



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LARISSA DAIANE VIEIRA BARROS

ANÁLISE POLÍTICA DA SAÚDE NO MST:
PROBLEMAS, PRÁTICAS E PROJETO

Salvador-BA

2021

LARISSA DAIANE VIEIRA BARROS

**ANÁLISE POLÍTICA DA SAÚDE NO MST:
PROBLEMAS, PRÁTICAS E PROJETO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira

Salvador-BA

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B277a Barros, Larissa Daiane Vieira.

Análise política da saúde no MST: problemas, práticas e projeto / Larissa Daiane Vieira Barros. -- Salvador: L.D.V. Barros, 2021.

243 f.: il

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes de Souza Teixeira.

Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Rural. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LARISSA DAIANE VIEIRA BARROS

Análise política da saúde no MST: problemas, práticas e projeto.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 06 de outubro de 2021.

Banca Examinadora:

Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira - Orientadora - IHAC/UFBA

Profa. Monique Azevedo Esperidião - ISC/UFBA

Prof. Carlos Zacarias Figueirôa de Sena Júnior - FFCH/UFBA

Prof. Fernando Ferreira Carneiro – FIOCRUZ/Ceará

Firmado digitalmente
JAIME EDUARDO por JAIME EDUARDO
ALBERTO BREILH PAZ Y
MINO

Prof. Jaime Breilh Paz y Miño - UASB

Salvador
2021

Ao MST, fonte de inspiração para elaboração deste trabalho e de luta pela emancipação humana.

AGRADECIMENTOS

“Gracias a la vida que me ha dado tanto”
(Violeta Parra)

Escrever os agradecimentos de um trabalho é um momento de celebração! Acho que fala de um sentimento de dever cumprido, mas também de finalização de um ciclo longo e bastante desafiador. Nesse sentido, é preciso celebrar e agradecer por tantas pessoas importantes que estiveram presentes nessa caminhada.

Às forças ancestrais por serem guias e proteção cotidiana. Aos orixás e às linhas de Umbanda por trazerem força, coragem, movimento e conhecimento para seguir e finalizar essa etapa. Agradeço à minha mãe Oxum, por me lembrar do meu compromisso ancestral – fluir e expandir amorosamente feito água.

Minha profunda gratidão à professora Carmen Teixeira pela orientação sempre tão assertiva. Você foi crucial para me mostrar os atalhos quando estive perdida num labirinto de informações e dados. Sinto falta dos nossos encontros presenciais regados de poesia, literatura, música, cinema, pensamento crítico e muita política.

Aos professores e professoras do ISC por todos os momentos de construção do conhecimento, de reflexões coletivas e contribuições ao projeto de Tese, em especial, ao Professor Jairnilson Paim pela participação na banca de qualificação e pelos diálogos sobre a Reforma Sanitária Brasileira e os Sujeitos da Antítese, que ressoam em mim até hoje, e que fazem parte desta Tese. Meu agradecimento à Secretária da Pós, Anunciação, Bia e Carla, por todas as orientações e informações necessárias ao cumprimento das atividades e prazos acadêmicos.

Minha gratidão aos professores e professora que compõem a banca de defesa, Prof. Jaime Breilh – Universidade Andina Simón Bolívar (Equador), Prof. Fernando Ferreira Carneiro – Fiocruz/Ceará, Carlos Zacarias Figueirôa de Sena Júnior – FFCH/UFBA e à Prof^a Monique Esperidião – ISC/UFBA, por aceitarem o convite e pelos questionamentos, ponderações e contribuições ao trabalho final.

Agradeço também aos meus/minhas colegas e companheiros/companheiras de jornada no doutorado: Laíse Andrade, Tiago Parada, Sara Cerqueira, João Virgens e Érick Abade pelos momentos de discussão e socialização do conhecimento, por partilharem da angústia e desespero, mas também pelo café, pelas conversas que alimentam a existência e pelas cervejas geladas de final de tarde.

Quero agradecer ao Programa Permanecer UFBA e às alunas de Iniciação Científica – Naildes Oliveira, Márcia Vieira e Milena dos Santos, por contribuírem na busca e organização dos documentos e sistematização das informações sobre a luta do MST pelo direito à saúde. Agradeço também à Mariana Amorim e Acácia Lima por me ajudarem com os dados estatísticos e a produção das tabelas e gráficos.

Agradeço às minhas colegas do “Grupo de Pesquisa Serviço Social, Saúde, Conhecimento e Trabalho”, pelos projetos e ações coletivas que temos construído e por partilhar do compromisso ético e político de construção de uma sociedade livre de opressões.

Às minhas amigas e família escolhida, Áurea Oliveira, Lídia Lasserre, Izabel Reis e Laíse Andrade. Vocês são portos seguros onde é possível atracar com segurança e partilhar dos melhores momentos e dos maiores desafios dessa viagem chamada Vida!

Não posso deixar de agradecer a minha família por ser colo que acolhe, pelos encontros alegres que tornam a vida mais leve e cheia de esperança. Aos meus pais, Terezinha e Pepe, por terem me dado a vida, e por todo apoio, amor e cuidado dispensados. À minha irmã Verena (*in memoriam*), que morreu prematuramente em decorrência da Covid-19, mas deixou seus frutos, meus sobrinhos Samantha e Geovane – expressão do meu amor mais genuíno. Meu agradecimento à minha irmã Andréa que vive tão longe do Brasil, mas está sempre presente e torcendo fervorosamente por mim e pelos meus projetos. Ao meu irmão de coração e cunhado Kay e meus sobrinhos Hannah e Henzo por tornarem a minha caminhada cheia de sabores e novas paisagens.

À Arlene Alves pelo apoio incondicional e pela presença acolhedora, por partilhar as dificuldades e a beleza da caminhada. E a Ayo, meu cachorro, por ser símbolo de alegria e companheiro de todas as madrugadas.

Ao MST minha gratidão eterna! Agradeço em especial ao Setor Nacional de Saúde do MST na pessoa de Edinaldo Correia (Didi), por disponibilizar todos os documentos e informações necessárias à elaboração deste trabalho, bem como facilitar a minha inserção nos diversos espaços do movimento.

*Amar o campo, ao fazer a plantação,
não envenenar o campo é purificar o pão.
Amar a terra, e nela plantar semente,
a gente cultiva ela, e ela cultiva a gente.
A gente cultiva ela, e ela cultiva a gente
(Zé Pinto – Militante do MST)*

APRESENTAÇÃO

A presente Tese é uma síntese de meu percurso pessoal, político e acadêmico. Vivi a infância e a adolescência na periferia de Salvador, marcada por muitas privações, mas, também, por muita resistência e solidariedade. Logo cedo experimentei o estigma da pobreza, o que me fez assumir uma atitude crítica diante da desigualdade social que vivia e a questionar as diferentes possibilidades de acesso daqueles que me rodeavam. Nesse sentido, o apoio da minha família, amigos, pessoas que cruzaram meu percurso, e a minha força interna e ancestral me fizeram caminhar, com coragem e alegria na compreensão do mundo, e na busca por um lugar ao sol, ou, poderia ser, na terra.

Ingressei no mercado de trabalho aos 15 anos enquanto estagiária do Projeto das Voluntárias Sociais, na Empresa Baiana de Águas e Saneamento – EMBASA. Trabalhei por três anos no setor de Licitações e Contratos, espaço de franco aprendizado. Fui apresentada à rede de computadores, às legislações e contratos. Conheci a burocracia, as relações de poder e interesses públicos e privados que permeiam as instituições e o Estado.

