou com o apoio da Diocese de São Luiz de Cáceres através do trabalho de Boa Nova que já pregava a necessidade de organizar a luta pela terra. O Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) de Cáceres e Rio Branco convidou a militância para intensificar o trabalho de base na região iniciado pela igreja, pela Pastoral da Juventude e pela CPT.

Em 1998 o MST já havia se expandido para quatro das cinco grandes regiões do estado, e atualmente está presente nas cinco regiões (sul, médio norte, sudoeste, norte e baixada cuiabana). O assentamento pesquisado, Roseli Nunes, está localizado na regional sudoeste, sendo a maior parte no município de Mirassol d' Oeste, uma pequena parte no município de São José dos Quatro Marcos e outra no município de Curvelândia.

Mapa 2: Localização do PA Roseli Nunes.



Fonte: Silmara Santos Oliveira, 2015.

O assentamento Roseli Nunes originou de uma ocupação na fazenda Facão no município de Cáceres – MT, em março de 1997. O acampamento chegou a um número de 1.200 famílias, inclusive vindas de outros estados. A organicidade se constitui no acampamento como em qualquer outro espaço do movimento, constituindo ali coordenação, núcleos de base e os setores. Os setores “são formas de organização interna das famílias. A intencionalidade é que cada pessoa possa assumir uma tarefa e também buscar as infraestruturas necessárias para o acampamento ou assentamento”. (Araújo, 2015, p. 37).

Em 1998 o MST e o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Cáceres solicitaram ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) uma vistoria na Fazenda Prata localizada no Município de Mirassol d’ Oeste - MT. O resultado considerou a fazenda improdutiva. Em abril do mesmo ano quando saiu o comodato em áreas do município de São José dos Quatro Marcos e Mirassol d’ Oeste o acampamento se dividiu em dois se formou posteriormente o assentamento Florestan Fernandes e o assentamento Roseli Nunes respectivamente.

Como e de práxis do MST homenagear os companheiros/as e mártires que lutaram por alguma causa durante suas vidas, o assentamento herdou esse nome (Roseli Nunes¹⁰) em homenagem a uma companheira gaúcha que foi assassinada no dia 31 de março de 1987 em Sarandi no estado do Rio Grande do Sul.

Apesar de o comodato sair em 1998 em uma área de 40 hectares, a fazenda foi desapropriada em 2000 e os parcelamentos dos lotes só se realizaram em 2002, onde de fato se consolidou o assentamento Roseli Nunes, sendo que cada família recebeu uma área de 25 hectares. Atualmente o assentamento é composto por 331 famílias organizadas em 27 núcleos de base, e se organiza em coletivos responsáveis por organizar as atividades de cada setor, como a saúde, a educação, a juventude, entre outros. Cada núcleo tem dois coordenadores que formam a coordenação do assentamento.

¹⁰ Roseli Celeste Nunes da Silva nasceu em 1954, e participou, com outras 8 mil pessoas da ocupação da fazenda Anonni, em 1985. No dia 31 de março de 1987, Roseli Nunes e outros três trabalhadores Sem Terra foram mortos, por um caminhão que invadiu o bloqueio dos Sem Terra em uma ocupação de BR, em uma manifestação na BR 386, em Sarandi, no Rio Grande do Sul.

A coordenação do assentamento é a instância máxima organizativa e tem como objetivo orientar a dinâmica organizacional das famílias, decidir as ações e direcionamentos apontados pelos núcleos, organizar o acesso às políticas públicas e a infraestrutura necessária para condicionar uma vida mais agradável às famílias, socializar as principais questões trazidas pela coordenação dos núcleos e tomar as decisões necessárias coletivamente para assim definir os rumos do assentamento, além de ser um alicerce organizativo do MST. (Oliveira, 2015, p. 31).

O assentamento conta com uma escola estadual, a Escola Madre Cristina, que se tornou referência de escola do campo na região. Nesse espaço, além das áreas sociais localizadas em cada núcleo, é onde os assentados se reúnem para realização das atividades do movimento, comemorações, reuniões, assembleias, etc.

As principais atividades econômicas do assentamento são a agricultura (milho, mandioca, banana, abóbora), horticultura, criação de pequenos animais (porcos e galinhas) e a pecuária leiteira, sendo algumas das produções, no caso hortaliças, comercializadas por meio do comércio institucional pelo Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

As famílias conquistaram crédito habitação em 2003, crédito reforma habitação em 2013, postos semi-artesianos, estrada, escola e posto de saúde devido a forte pressão para que o estado efetivasse de fato os direitos para as áreas de reforma agrária.

O assentamento está localizado sobre uma mancha de calcário que afeta a rede hídrica. Em setembro de 2010 foi anunciada a descoberta de jazidas de minério de ferro no município. No assentamento em cerca de 110 lotes há ocorrências de minérios.

Quando começaram os estudos das descobertas de minério de ferro na região sudoeste constatou-se que o subsolo do assentamento era uma das áreas em que se encontravam as jazidas. Segundo relato no Relatório Estadual de Direitos Humanos e da Terra “bateu um desespero no assentamento inteiro” (pág. 84), pois, as famílias corriam risco de serem despejadas sem nenhum direito a indenização e, além disso, destruir uma história de lutas e sonhos.

Essa notícia gerou uma reação nas famílias assentadas, que se organizaram como forma de resistência contra esse projeto do capitalismo. Graças a essa mobilização das famílias a ameaça da mineração se afastou, porém não acabou. Segundo os assentados eles estão vigilantes para qualquer reabertura desse episódio.

5.3 A ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MIRASSOL D' OESTE – MT

A lei nº 8.080 (art. 9) determina que a gestão do SUS deve ser exercida “I – no âmbito da União, pelo ministério da saúde; II – no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos municípios pela respectiva Secretária de Saúde ou órgão equivalente.” (Ministério da Saúde, 2004, p. 08).

É função dos estados e da União oferecer apoio técnico e financeiro os municípios. Os municípios tem responsabilidade de garantir acesso a atenção básica e aos serviços especializados, mesmo para fora de seu território. Existem municípios que não tem condições de oferecer atendimentos de alta complexidade, sendo necessário uma referência, ou seja, outro município como polo que tenha condições de oferecer esses serviços, como é o caso de Mirassol d' Oeste que busca apoio na cidade de Cáceres nos atendimentos de alta complexidade, como cirurgias, ortopedia especializada, entre outros.

A descentralização como um dos conceitos do SUS de acordo com o artigo 198 da Constituição Federal (CF/88) significa a transferência de responsabilidades específicas e recursos para cada esfera do governo: União, estados e municípios, sendo o município o principal responsável pela saúde da população com a responsabilidade primeira e intransferível, a atenção básica a saúde. A atenção básica engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

O orçamento para a saúde pública também é de responsabilidade das três esferas do governo, previsto na Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 que 15% do orçamento próprio dos municípios devem ir para a saúde pública.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (CF, art. 198, EC nº 29/2000).

Além dos Pontos de Atendimentos na zona rural há também o AMA (Assistência Médica Ambulatorial), ESF (Estratégia de Saúde da Família) e o PSF (Programas de Saúde da Família), além de várias outras iniciativas na área da saúde em âmbito municipal e até mesmo estadual.

Os equipamentos sociais da área da saúde pública, segundo a Secretaria de Saúde do município são: 02 hospitais, 02 postos de saúde sendo um localizado no Distrito de Sonho Azul (zona rural), 03 PSFs localizados no Parque Morumbi, Mutirão e Jardim São Paulo e 03 Pontos de Atendimento na zona rural localizados no PA Santa Helena, PA Margarida Alves e PA Roseli Nunes.