Precisando construir minha caminhada profissional, entrei num cursinho pré-vestibular em 2001. Estudei durante um semestre e resolvi que faria vestibular para Serviço Social, ingressando em 2002 na Universidade Católica do Salvador. Não tinha clareza do trabalho da Assistente Social, mas sabia que estava vinculada à garantia de direitos. A capacidade de refletir, com e sobre a sociedade, me impulsionou a escolher Serviço Social enquanto profissão, e a Saúde como campo ocupacional. Na graduação participei de muitos espaços políticos da academia, lugares de ricos debates sobre a sociedade capitalista, a formação profissional e a vida universitária. Fui bolsista de Iniciação Científica no Núcleo de Estudos do Trabalho, coordenado pela Professora Ângela Borges, pensando o Mundo do Trabalho e a Questão Social. Essa experiência me apresentou a pesquisa, a produção do conhecimento científico e possibilitou a publicação de alguns trabalhos.

No período de estágio atuei em uma unidade hospitalar trabalhando com pessoas vivendo com HIV/SIDA. Nesse período, refleti com os usuários sobre os processos de saúde e doença e seus determinantes sociais; realizei rodas de conversa na sala de espera; produzi materiais educativos relativos à terapêutica, discriminação, preconceito, etc., discutidos com usuários e seus familiares, nos horários de visita. Esse contexto, e o processo de feminização da AIDS, provocou-me a escrever uma monografia intitulada: *A desigualdade da estrutura de gênero como fator de vulnerabilidade ao HIV/AIDS das pacientes soropositivo da enfermaria de Infectologia - 2A do Hospital Geral Roberto Santos*. Nesse período de estágio e de

elaboração da monografia, me aproximei do campo da saúde coletiva, o que me fez conhecer a história da saúde pública brasileira e o Movimento Sanitário, mas também conhecer o Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, momento em que fui em busca dos trabalhos publicados e referências das disciplinas ministradas pela professora Inês Dourado.

Em 2006 concluí o curso e fui trabalhar como assistente de pesquisa na Universidade Católica do Salvador, no Grupo de pesquisa Gestão e Avaliação de Políticas e Projetos Sociais – GAPPS, coordenado pela professora Isabela Cardoso Pinto. Buscava-se analisar a incorporação de propostas de mudança no modelo de gestão e atenção do sistema público de saúde nos municípios da região Metropolitana de Salvador, resgatando as alternativas de políticas definidas como prioridades na agenda governamental e apontadas nos Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão. A pesquisa me aproximou ainda mais do campo da Saúde Coletiva e da Gestão do Sistema de Saúde.

Em 2007 fui selecionada para trabalhar na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, na Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – DGTES, colaborando na discussão, formulação, implantação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas, programas e projetos, cenário marcado pela assunção do partido dos trabalhadores ao governo da Bahia e inserção de diversos militantes e *intelectuais orgânicos* (GRAMSCI, 2006) do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira na estrutura do Estado. Nesse contexto, em diálogo com os movimentos sociais da Bahia, elaboramos um projeto denominado MobilizaSUS – Estratégia de Fortalecimento da Participação e Controle Social no SUS, participando da sua formulação, implantação, monitoramento e avaliação.

Em 2008 fui convocada, em função do concurso da SESAB que havia realizado em 2005, a assumir a função de Assistente Social. Ao longo de sete anos de atuação na área de Planejamento e Gestão da Política de Saúde, colaborei na formulação e implementação de ações e estratégias para o fortalecimento da participação e democracia no SUS. Nesse período, cursei algumas disciplinas como aluna especial, no PPGSC/ISC, o que me permitiu aprofundar os estudos na área e a pensar o trabalho na área da saúde.

Atuando no grupo gestor do MobilizaSUS, participei no planejamento organização e execução de processos educativos com conselheiros de saúde, movimentos sociais, profissionais de saúde e estudantes; constituição do Grupo de Trabalho em Educação Popular em Saúde na Bahia; Organização e animação das Tendas Paulo Freire e Maria Felipa; ações educativas com Comunidades Quilombolas; cursos sobre o pensamento de Paulo Freire em parceria com a Universidade Federal da Bahia, etc. Nesse período, ingressei no Mestrado em Saúde Comunitária, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, do PPGSC/ISC e

produzi uma dissertação intitulada: *MobilizaSUS-Bahia: as práticas educativas e a constituição dos sujeitos*, orientada pela professora Isabela Cardoso Pinto e defendida em abril de 2012.

Cabe registrar que a experiência do MobilizaSUS, recebeu, em 2011, o Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa, concedido pelo Ministério da Saúde, e, em 2013, o Prêmio Victor Valla de Educação Popular em Saúde. Esses prêmios foram um reconhecimento à contribuição significativa do MobilizaSUS no cenário de implantação da Política de Gestão Estratégica e Participativa e da Política de Educação Popular em Saúde no estado da Bahia e evidenciaram os esforços e a luta de diversos sujeitos individuais e coletivos na defesa de um sistema público e universal de saúde. De fato, a constituição de uma rede de fortalecimento da participação e do controle social na Bahia foi crucial para ampliação dos debates sobre o direito à saúde e a Reforma Sanitária Brasileira. Entretanto, sempre discuti e provoqueei debates sobre os limites das estratégias realizadas pelo projeto, diante das contradições de uma ação por dentro do Estado e dos desafios que permeiam a participação política na sociedade de classes.

Motivada pelo desejo de contribuir com o processo de formação profissional na área do Serviço Social e com o debate sobre as Políticas Sociais, iniciei em 2014 atividade docente no Curso de Serviço Social, numa faculdade privada de Salvador, e em 2015, fui aprovada no concurso para professor assistente do Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal da Bahia. A minha inserção enquanto docente da UFBA e as minhas inquietações sobre os limites da participação nas instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS) me levaram ao doutorado. A conjuntura marcada pela ofensiva do capital contra a classe trabalhadora, pela implantação do receituário neoliberal e o cenário político de golpe contra o governo de Dilma Rousseff, em 2016, fez florescer as minhas angústias e inquietações sobre as estratégias de luta dos trabalhadores e trabalhadoras. Esse cenário me convocou a refletir sobre os caminhos do movimento sanitário na luta pela saúde e democracia no país e sua base de sustentação, considerando que as instâncias institucionalizadas de participação, ainda que tenham um papel central na democratização das políticas de saúde, não demonstram capacidade de influenciar diretamente e produzir forças necessárias ao enfrentamento desse caráter regressivo e conservador das políticas públicas na atual conjuntura.

Assim surgiu o projeto de pesquisa do doutorado, com centralidade nos sujeitos coletivos capazes de produzir ações políticas concretas, tendo em vista garantir o atendimento de suas necessidades e demandas em saúde, bem como analisar a relação que tais sujeitos mantêm (ou não) com o movimento pela RSB. A pergunta inicial, qual seja, “diante da crise do capitalismo mundial e da ofensiva neoliberal, quem são os sujeitos coletivos capazes de enfrentar essas forças regressivas e conservadoras?”, me conduziu a identificar o Movimento

dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), questionando até que ponto o MST seria um ator político capaz de acumular poder e resistir ao avanço perverso do capitalismo no campo brasileiro. Assim, tratei de elencar um conjunto de perguntas acerca da possível inserção das questões saúde na agenda e na práxis do MST, interrogando: o movimento incorpora o debate e a luta pelo direito à saúde? Como constrói e organiza a luta pela democracia e pelo direito à saúde no Brasil? Quais as estratégias e formas de organização política? Qual a relação entre os discursos e práticas do MST e os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira? Isso, sem deixar de me questionar se, reconhecendo-me como uma militante e pesquisadora no campo da saúde, teria eu o direito de impor esta problemática ao MST?