Segundo uma pesquisa realizada por Kreitlow em 2013 que analisou a questão ambiental no município, mas que também deu ênfase as manifestações da questão social, apontou que não existe infraestrutura suficiente para contribuir na melhoria das condições de vida da população como, por exemplo, no acesso saúde, falta de tratamento de esgoto, instalações de banheiros para as famílias de baixa renda, o que poderia ser investido pela própria família para melhorar a qualidade de vida é utilizado com aluguel já que uma grande parcela da população urbana não é proprietária do imóvel no qual reside, cerca de 28,28% da população mirassolense e o estado fica ausente na efetivação dessas políticas de habitação, saúde, etc. Há poucas ofertas de empregos formais.

Na zona rural a saúde se restringe a postos de saúde, Agentes Comunitários de Saúde e atendimentos médicos a cada mês. Em caso de emergência a população rural é atendida nos PSF localizado na cidade.

5.4 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO ASSENTAMENTO ROSELI NUNES

Ao construir um assentamento as famílias se colocam em um grande desafio de reconstrução de um novo espaço. As antigas infraestruturas das fazendas precisam dar lugar ao modelo de Projeto de Assentamento para concretizar o sonho da reforma agrária. Um espaço que antes era de apenas um dono passa a ser de várias famílias. É necessário construir estradas, pontes, escola, habitação, posto de saúde e outras estruturas de direito desses trabalhadores que garantem condições de sobrevivência.

Desde o acampamento realizado na fazenda Facão, município de Cáceres-MT, os setores estavam organizados para suprir as necessidades dos acampados. O setor de saúde realizava coleta de lixo, cultivava plantas medicinais e realizava palestras de orientação e prevenção, devido as dificuldades financeiras as soluções para os

problemas de saúde eram buscado no conhecimento popular (SANTOS, 2014). Criaram uma pequena farmácia no próprio acampamento, sendo que a prefeitura de Cáceres fornecia alguns materiais básicos de primeiros socorros e alguns medicamentos, por exemplo.

Após o acampamento ser dividido para as duas áreas, nos municípios de Mirassol d' Oeste e Araputanga, os setores tiveram dificuldades de atuarem devido o afastamento das famílias que foram para o comodato¹¹ e posteriormente para seus lotes, porém o setor de saúde nunca se extinguiu, alguns de seus membros exerciam o papel de ACS de forma voluntária, sempre reivindicando junto com a comunidade a construção de um posto de saúde.

Em 2004 houve uma contratação de dois ACS para o assentamento através de uma empresa terceirizada que prestava serviços para a prefeitura de Mirassol d' Oeste. Em 2007 a prefeitura contratou mais ACS através de um processo seletivo, sendo os primeiros não trabalhariam mais. A partir daí houve um afastamento da Saúde do setor de Saúde do assentamento, não sendo tão combatentes os novos profissionais, sendo que não fazem parte do Coletivo de Saúde atualmente.

No início do assentamento a saúde funcionava de forma precária, através da solidariedade entre os companheiros, não tinha estrutura adequada para realização do trabalho dos setores. O Posto de Saúde funcionava em uma estrutura improvisada de madeira construída em 2003 pelos próprios assentados na área social da escola até final de 2012 quando a prefeitura construiu um anexo denominado Ponto de Atendimento. A partir de 2003 começou a ter atendimento médico uma vez por mês, o que não era suficiente para atender as demandas da comunidade.

O Ponto de Atendimento localizado na área social da escola, próximo ao antigo Posto de Saúde, não pode ser considerado um PSF, pois não abrange um público mínimo que caracteriza esse programa, como também não pode ser considerado um Posto de Saúde porque não realiza atendimento todos os dias e não conta com uma equipe de profissionais da saúde para realizar os atendimentos. Esse espaço é um anexo

¹¹ Quando se tem um acordo entre o fazendeiro, o INCRA e a coordenação do acampamento, onde destina parte da área da terra ocupada para as famílias iniciarem a produção e criação de animais, sendo uma transição entre o acampamento e o assentamento, o chamado Pré Assentamento.

do PSF Centro que está localizado no centro da cidade de Mirassol d' Oeste que engloba a zona rural do PA Silvio Rodrigues, PA Margarida Alves e PA Roseli Nunes.

O assentamento está dividido por 5 áreas de atuação dos ACS, sendo que cada profissional é responsável por uma área, em média de 68 famílias, aproximadamente 1.200 pessoas nas 5 áreas. Em casos emergenciais quando são procurados pelos usuários os ACS acionam a ambulância que buscam até o assentamento e encaminham diretamente ao hospital municipal (plantão).

O trabalho dos ACS iniciou em 1991 com a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que se transformou em PACS. A implantação ocorreu inicialmente na região nordeste porque lá já existiam experiências desde 1987 com o Programa de Agentes de Saúde (PAS) no estado do Ceará. A lei nº 10.507 de julho de 2002 criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) com o objetivo de fortalecer o SUS na atenção básica de saúde. Anterior a isso esse profissional não tinha regulamentação e nem qualificação.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste". (art. 2º, lei 10.507/2002).

Os ACS devem identificar os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que afetam a saúde da população, encaminhar as pessoas ao centro de saúde quando necessário, fazer acompanhamento das famílias com frequência. Além dessas atribuições práticas dos ACS, esses profissionais devem ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem e costumes.

No meio rural a atuação dos ACS tem as suas especificidades acompanhada de grandes desafios, como o extenso território de abrangência, distância das residências da unidade de saúde, distância entre as casas, estradas ruins em períodos de chuva, pois não são pavimentadas, entre outras questões.

Os Agentes Comunitários de Saúde residem no próprio assentamento como rege o caput I do art. 3º da lei nº 10.507/2002. Desenvolvem entrevista com as famílias, visita domiciliar, cadastramento das famílias, mapeamento da comunidade, reuniões comunitárias, orientam na prevenção de doenças e no controle do uso de medicamentos, acompanham as gestantes, faz pesagem (quando solicitados pela Assistência Social para atualização dos dados do Programa Bolsa Família) e relatórios frequentemente.

A organização da saúde é extremamente voltada para atender a população urbana. Embora tenham ocorrido mudanças na forma de abranger a população do campo ainda tem muito que GBSES/MT melhorar nas áreas de reforma agrária.

No assentamento os ACS atuam dentro do Programa de Apoio a Saúde Comunitária de Assentamentos Rurais (PASCAR). Esse programa foi implantado em 2011 de forma pioneira pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Mato Grosso de acordo com a portaria 083 de 08 de junho de 2011.

O objetivo principal do PASCAR é estimular os municípios a desenvolver um trabalho contínuo, sem interrupção de ação dos Agentes Comunitários de Saúde Rural (ACSR) junto às comunidades rurais e assentamentos de reforma agrária, visando o acesso dessas famílias a saúde, de acordo com as necessidades específicas do campo.

Como parte da organização política pelo MST está a luta por saúde. Os assentados conquistaram na área da saúde o anexo do PSF localizado na mesma área social da escola, profissionais Agentes Comunitários de Saúde da própria comunidade, sendo concursadas pelo município e atendimento médico duas vezes por mês. O Ponto de Atendimento abre somente nos dias de atendimento médico.

Ao analisar a organização da saúde no assentamento é fundamental observar o conceito ampliado de saúde para o MST:

Uma sociedade com saúde é onde homens e mulheres vivem com liberdade para participar e ter seus direitos respeitados. Onde a renda e a riqueza sejam distribuídas com igualdade. Com terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, lazer, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica - onde haja justiça igualdade, participação e organização (...) para falar de saúde precisamos falar de como a gente vive, onde moramos, o que comemos e como trabalhamos (MST 2001, p.12).

A troca do uso de agrotóxicos por práticas saudáveis se tornou um dos grandes potenciais de manutenção e promoção a saúde dos assentados. Atualmente estão organizados na produção agroecológica através de uma cooperativa regional, a Associação Regional de Produção Agroecológica (ARPA)¹² gerando segurança alimentar e renda para os assentados. Porém de acordo com Santos (2014) ainda tem uma grande parcela dos assentados que se alimentam apenas no básico, ainda compram praticamente todos os gêneros alimentícios nos supermercados e os que produzem utilizam agrotóxicos.