Ao sistematizar a minha trajetória e delimitar o objeto de estudo, não tenho dúvidas do quanto estão entrelaçados, já que não é possível separar o pessoal do lugar da luta política e da produção acadêmica. A escolha do tema está marcada pelos nossos valores, histórias e trajetórias, mas é preciso reconhecer que a pesquisa científica exige rigor teórico e metodológico, que não pode ser confundida com ideologia. Reconhecer a ausência da neutralidade me impôs uma vigilância epistemológica, um exercício diário de reflexividade na construção do objeto e na minha inserção em diversos espaços para realização da pesquisa de campo. Os anos de doutorado me fizeram mergulhar no cotidiano da vida dos trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra, participando das diversas ações/estratégias organizadas pelo movimento e me aproximando do Setor de Saúde do MST.

Estive nos Congressos Estaduais do MST, Feiras da Reforma Agrária, Encontro Estadual do Setor de Saúde do MST e o Encontro Nacional do Setor de Saúde do MST, realizado na Escola Nacional Florestan Fernandes – ENFF, em Guararema/São Paulo, entre maio/junho de 2019, como pude conhecer as dependências da casa que funciona a Secretaria Nacional do MST e alguns militantes da Direção Nacional. Estive por 12 dias na ENFF, mergulhada na dinâmica da escola e dividindo todas as tarefas colocadas pela auto-organização do espaço e me inserindo nas unidades de trabalho – ajudar na limpeza e organização do local; cumprir os horários das atividades educativas, refeições e trabalho coletivo; estudar e participar dos momentos formativos; participação nas místicas diárias, às 07h:45min, com o hino do MST e hasteamento das bandeiras do Brasil, MST e da Via Campesina; contribuir na organização do Encontro Nacional do Setor de Saúde, como também atuar enquanto assessoria, termo utilizado pelo movimento para designar aqueles e aquelas com conhecimento reconhecido em determinada área e que são convidados a contribuir em algum tema/debate/roda de conversa. Enquanto assessora, participei de uma mesa sobre Conjuntura e Saúde, discutindo a crise mundial de 2008 e o golpe do capital na saúde (TEIXEIRA; PAIM, 2018), adoção de

políticas de austeridade (2015) radicalizadas em 2016 e expandidas com a consumação do golpe (EC 95); a eleição do governo Bolsonaro e as ameaças ao futuro do SUS.

O encontro do Setor de Saúde contou com uma programação extensa e discutiu temas centrais à esta pesquisa, tais como as mudanças estruturais do capitalismo na atualidade; determinação social do processo saúde-doença na saúde mental e o campo; estratégia de cuidado popular em saúde mental; balanço, organicidade do Setor de Saúde do MST, e; Planejamento e calendário de lutas. A participação nesse encontro foi crucial para me aproximar do projeto de saúde do MST, das concepções e práticas de saúde realizadas pelo Movimento e suas articulações políticas, assim como conhecer suas lideranças e realizar 11 entrevistas com militantes do movimento que atuam no setor de saúde em diversas regiões do país. Diante do volume de informações levantado pela análise documental, o conteúdo das entrevistas não foi incorporado à tese, mas fará parte de uma agenda de pesquisa e publicações futuras.

A minha entrada na ENFF também me permitiu perceber a articulação internacional da luta no campo, através da Via Campesina. A escola tem um papel central na formação de militantes de diversas organizações camponesas de pequenos e médios agricultores, trabalhadores agrícolas, mulheres rurais e comunidades indígenas e negras da Ásia, África, América e Europa. Pude dialogar e compartilhar os espaços com militantes de diversos países do mundo que participavam dos cursos ofertados pela ENFF naquele período, o que possibilitou compreender as especificidades da luta pela terra em algumas regiões.

Na Bahia, além de acompanhar os Congressos estaduais e Feiras da Reforma Agrária, na qual também estive como assessora, realizei algumas viagens para o interior do estado visitando acampamentos e assentamentos. Particpei da vida cotidiana dessas populações, sempre atenta às condições de vida e saúde e suas estratégias de sobrevivência. Percorri longos percursos de ônibus por estradas sinuosas, de barro, e bastante arriscadas, e de carro com o articulador político do MST da região. Observei e escrevi no meu caderno de campo cada detalhe que a racionalidade permitia. Acompanhei o movimento daquela gente simples que leva e traz os sonhos e os alimentos produzidos em um ônibus velho, fazendo o percurso diário entre a zona rural e a cidade por estradas precárias. Senti os cheiros do ônibus, das pessoas, da terra vermelha molhada, da vegetação, das frutas e do cravo, tão presentes nessa região. Ouvei histórias duras de homens e mulheres que têm a vida atravessada pela luta no campo, observei o trabalho duro e extenuante e constatee a precarização da vida marcada pela privação de bens fundamentais à vida. Entretanto, também pude ver e experimentar as conquistas dessas populações, das casas de alvenaria, do esgotamento sanitário, luz elétrica, acesso à Internet, da cooperativa de frutas, casa de farinha, das escolas do campo que funcionam nesses territórios,

da cozinha coletiva, etc., expressão da solidariedade de classe e projeto político de um movimento.

Estive em três escolas do campo – Escola Técnica em Agroecologia Luana de Carvalho (Ituberá), Escola Iracy de Souza (Grapiúna) e a Escola Popular de Agroecologia Egídio Brunetto (Prado). Erguidas pelas mãos calejadas dos trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra, essas escolas têm por propósito a educação formal e a formação técnica, organizativa e política de sujeitos sociais comprometidos com o projeto de Reforma Agrária Popular. Assumem uma perspectiva de educação crítica e libertadora, sempre conectada com as necessidades do campo e capaz de pensar a concretude da vida nesses territórios.

Na Escola Luana de Carvalho participei do IV Seminário de Educação do Campo e Agroecologia, momento central de aproximação com os princípios filosóficos da educação do MST e as técnicas de agroecologia, a afirmação e a expressão do “projeto de produção de alimentos saudáveis como instrumento de luta em defesa da vida” (MST, s/d, s/p). Na Escola Iracy de Souza tive um encontro inesperado, porquanto a brigada de saúde da região atendia a comunidade naquele dia e se preparava para um curso de práticas populares de cuidado que seria realizado no assentamento, em parceria com a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. A escola funcionava como uma unidade de saúde, estruturada com mesas, cadeiras e macas, e atendia a população que chegava com problemas de saúde diversos – dores em decorrência do tipo de trabalho, problemas de saúde bucal e sofrimento psíquico. Pude acompanhar a escuta, o cuidado e os encaminhamentos realizados pela equipe, como também, pude experimentar algumas práticas tradicionais utilizadas pela brigada – ventosa, massoterapia, auriculoterapia e limpeza do ouvido com cone chinês. Deste encontro também saíram vários projetos de formação do setor de saúde do MST na Bahia, que certamente farão parte dos projetos de extensão da pesquisadora.

Na Escola Egídio Brunetto estive enquanto assessora para contribuir no Seminário de Saúde da regional Extremo Sul, realizado nos dias 10, 11 e 12 de julho de 2019. O seminário abordou temas fundamentais à pesquisa, tais como a Conjuntura e a Saúde; determinação social do processo saúde-doença na saúde mental e no campo; o cuidado em saúde dos militantes do MST, relações de gênero e violência contra a população LGBTQIA+. Pude contribuir em diversas discussões, registrar as concepções e práticas de saúde e perceber o desconhecimento e a fragilidade dos discursos sobre o SUS. Nesse momento pude desfrutar das acomodações, das refeições coletivas e livre de veneno, e de uma farta biblioteca marxista.