A presença da grande cultura de cana de açúcar, da soja e da teca no entorno no assentamento provocam ameaças à preservação da saúde, pois usa bastante agrotóxicos na sua produção para antecipar a fase da colheita, pulverizados por aviões.

As famílias tem buscado a medicina popular, no caso o uso de plantas medicinais como acesso a saúde desde o acampamento.

Plantas medicinais são aquelas que possuem uma ou mais propriedades reconhecidas de cura, prevenção, diagnóstico ou tratamento sintomático de doenças, usando-se órgãos ou partes das plantas que apresentam atividade terapêutica, devido à presença de um determinado princípio ativo. (Bueno, 2016, p. 14).

A fitoterapia é o estudo das plantas medicinais e suas aplicações na cura das doenças. É uma cultura tradicional na medicina popular, devido o alto custo de medicamentos e as dificuldades de acesso aos serviços médicos. O uso das plantas medicinais deve ser utilizado como uma forma de prevenção. Desde o acampamento o setor de saúde tem se preocupado com essa questão, cultivando uma horta medicinal. O Movimento orienta essas práticas populares de saúde, principalmente o uso de plantas medicinais e a medicina tradicional.

¹² A ARPA foi criada em 1997 e conta com aproximadamente 88 sócios dos assentamentos Roseli Nunes, Florestan Fernandes e São Saturnino. Em 2005 iniciou a comercialização através do PAA e do PNAE. Um dos princípios da associação é a produção agroecológica.

O MST tem acumulado experiências de prevenção, promoção e recuperação da saúde através da valorização de uma sabedoria popular de cuidados, baseados no uso tradicional de plantas e ervas medicinais. (Salgado, 2012, p. 28)

Desde os tempos mais remotos o homem utiliza da natureza para satisfazer as suas necessidades, por exemplo, os meios de cura das enfermidades através das plantas (Santos, 2014). Mesmo atualmente quando a medicina tem se avançado essa prática não se extinguiu e vem sendo resgatada principalmente no meio rural, nas comunidades tradicionais e assentamentos, por exemplo.

Segundo SANTOS (2014) a maioria das famílias do assentamento Roseli Nunes tem o hábito de cultivar nos quintais plantas medicinais e fazem o uso dessas plantas mesmo antes de morarem no assentamento. Ele ainda completa que “a única forma de evitar a extinção dos conhecimentos populares é fazer com que todos se apropriem destes” (p. 31).

O assentamento conta com sujeitos de referência para o cuidado popular em saúde, seja através das experiências transmitidas pelas gerações passadas ou pelo desenvolvimento profissional da terapia bioenergética¹³ que vai além das plantas medicinais. Grande parte das famílias assentadas e até mesmo de localidades vizinhas aderiram esse tipo de tratamento que é realizado no próprio assentamento por uma pessoa especializada em terapia alternativa que em parceria com um companheiro realizam atendimentos uma vez por semana, oferecendo as ervas desidratadas que serão utilizadas em chás pelos pacientes.

A “fitoterapia significa tratamento através das plantas” (Silva, 2007, p.15). Mesmo com o progresso tecnológico da medicina tradicional as plantas medicinais sustentam sua importância na atualidade. Em algumas comunidades é a única forma de acesso a saúde da população. O uso dessas plantas tem sido incentivado pela OMS devido o baixo custo em comparação com os medicamentos das indústrias farmacêuticas.

¹³ Terapia bioenergética é uma terapia corporal que utiliza exercícios físicos específicos e a respiração, para diminuir ou retirar qualquer tipo de bloqueio emocional (consciente ou não) presente no indivíduo.

Apesar das ervas exercerem uma função importantíssima na prevenção e tratamento das doenças

não podemos esperar que elas assumam toda responsabilidade da cura, pois as plantas ajudam em especial a nutrir e equilibrar nosso organismo, concomitante a isso devem ser tomadas medidas saudáveis de qualidade de vida como exercícios físicos, alimentação equilibrada e atividades de lazer. (Silva, 2007, p. 15).

A homeopatia é reconhecida como uma especialidade médica. No assentamento a homeopatia é utilizada através do processo do bioenergético. Esse processo está relacionado ao diagnóstico e ao tratamento, sendo que se aproxima também com os princípios do coletivo de Saúde do MST.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Saúde Pública é a aplicação de conhecimentos, com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, atuar em fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. Por outro lado como destaca a Declaração de Alma-Ata a aplicação efetiva de tais princípios depende de elementos não médicos principalmente de fatores econômicos e social sendo um direito fundamental.

A conquista dos direitos pelos trabalhadores foi mediada pela dupla função estatal: manutenção da ordem e mediação dos conflitos sociais, ou seja, por um lado o Estado oferece serviços básicos aos trabalhadores sem o intuito de manter a ordem vigente.

O contexto neoliberal, com a tentativa de desmonte dos direitos sociais e a ofensiva do capital sobre o trabalho tem fragmentado a luta dos trabalhadores, colocando-os na ofensiva. Esses trabalhadores que lutaram para que os direitos sociais fossem conquistados na CF de 1988 se mobilizando também para que estes sejam de fato efetivados, necessitam de nova organização para que estes direitos não reduzidos ou mesmo extinguidos.

É nessa realidade que é intensificada a busca pelos direitos sociais, principalmente pelos movimentos sociais do campo, como o MST. Essas organizações são os novos sujeitos coletivos que buscam a consolidação dos direitos sociais para os trabalhadores rurais, seja no acesso a terra e/ou na manutenção da sobrevivência depois de conquistado esse meio de produção.

No contexto do neoliberalismo instaurado no país o MST amplia a discussão de questionamento do modelo de produção agrícola, da fragmentação, focalização e terceirização das políticas sociais, principalmente no campo da saúde.

As políticas de saúde para o campo iniciaram com um viés de uma mão-de-obra saudável para exploração dos recursos naturais. Segundo o MST, para o campo nunca houve uma política de saúde específica, até o próprio SUS não menciona a população rural como público de intervenção.

Há uma distância entre o sistema único proposto pelo movimento sanitário e o SUS constitucional. O que está previsto constitucionalmente não se efetiva de fato, necessitando a pressão dos trabalhadores sobre o poder público pressionando o Estado no processo de elaboração e execução de políticas públicas.

A discussão sobre a produção e a promoção da saúde dentro do MST defende que o SUS seja ampliado é também luta contra a privatização da saúde pública. Não existe um programa contínuo na área da saúde para o campo, o que acontece são campanhas esporádicas, como as vacinações, pois isso não é interessante e lucrativo para o sistema capitalista.

Desde o surgimento do MST este movimento se organiza em torno de setores responsáveis por organizar demandas imediatas e a longo prazo. O Coletivo Nacional de Saúde abriu como discussão a saúde como direito de todos garantido no artigo 196 da CF/88. Como isso se concretiza no campo? Acesso, ao conceito amplo de saúde, no campo se diz primeiramente o acesso a terra, a habitação de qualidade, boa alimentação, ou seja, saúde a partir da qualidade de vida (Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde) pensada com um projeto de transformação da sociedade. As políticas que se dizem para o campo ainda estão, como as demais, nas políticas assistencialistas.

No MST a saúde passa a significar uma conquista da luta popular para o campo. O processo organizativo desse movimento é o seu grande diferencial. A maioria das famílias assentadas que vendem o lote e migram para as cidades alegam que estão em busca de alguma política pública, como o acesso a saúde, por exemplo. A infraestrutura e o apoio econômico nos assentamentos são insuficientes para a realização dos trabalhos.