Diante da pandemia de Covid-19 e da necessidade do isolamento social, fui me inserindo em atividades virtuais organizadas pelo MST: fiz o Curso Questão Agrária –

cooperação e agroecologia, através da plataforma criada pelo MST – Formação em Tempos de Corona; participei de reuniões virtuais do setor nacional e estadual de saúde do MST, momento de formulação de estratégias/ações de vigilância popular dos casos de adoecimento e mortes por Covid nos territórios dos assentamentos e acampamentos; e acompanhei os debates para formação dos agentes populares de saúde, estratégia de formação dos movimentos populares para atuarem no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Brasil. Nesse período, junho de 2020 especificamente, eu e minha orientadora publicamos um texto no site do Observatório de Análise Política em Saúde, que tem por título *O MST e a luta pelo direito à saúde em tempos de pandemia de Covid-19*, que buscou descrever as principais ações e articulações construídas pelo Movimento no enfrentamento da pandemia de Covid-19.

Essa imersão na vida cotidiana dos trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra me permitiu encontros poderosos, regado por uma boa conversa, cuidado e pelo café sempre ofertado pelas casas que passei. Passar os finais de semana nesses territórios me permitiu ver o campeonato de futebol dos assentamentos e acampamentos, das noites culturais com cerveja gelada e da deliciosa galinhada servida aos domingos. Um percurso de muitos sabores! Doces e Amargos!

Este trabalho se conecta com a minha origem, mas fala também de um intenso mergulho na vida cotidiana destas populações e nos documentos oficiais do MST. Assim, esta tese encontra-se organizada do seguinte modo:

1ª Parte: artigo de revisão bibliográfica da literatura sobre o MST (já publicado); o primeiro contemplou uma revisão integrativa da literatura acerca do MST¹.

2ª Parte: organizada em um conjunto de capítulos, quais sejam: 1. Introdução geral, que situa a problemática do estudo; 2. Tese de investigação, que apresenta os pressupostos que orientaram o desenvolvimento da pesquisa; 3. Objetivo geral e objetivos específicos; 4. Elementos teórico-metodológicos, que contemplam o referencial teórico adotado para a pesquisa de campo e descreve o percurso, métodos e técnicas utilizadas; 5. Resultados, que abarcam a descrição e análise dos problemas de saúde das populações assentadas e acampadas do MST, no período 1981 – 2014 e a análise do projeto político e das práticas de saúde do MST, com base na revisão documental. Para concluir, apresentam-se os Comentários finais, contemplando a reflexão sobre os limites do estudo e as perspectivas de continuidade e desdobramento, em função do rico material coletado na pesquisa de campo e ainda não completamente explorado.

¹ A metodologia desta revisão encontra-se descrita no artigo que compõe a primeira parte dos resultados dessa Tese.

Cabe explicitar que a ideia inicial, em termos dos produtos apresentados como conclusão do curso de Doutorado, era termos produzido três artigos, dos quais, o primeiro foi concluído e publicado, porém, os demais, em vista do volume de dados e informações coletadas, extrapolaram o formato exigido pelas publicações científicas da área. Desse modo, optamos por apresentar, na íntegra, os resultados da pesquisa de campo, estando prevista a elaboração dos artigos após a defesa da Tese.

BARROS, Larrisa Daiane Vieira Barros. **Análise política da saúde no MST: problemas, práticas e projeto.** Orientadora: Carmen Fontes de Souza Teixeira. 2021. 243 fls. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar os problemas e as ações/práticas de saúde produzidas pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, bem como identificar a concepção de Saúde e o projeto sociopolítico que orienta as ações do Movimento. A produção de dados foi realizada através da análise documental, utilizando como fontes de informação o Programa de Reforma Agrária Popular do MST, os cadernos produzidos pelo Setor de Saúde do MST e 326 exemplares do Boletim e Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, produzidos no período 1981 a 2014, e publicados na Hemeroteca Luta pela Terra, no site <www.mst.org.br>. Os dados sobre os problemas de saúde revelam a permanência das doenças em decorrência da pobreza estrutural e da insegurança alimentar (diarreia, desnutrição e infesto parasitárias), mas incorpora posteriormente as doenças causadas pela expansão do agronegócio no campo brasileiro, casos de intoxicação por agrotóxicos e doenças pulmonares causados pelas carvoarias. Quanto aos problemas de acesso ao sistema oficial de saúde, a ausência/insuficiência de serviços de saúde aparece como a primeira e principal barreira de acesso em todos os períodos analisados, entretanto, o vazio assistencial está mais presente no primeiro período e nos territórios dos acampamentos, enquanto a insuficiência e a precarização dos serviços de saúde são mais relatadas nos espaços dos assentamentos. Os resultados revelam que o MST vem realizando historicamente um conjunto de ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde em seus territórios, em parceria com diversas organizações, como Universidades, Ministério da Saúde e Fiocruz. Chama atenção a estratégia de formação técnica e superior de seus militantes na área da saúde, que cumprem papel fundamental de cuidado às populações vinculadas ao MST, mas também estão inseridos no SUS, assumindo compromisso político de cuidado da classe trabalhadora nas regiões urbanas e periféricas do país. Estas ações estão orientadas por uma concepção radical e ampliada de saúde e na defesa do SUS integral, público e universal. Para o MST, os problemas de saúde diretamente observáveis nos corpos das populações assentadas e acampadas expressam a dinâmica e as formas de viver e trabalhar no campo brasileiro, bem como suas relações e determinantes estruturais, ou seja, a Saúde Real só pode ser compreendida a partir das relações de dominação de classe, raça e gênero que determinam a distribuição desigual da riqueza, dos bens que a promovem, bem como das agressões e processos destrutivos que a deterioram. O movimento rompe com a lógica medicalizante e funcionalista e articula um conjunto de ações e instituições voltadas para emancipação, que operam na ordem do singular dos indivíduos e suas famílias, no particular das classes e do geral da sociedade orientada para reprodução do capital. A pesquisa revela que o projeto do MST no campo da saúde constitui parte do Projeto de Reforma Agrária Popular e bastante convergente com o pensamento da epidemiologia crítica. Para o Movimento não é possível construir uma sociedade para vida sem uma economia dirigida para reprodução da vida, portanto sustentável. Uma economia, uma identidade e cultura soberanas, não subordinada e colonizada pelos interesses de organismos internacionais e países de capitalismo central. Uma política de vida solidária e integral e formas seguras de metabolismo sociedade natureza. Assim, a luta pela Saúde está organicamente vinculada à luta pela Terra e pelo Projeto de Reforma Agrária Popular, contra o latifúndio e suas corporações, contra a doença e a barbárie, em defesa da vida e da soberania dos povos.

Palavras-Chave: Saúde Rural; Sistema Único de Saúde; Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais Sem Terra.