De forma geral o que os trabalhadores foram conquistando ao longo dos anos com lutas seja na cidade ou no campo o sistema capitalista, amparado pelo Estado, tenta desmontar com medidas que prejudicam a classe trabalhadora, ficando cada vez mais difícil se manter no campo, pois com os trabalhadores enfraquecidos, sem condições de saúde, habitação e outros serviços básicos ficam mais fácil o agronegócio se expandir.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTAFIN, Iara. **Reflexões sobre o conceito de agricultura familiar**. Disponível em <http://www.enfoc.org.br/web/arquivos/documento/70/f1282reflexoes-sobre-o-conceito-de-agricultura-familiar---iara-altafin---2007.pdf>. Acesso em: 03 de mai. 2016.
- ALTIERI, Miguel. **Agroecologia: a dinâmica produtiva da agricultura sustentável**. 5 ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.
- ARAÚJO, Devanir Oliveira. **Mulheres na produção de hortaliças: processos agroecológicos numa perspectiva de superação das desigualdades de gênero**. Florianópolis: 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Agroecossistemas). – Área de concentração ambiental, Universidade Federal de Santa Catarina.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE COOPERAÇÃO AGRÍCOLA. **Condições de vida e saúde: população de assentamentos da Reforma Agrária**. São Paulo: 2005.
- BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão de Estratégia Saúde da Família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. Juiz de Fora: 2013. 200 f. Tese (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora.
- BARROS, Daniela França de; et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. 19 (1). ed. Florianópolis: texto contexto enferm, 2010, pp. 78-84.
- BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez Editora, 2006.
- BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 03 de mai. 2016.
- _____. Lei 10.505 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002.
- BRAVO, Maria Inês de Souza; **As lutas pela saúde: desafios da frente nacional contra a privatização da saúde**. São Luiz. Anais da 64ª reunião anual da SBPC, 2012.
- _____. et. al. **Saúde e serviço Social**. 5. Ed. São Paulo: Cortez, 2012. Rio de Janeiro: UERJ, 2012.
- _____. **Políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BUENO, Aline Raia. **Conhecimento e formas de utilização de plantas medicinais em duas comunidades rurais:** agricultores familiares de santa albertina (sp) e assentados de ilha solteira (sp). Ilha Solteira: 2016. 100 f. Dissertação (Mestrado em Agronomia). – Área de sistema de produção, Universidade Estadual Paulista.

CABRAL, João Francisco Pereira. As classes sociais no pensamento de Karl Marx. Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/filosofia/as-classes-sociais-no-pensamento-karl-marx.htm>>. Acesso em: 29 de ago. 2016.

CARNEIRO, Fernando Ferreira. **A saúde no campo:** das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. Belo Horizonte: 2007. 143 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

COSTA, Gilmar da; SILVA, Patrícia Sanches da. **Tratamento bioenergético:** estudo etnofarmacológico de plantas medicinais da pastoral da saúde de Cotriguaçu, MT. Cotriguaçu: Biodiversidade, 2014. 13 vls.

ESCOLA MADRE CRISTINA. **Projeto Político Pedagógico.** Assentamento Roseli Nunes, 2010.

ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990:** do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

_____. TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963:** do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Ligia. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 333-384.

FERREIRA, João Carlos Vicente. **Mato Grosso:** Política contemporânea. Cuiabá: Memória brasileira, 1995.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FONTES, Virginia. **O Brasil e o capital imperialismo:** teoria e história. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010. pp. 145-368.

HOCMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945).** Educar. Curitiba: n 25, pp 127-141, 2005.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IBGE, Censo demográfico, 2010.

INSTITUTO SAMARITANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ALBERT SCHWEITZER.
Plano territorial de desenvolvimento rural sustentável: território rural da Grande Cáceres. Cuiabá: ISPP, 2010.

KREITLOW, Jesã Pereira. Diagnóstico do município de Mirassol d' Oeste para fins de planejamento ambiental. Tangará da Serra: 2015. 85 f. Tese (Mestrado em Ambientes e Sistema de Produção Agrícola) – Universidade do Estado de Mato Grosso.

LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE – lei nº 8.080/1990 e a lei nº 8.142/1990.