BARROS, Larissa Daiane Vieira Barros. **Political analysis of health in the MST: problems, practices and project.** Thesis advisor: Carmen Fontes de Souza Teixeira. 2021. 243s ill. Thesis (Doctorate in Public Health) – Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the health problems and actions/practices produced by the Landless Rural Workers Movement, as well as to identify the concept of Health and the sociopolitical project that guides the Movement's actions. Data production was carried out through document analysis, using as sources of information the MST's Popular Agrarian Reform Program, the notebooks produced by the Health Sector of the MST and 326 copies of the Bulletin and Journal of Landless Workers' Movement, produced in the period 1981 to 2014, and published in Hemeroteca Luta pela Terra, on the website <www.mst.org.br>. Data on health problems reveal the permanence of diseases due to poverty and food insecurity (diarrhea, malnutrition and parasitic infections), but late incorporated in the third period the diseases caused by the expansion of agribusiness in the Brazilian countryside, cases of pesticide poisoning and lung diseases caused by charcoal works. As for the problems of access to the official health system, the absence/insufficiency of health services appears as the first and main barrier to access in all periods, however, the healthcare gap is more present in the first period and in the territories of the camps, while the insufficiency and precariousness of health services are more frequently reported in the spaces of the land settlements. The results reveal that the MST has historically been carrying out a set of care, prevention and health promotion actions in its territories, in partnership with several organizations, such as Universities, Ministry of Health and Fiocruz. Attention is drawn to the technical and higher education strategy of its militants in the health area, who play a fundamental role in caring for populations linked to the MST, but are also inserted in the SUS, assuming a political commitment to care for the working class in urban and peripheral regions of the parents. These actions are guided by a radical and expanded conception of health and in the defense of the integral, public and universal SUS. For the MST, health problems directly observable in the bodies of settled and encamped populations express the dynamics and ways of living and working in the Brazilian countryside, as well as their relationships and structural determinants, that is, Real Health can only be understood by starting from the relations of class, race and gender domination that determine the unequal distribution of wealth, the goods that promote it, as well as the aggression and destructive processes that deteriorate it. The movement breaks with the medicalizing and functionalist logic and articulates a set of actions and institutions aimed at emancipation, which operate in the singular order of individuals and their families, in the particular of classes and the general society oriented towards the reproduction of capital. The research reveals that the MST project in the field of health is part of the Popular Agrarian Reform Project and very much convergent with critical epidemiology thinking. For the Movement, it is not possible to build a society for life without an economy aimed at reproducing life, therefore sustainable. A sovereign economy, identity and culture, not subordinate and colonized by the interests of international organizations and countries of central capitalism. A solidary and integral life policy and safe ways of metabolism society nature. Thus, the struggle for Health is organically linked to the struggle for the Land and for the Popular Agrarian Reform Project, against the latifundium and its corporations, against disease and barbarism, in defense of the life and popular sovereignty.

Keywords: Key words: Rural Health; Unified Health System; Landless Workers' Movement.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos problemas relacionados à saúde por período e região do Brasil.....	78
Tabela 2	Conflitos por terra, pessoas envolvidas e assassinatos entre 1985 e 1992	80
Tabela 3	Conflitos por terra, pessoas envolvidas e assassinatos entre 1993 e 2002	88
Tabela 4	Conflitos por terra, pessoas envolvidas e assassinatos entre 2003 e 2014	97
Tabela 5	Principais problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1981 e 1992.....	100
Tabela 6	Principais problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1993 e 2002.....	109
Tabela 7	Principais problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 2003 e 2014.....	119

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Principais problemas de acesso aos serviços de saúde relatados pelo MST entre 1981 e 1992.....	99
Gráfico 2	Distribuição dos problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1981 e 1992.....	104
Gráfico 3	Principais problemas de acesso aos serviços de saúde relatados pelo MST entre 1993 e 2002.....	109
Gráfico 4	Distribuição dos problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1993 e 2002.....	115
Gráfico 5	Principais problemas de acesso aos serviços de saúde relatados pelo MST entre 2003 e 2014.....	118
Gráfico 6	Distribuição dos problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 2003 e 2014.....	124

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Perfil Epidemiológico	66
Figura 2	Saúde: objeto multidimensional	70
Figura 3	Trabalhadores Sem Terra de Sergipe realizam saques em supermercados.....	76
Figura 4	Problemas de saúde em decorrência do trabalho escravo nas usinas de açúcar	79
Figura 5	Precárias condições de vida e saúde em assentamento do MST	82
Figura 6	Traumas e mortes em decorrência da violência no campo – Eldorado dos Carajás	84
Figura 7	Problemas de saúde em decorrência da atividade extrativista do babaçu.....	87
Figura 8	Precárias condições de vida nos acampamentos	90
Figura 9	Intoxicação por agrotóxicos no Rio Grande do Sul	91
Figura 10	Problemas de saúde em decorrência da pulverização de agrotóxicos..	93
Figura 11	Ausência de serviços e pagamento de despesas de saúde	94
Figura 12	Unidade de Saúde instalada em assentamento do MST	102
Figura 13	Sem Terra relatam ausência de assistência médica nos acampamentos (Rio Grande do Sul)	108
Figura 14	Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra relatam insuficiência dos serviços de saúde e precarização da atenção	110
Figura 15	MST conquista hospital móvel para atender assentamentos	112
Figura 16	Sem Terra denunciam a miséria e a indisponibilidade de serviços de Saúde nos acampamentos.....	117
Figura 17	Mutilados pelo massacre seguem sem assistência médica e psicológica.....	120
Figura 18	Organização de comissões de saúde nos primeiros acampamentos do MST.....	123
Figura 19	Formação de militantes na área da saúde (Espírito Santo).....	127
Figura 20	Formação de Agentes de Saúde	131

Figura 21	Curso de Agentes de Saúde do MST (Mato Grosso do Sul).....	131
Figura 22	Ações de Saúde Bucal em parceria com Universidade (SP).....	135
Figura 23	Equipe de saúde do MST no Acampamento Nacional Eldorado dos Carajás.....	140
Figura 24	Atuação da Equipe de Saúde no 4º Congresso Nacional do MST	142
Figura 25	Caderno de Saúde nº 2 produzido pelo Setor Nacional de Saúde do MST.....	146
Figura 26	Produção de medicamentos fitoterápicos nos assentamentos (programa Terra e Saúde Viva).....	147
Figura 27	Pesquisa realizada pelo MST em parceria com a Universidade de Brasília e Ministério da Saúde, publicada em 2001	150
Figura 28	Assentamento em Santa Catarina inaugura Setor de Saúde	152
Figura 29	Agroecologia e Saúde.....	154
Figura 30	MST participa da <i>Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida</i>	156
Figura 31	Cursos realizados pelo MST na área da Saúde	159
Figura 32	Militantes do MST estudam Medicina em Cuba.....	161
Figura 33	Médicos do MST formados em Cuba trabalham nas periferias de Fortaleza (CE)	163
Figura 34	Militantes profissionais de saúde do MST atuam em enchentes (PE) .	164
Figura 35	Mulheres do MST doam sangue e leite materno na Jornada Nacional de luta contra o agronegócio e a violência	166
Figura 36	Cartilha do Programa Agrário do MST.....	169
Figura 37	Assentados do MST exigem infraestrutura nos territórios (Paraná)	172
Figura 38	Saúde enquanto lógica de resistência e consolidação do projeto político.....	173
Figura 39	Caderno de Saúde nº 1 – <i>Lutar por Saúde é Lutar pela Vida</i>	175
Figura 40	Cartilha de Saúde nº 5 – <i>Construindo um conceito de saúde do MST</i> .	177
Figura 41	Ilustração da cartilha <i>Construindo o conceito de saúde do MST</i>	179
Figura 42	Críticas ao caráter restritivo das ações de saúde do MST.....	186
Figura 43 e 44	O que é o SUS	188
Figura 45	Participação no SUS.....	190
Figura 46	Programa Mais Médicos.....	199
Figura 47	A Saúde é parte da construção de um projeto popular para o Brasil ...	202