LONDRES, Flavia. **Agrotóxicos no Brasil:** uma guia para ação em defesa da vida. Rio de Janeiro: AS-PTA, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIII Conferência Nacional da Saúde. Brasília: Centro de documentações do Ministério da Saúde, 1987.

_____. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: ministério da saúde, 2009.

MIRASSOL D' OESTE. In: Wikipédia: a enciclopédia livre. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Mirassol_d'Oeste> acesso em : 02 mai 2016.

MONTAÑO, Carlos, DURIGUETO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2011. pp 191-209.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso (Org.). **Sociedade, Estado e direito a saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MST. **MST/MT: 20 anos de história, lutas, conquista e dignidade.** MST, 2015.

_____. Programa Agrário do MST. São Paulo: 2014.

OLIVEIRA. Siumara Santos. **(Des) caminhos da resistência camponesa nos assentamentos de reforma agrária:** avaliação da sustentabilidade socioeconômica e ambiental no assentamento Roseli Nunes – município de Mirassol d'oeste/MT. Florianópolis: 2015, 211 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Agroecossistemas). – Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal de Santa Catarina.

PEREIRA, Ana Lúcia [et al]. **O SUS no seu município:** garantindo saúde para todos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PORTAL BRASIL. **Agricultura familiar.** Disponível em <<http://www.brasil.gov.br>> acesso em: 30 de abr. 2016.

REVISTA SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE. São Paulo: ed.Cortez, 1994 – Ano XV nº 44, Quadrimestral, abril. ISSN 0101-6628.

RONZANI, Telmo Mota, STRALEN, Cornelis Johannes van. **Dificuldades de Implantação do Programa de Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro.** Revista APS. V 6, n 2, pp 7-22, 2003.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho, LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-americana de enfermagem. São Paulo: n 13(6), pp 1027-1034, 2005.

SALGADO, Rafaela Valentini. **Os assentamento rurais vinculados ao Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra e a Saúde Pública: uma análise da produção bibliográfica nacional.** Porto Alegre: 2012. 35 f. Tese (Especialização em Saúde pública) – Universidade Federal de Porto Alegre.

SANTOS, José Roberto Lima dos. **O saber popular sobre as plantas medicinais e o seu significado para a educação do campo: um estudo no assentamento Roseli Nunes.** Brasília, 2014. 43 f. Monografia (Licenciatura em Educação do Campo) – Área de Linguagens, Universidade de Brasília.

SANTOS, Julio Cezar Borges dos. **O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e as relações entre saúde, trabalho e ambiente em um assentamento rural no estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: 2011. 143 f. Tese (Mestrado em Ciência na área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz.

SAUER, Sérgio. **Terra e modernidade: a reinvenção do campo brasileiro.** 1. Ed. São Paulo: expressão popular, 2010.

SCHTESINGER, Sergio. **Biocombustíveis: energia não mata a fome.** FASE/MT, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Programa de Apoio a Saúde Comunitária de Assentamentos Rurais. Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br>> acesso em: 12 nov. 2016.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MIRASSOL D' OESTE.

SEVERO, Denise Osório. **O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o controle social do SUS: concepção do Coletivo Nacional de Saúde.** Florianópolis: 2008. 107 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, Caroline Gomes Rocha [et all]. Fitoterapia terapêutica alternativa e promoção a saúde. Disponível em <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>> acesso em: 31 out. 2016.

SOUZA, Neli Pereira; REIS, Rosini Mendes. **Educação do Campo Prática Pedagógica**. Umuarama: 2009. 57 f. Tese (Pós graduação em Ensino de Geografia e História) - Faculdades Integradas do Vale do Ivaí.

STÉDILE, João Pedro. FERNANDES, Bernardo Mançano. **Brava gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

WERNER, Inácio. SATO, Michèle (orgs.). **Relatório Estadual de Direitos Humanos e da Terra: Mato Grosso 2015**. Cuiabá: Fórum de Direitos Humanos e da Terra de Mato Grosso, 2015.