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Lista de documentos analisados	72
Quadro 2	Cartilhas e livro produzidos pelo Setor Nacional de Saúde	149

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AGMR	Associação Gaúcha de Médicos Residentes
ANMTR	Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEAS	Centro de Estudos e Aconselhamento em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEMAPA	Secretaria de Meio Ambiente e Proteção ao Bioma Pampa
CF	Constituição Federal
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COBAL	Companhia Brasileira de Alimentos
Cooperunião	Cooperativa do Assentamento
COORAP	Cooperativa de Reforma Agrária de Promissão
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CPT	Comissão Pastoral da Terra
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DAER	Diretório Central dos Estudantes
DCE	Diretório Central dos Estudantes
DGTES	Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis/
ELAM	Escola Latino-Americana de Medicina
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento
ENFF	Escola Nacional Florestan Fernandes
FGTS	Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

GAPPS	Grupo de pesquisa Gestão e Avaliação de Políticas e Projetos Sociais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LAPO	Lote Agroecológico de Produção Orgânica
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, queer, intersexuais, assexuais e mais
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragens
MEPES	Movimento Educacional Promocional do ES
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OBTEIA	Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PAISM	Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher
PIASS	Programa Integrado de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNSIPCF	Política de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta, e das Águas
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PRONERA	Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIDA/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIPAE	Sistema Nacional de Investigação Agrária
SUS	Sistema Único de Saúde
TMR	Teoria da Mobilização de Recursos
TNMS	Teoria dos Novos Movimentos Sociais
TPP	Teoria do Processo Político
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará

UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UnB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIMEP	Universidade Metodista de Piracicaba
UPE	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1ª PARTE – ARTIGO Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte	30
2ª PARTE – TESE Análise política da saúde no MST: problemas, práticas e projeto ..	44
1 INTRODUÇÃO	45
1.1 Limites e possibilidades da participação social no processo de construção do SUS .	46
1.2 Movimentos e lutas sociais: projetos e estratégias/ações políticas.....	48
1.3 MST: origens e atuação na área de saúde.....	53
2 PRESSUPOSTOS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO (TESE).....	60
3 OBJETIVOS	62
4 ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	63
4.1 Resgatando a epidemiologia social.....	63
4.2 Estratégia do estudo: percurso, procedimentos e técnicas.....	71
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	76
5.1 Assentadas e acampadas	76
<i>a) Período 1981-1992.....</i>	<i>79</i>
<i>b) Período 1993-2002.....</i>	<i>84</i>
<i>c) Período 2003-2014.....</i>	<i>91</i>
5.2 Problemas relativos ao acesso aos serviços oficiais de saúde	99
<i>a) Período 1981-1992.....</i>	<i>99</i>
<i>b) Período 1993-2002.....</i>	<i>108</i>
<i>c) Período 2003-2014.....</i>	<i>118</i>
5.3 Ações/práticas de saúde desenvolvidas pelo MST	127
<i>a) Período 1981-1992.....</i>	<i>127</i>
<i>b) Período 1993-2002.....</i>	<i>132</i>
<i>c) Período 2003-2014</i>	<i>151</i>
5.4 Bases conceituais do projeto do MST no campo da saúde: reforma agrária e direito à vida.....	168
5.4.1 <i>Concepções de saúde do MST.....</i>	<i>176</i>
5.4.2 <i>Posição do MST Sobre o Sistema Único de Saúde</i>	<i>185</i>
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	203

7 FONTES DOCUMENTAIS.....	209
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	225
APÊNDICES	235

1ª PARTE | ARTIGO

**MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM
TERRA E SAÚDE DO CAMPO: REVISÃO INTEGRATIVA DO
ESTADO DA ARTE**

Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte

Landless Workers Movement and rural healthcare: integrative review of the state of art

Larissa Daiane Vieira Barros¹, Carmen Fontes Teixeira²

DOI: 10.1590/0103-110420185227

RESUMO O objetivo do trabalho foi caracterizar a produção científica acerca do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) até 2016, com ênfase na identificação e na análise dos trabalhos que tratam do tema 'saúde', buscando identificar os problemas e a necessidade de saúde da população vinculada ao MST, bem como as concepções, projetos e práticas de saúde desse Movimento. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que analisou 108 trabalhos capturados nas bases BVS e Capes, sendo que, destes, 15 tratam especificamente das questões de saúde. Os resultados evidenciam a precariedade das condições de vida e de saúde das populações acampadas e assentadas e revelam a multiplicidade de problemas e necessidades de saúde não atendidas de grupos específicos, a exemplo dos trabalhadores, mulheres e crianças. Observa-se, entre as lideranças do Movimento, uma concepção abrangente de Saúde e uma diversidade de posições com relação à participação do MST nas instâncias de controle social do SUS. Conclui-se apontando a necessidade de aprofundamento dos estudos sobre a capacidade de o movimento sanitário incorporar os movimentos do campo em sua base de sustentação, principalmente se o MST tem sido um aliado no processo de Reforma Sanitária Brasileira.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde da população rural.

ABSTRACT *This work aims to characterize the scientific material which has been produced about the Landless Workers Movement (MST) until 2016, with emphasis on the identification and analysis of those works that deal with the topic of 'Health'. This work also strives to identify this Movement's health practices, conceptions, and projects. This is an integrative review of the literature related to the issue at hand. Out of the 108 works analyzed, which were found in the BVS and Capes databases, 15 specifically dealt with health issues. The results show that due to the precariousness of the living conditions in the settlements, the residents, such as workers, women and children, were found to have numerous of their needs and health problems unaddressed. One can observe that among the Movement's leaders there is a comprehensive understanding of Health as well as different perceptions regarding the participation of the MST in the instances of social control of the Brazilian Unified Health System (known as SUS). The author concludes by directing the reader's attention to the fact that this is a topic that is still lacking more in-depth research. More studies need to be done on the movement, especially those that will further analyze the relationship of the MST and the Brazilian Health Reform.*

KEYWORDS *Health care reform. Unified Health System. Rural health.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5268-9450>
laravbarros@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) - Salvador (BA), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>
camment@ufba.br



Introdução

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), principal movimento social do campo no Brasil e um dos mais importantes no mundo, foi criado em 1984 tendo como principais objetivos a luta pela terra, pela reforma agrária e por uma sociedade justa e fraterna^{1,2}. Ao longo do período em que tem atuado, o MST garantiu a conquista da terra para mais de 350 mil famílias, sendo que, atualmente, esse movimento está presente em 24 estados brasileiros, contando com uma base social que abarca mais de 1,5 milhão de pessoas^{1,3,4}.

Dadas as características desse movimento, que contempla o deslocamento de grupos populacionais por grandes extensões do território nacional, bem como a montagem de acampamentos e assentamentos precários, é importante investigar a problemática de saúde enfrentada pela população envolvida, tanto do ponto de vista das suas condições de saúde quanto do ponto de vista do acesso às ações e serviços destinados ao atendimento de suas necessidades de saúde. Além disso, considerando que se trata de um movimento social portador de um projeto político que ultrapassa a dimensão meramente econômica, de luta pelos meios de produção, especificamente a terra, cabe investigar quais as propostas e os projetos específicos com relação a outras dimensões do processo de reprodução social, principalmente a garantia dos direitos, entre os quais, o direito à saúde.

Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, realizar uma revisão da literatura existente sobre este movimento, buscando identificar os temas que têm se tornado objetos de investigação pela comunidade científica e os estudos que abordem notadamente a questão da saúde. Este trabalho se insere em um projeto de pesquisa mais amplo, que trata de analisar as concepções e práticas de saúde desenvolvidas no âmbito do MST, buscando compreender sua aproximação ou distanciamento com os princípios, diretrizes

e estratégias propostas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira⁵ (RSB), movimento que colocou na agenda política do Estado brasileiro a questão do direito universal à saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988⁶, base jurídica do difícil processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 30 anos^{7,8}.

Trata-se de investigar, portanto, até que ponto o MST pode ser visto como um potencial aliado nas lutas pela RSB e pela construção do SUS no Brasil ou se suas propostas apontam para outra direção. Nessa perspectiva, foram definidas algumas questões norteadoras da revisão bibliográfica, quais sejam: Quais as características da produção científica sobre o MST? Quais os principais temas investigados? Como é abordada a saúde no âmbito desta produção?

Desse modo, o objetivo do trabalho é caracterizar a produção científica acerca do MST até 2016, com ênfase na identificação e análise dos trabalhos que tratem do tema 'saúde', buscando identificar os problemas e necessidade de saúde da população vinculada ao MST, bem como as concepções, projetos e práticas de saúde deste Movimento.

Estratégia metodológica

O desenho deste estudo contempla uma revisão bibliográfica integrativa, um tipo de revisão que busca sistematizar o conhecimento científico disponível, aproximando o pesquisador da problemática que deseja apreciar, possibilitando conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e visualizar oportunidades/lacunas/questões de pesquisa⁹. Assim, buscamos realizar uma análise e síntese do conhecimento científico produzido sobre o MST mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, síntese da informação e análise crítica da produção encontrada.

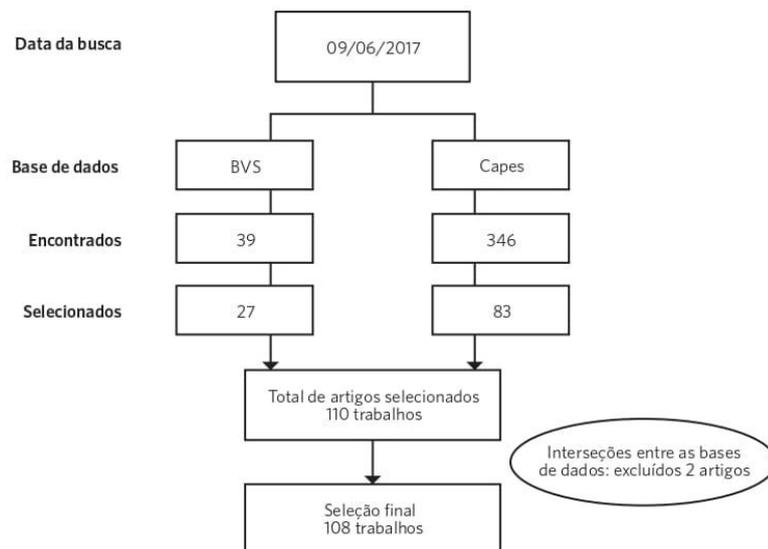
Inicialmente, tentamos definir os descritores de busca no site do Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS). Foram utilizados termos como: 'população do campo'; 'saúde da população do campo'; 'movimento campestre'; 'movimento agrário'; 'movimento sem terra'; 'movimento dos trabalhadores rurais sem terra', mas nenhum desses descritores foi encontrado. Nesse sentido, optamos pelo uso do termo 'movimento dos trabalhadores rurais sem terra', buscando realizar uma busca avançada e garantindo o acesso aos artigos que contivessem essa expressão no título e/ou nas palavras-chave. Realizamos a busca em duas plataformas, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)¹⁰ (<http://brasil.bvs.br/>) e o Banco de Periódicos Capes¹¹ (<http://www.periodicos.capes.gov.br/>), por disponibilizarem um amplo acervo de trabalhos

indexados nessas bases.

Conforme a *figura 1*, a consulta às bases de dados foi realizada no dia 9 de junho de 2017, tendo sido encontrado um total de 385 trabalhos, cujos títulos foram lidos de modo a excluir repetições. Em seguida, foram lidos os resumos, aplicando como critérios de inclusão os trabalhos que apresentavam informações e discussões sobre o MST, não sendo considerados os artigos que discutem reforma agrária, assentamentos e acampamentos sem referência ao MST. Desse modo, foram selecionados 99 artigos, 6 dissertações e 3 teses publicados até o ano de 2016, em periódicos revisados por pares, disponíveis integralmente e nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Figura 1. Processo de seleção dos artigos analisados



Fonte: Elaboração própria.

Os resumos dos trabalhos selecionados foram novamente lidos de forma a extrair um conjunto de informações: o tipo de trabalho, idioma, tema abordado, ano de publicação e procedência institucional dos autores. Essas informações quantitativas foram processadas para construir tabelas e gráficos que apresentam as características gerais desta produção. Especificamente com relação ao tema abordado, os trabalhos foram agrupados em sete categorias, quais sejam:

a) MST e Reforma Agrária: inclui trabalhos que abordam a estrutura fundiária brasileira e a participação do MST nas lutas pela Reforma Agrária no Brasil;

b) MST e Educação do Campo: trabalhos que discutem as Políticas de Educação para o Campo e os princípios e práticas educativas do MST;

c) MST como Ator Político: aborda o MST enquanto ator político importante no cenário de lutas no Brasil e na América Latina, seus processos organizativos e discursos políticos;

d) MST e Mídia: compreende estudos sobre visões, representações e discursos da mídia brasileira sobre o MST;

e) MST e Gênero: inclui artigos que analisam a divisão sexual do trabalho e as desigualdades de gênero dentro do MST, bem como a participação das mulheres nos processos decisórios do movimento;

f) MST e Saúde: artigos e dissertações que analisam as condições de vida e de trabalho no campo, concepções do processo saúde-doença e suas práticas de saúde, formas de participação e organização na saúde e as políticas de saúde para o campo;

g) Outros: trabalhos que não se enquadravam nas categorias acima delimitadas e que abordam temas como: biblioteca virtual do MST, cooperativismo rural etc.

Conforme pode ser visualizado na *tabela 1*, dos 108 trabalhos selecionados, 29,62% referem-se ao MST/ator político, e 22,22%, ao MST/Reforma Agrária, sendo que apenas 13,88% (15) dos estudos são da área de saúde e foram publicados entre 2007 e 2015.

Tabela 1. Distribuição dos trabalhos segundo tema e tipo

Categoria temática	Artigos		Dissertações		Teses		Total de trabalhos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MST/Educação do Campo	12	100%	-	-	-	-	12	11,11%
MST/Reforma Agrária	24	100%	-	-	-	-	24	22,22%
MST/Ator Político	28	90,62%	1	3,1%	3	9,37%	32	29,62%
MST/Mídia	5	83,33%	1	16,6%	-	-	6	5,55%
MST/Saúde	13	86,66%	2	13,33%	-	-	15	13,88%
MST/Gênero	5	83,33%	1	16,6%	-	-	6	5,55%
MST/Outros	12	92,3%	1	7,69%	-	-	13	12,03%
Total	99	91,66%	6	5,55%	3	2,77%	108	100%

Fonte: Elaboração própria.

Finalmente, os trabalhos incluídos na categoria MST e Saúde (13 artigos e 2 dissertações) foram lidos na íntegra e submetidos a uma análise de conteúdo temática^{12,13}, tratando-se de sistematizar as principais contribuições desses estudos ao conhecimento dos problemas, necessidades e demandas de saúde da população diretamente envolvida com o MST, bem como as propostas e soluções encontradas com relação ao acesso às ações e serviços de saúde.

Resultados

Os 15 trabalhos que tratam de questões de saúde no MST foram produzidos, em sua totalidade, por pesquisadores brasileiros, em sua maioria, vinculados às universidades da região Sudeste e Centro-Oeste, tendo sido publicados em periódicos da área de saúde pública/coletiva no período entre 2007 e 2015. Resultaram de pesquisas empíricas realizadas em assentamentos e acampamentos do MST, utilizando metodologias qualitativas, especialmente entrevistas, observação, grupo focal e análise documental.

Dois dos trabalhos, em particular, foram feitos com o Coletivo Nacional de Saúde do Movimento^{4,14}, entidade que congrega representações de lideranças do MST de todos os estados do País. Entre os trabalhos, seis citam a RSB^{4,15,18}; e apenas um, a Reforma Psiquiátrica¹⁶, explicitando a defesa do MST dos princípios do SUS e da saúde como conquista popular e dever do Estado.

Ressalta-se a presença dos princípios da educação popular em saúde^{4,15,16,19,20,23,24} enquanto referencial e método de análise do MST, principalmente a produção coletiva de saberes, as práticas de cuidado e os processos de luta do movimento. Isso pode estar relacionado com a forte influência do pensamento de Paulo Freire na construção da pedagogia do movimento²³, pela correspondência de princípios e valores educativos presentes tanto na educação popular

em saúde quanto nas formas de organização política do MST, como também pela vinculação teórico-política dos autores dos trabalhos e suas relações com os Sem-Terra. Outro ponto relevante é a discussão sobre a saúde das mulheres do campo^{15,22,24,25}, o que demonstra certo avanço no debate sobre as questões de gênero e sobre sua relação com a saúde das mulheres do campo, sem que, entretanto, sejam identificados artigos que abordem a questão étnico-racial.

Análise temática dos trabalhos sobre MST e Saúde

Todos os trabalhos analisados tratam, em maior ou menor grau, das condições de saúde da população que vive nos assentamentos e acampamentos do MST, apontando uma diversidade de problemas que afetam grupos específicos dessa população, a exemplo das condições de trabalho no campo^{2,15,20,22,24,26,27}, infraestrutura e a problemática da saúde da mulher^{15,22,26,27}. Chama atenção a lacuna existente com relação à situação de saúde das crianças, ainda que existam informações pontuais em alguns trabalhos analisados^{2,17,20,27}. Além das condições de saúde, grande parte dos trabalhos relata a problemática da acessibilidade^{2,14,15,17,19,20,22,24,25,27} da população assentada/acampada às ações e serviços do sistema de saúde, apontando dificuldades no acesso; em contrapartida, eles analisam as concepções e práticas de saúde^{2,14-17,19,27} realizadas nos acampamentos e assentamentos.

A leitura detalhada de cada um desses trabalhos permitiu a sistematização dos conhecimentos produzidos, o que possibilitou a identificação dos principais problemas enfrentados por essa população, como segue.

O trabalho e a saúde no campo

Os estudos revelam que o trabalho no campo é marcado por longas e extenuantes jornadas de trabalho, longos períodos de deslocamento,

predomínio do trabalho braçal e repetitivo e exposição aos diversos fenômenos da natureza que podem significar riscos à saúde. Entre os principais agravos à saúde^{2,20,23,24,27} ocasionados pelo trabalho rural, estão a intoxicação pelo uso de agrotóxicos, excessiva exposição à radiação solar, dores musculares e esgotamento físico, acidentes com equipamentos cortantes e com animais peçonhentos. As melhores condições de trabalho estão nos assentamentos, em detrimento dos acampamentos e do trabalho sazonal assalariado, a exemplo do corte da cana de açúcar por boias-frias,

afetando a saúde do trabalhador devido ao ritmo intenso e acelerado dos movimentos braçais, postura inadequada do corpo por longos períodos, reduzido período de descanso²⁽¹⁵⁹⁹⁾.

As mulheres conjugam

atividades na lavoura, os afazeres da casa, o cuidado com as crianças e a militância na luta social²⁴⁽⁵⁹²⁾.

As trabalhadoras rurais produzem alimentos e garantem a subsistência da família desenvolvendo trabalhos no roçado, além de se ocuparem com o plantio de ervas medicinais e com o artesanato²²⁽¹³⁴²⁾.

A presença do trabalho infantil²⁰ no campo é marcada pela divisão sexual do trabalho, na medida em que as meninas são submetidas ao trabalho doméstico muito cedo, enquanto os meninos são inseridos precocemente nas fazendas. Há casos de contaminação de crianças e mulheres pela exposição aos agrotóxicos, por meio do transporte dos produtos, pelo ar, pela água e pelo solo, pelo processo de higienização das roupas pelas mulheres ou mesmo pelas brincadeiras com resíduos e embalagens pelas crianças.

A intoxicação pelo uso dos agrotóxicos²⁰ é apontada como principal agravo à saúde da população do campo, acarretando incapacidade para o trabalho devido ao longo período de

internação, às dores de cabeça crônica, à disfunção e à perda de órgãos (fígado e rins), como também aos casos de suicídio, que podem estar associados à intoxicação crônica e às precárias condições de vida e de trabalho no campo²⁷.

Infraestrutura e saúde no Campo

Vários estudos^{2,16,19,20,26,27} revelam condições de moradia insalubres, baixa cobertura de saneamento básico, dificuldades de acesso à água potável (cacimbas e poços) para consumo e irrigação das lavouras, precariedade ou ausência de coleta de lixo, de energia elétrica e de transporte coletivo.

Constata-se que há uma

insuficiente oferta de serviços públicos e de infraestrutura, o que inclui serviços de saúde, saneamento, moradia, transporte, lazer e outros, bem como pela ausência de um modelo de atenção à saúde direcionado para a população rural²⁽¹⁵⁹⁶⁾.

A infraestrutura produtiva, que inclui terras férteis, assistência técnica, ferramentas e acesso às políticas de crédito, também é bastante precária e se apresenta como condição básica de permanência na terra e produção de saúde no campo^{16,26,27}.

Perfil de morbidade

Verificou-se alta incidência de doenças infetoparasitárias²⁷, a exemplo da leishmaniose e da esquistossomose. Outros problemas de saúde^{15,16,21,25} foram referidos pela população do campo, como: vômitos, diarreias, dores musculares, subnutrição, reumatismo, intoxicação por agrotóxicos, uso abusivo de álcool e outras drogas, assim como transtornos mentais leves e graves (ex.: depressão e suicídio).

Saúde mental da população do campo

O consumo prejudicial de álcool e outras

drogas e os transtornos mentais 'leves e graves' são os problemas de saúde mental mais recorrentes nos assentamentos e acampamentos do MST¹⁵. Constataram-se também

casos de maior incidência de sofrimento psicológico intenso, depressão e mesmo suicídios em grupos de trabalhadores expostos aos agrotóxicos²⁷⁽⁹²⁻⁹³⁾.

Saúde integral da mulher

Dores lombares, cefaleia e depressão aparecem como principais problemas de saúde relatados pelas mulheres²⁴. A condição de mulher do campo e do MST é marcada por relações desiguais de gênero, o que impõe muitas dificuldades de acesso às informações e ações de saúde. A atenção à saúde das mulheres do MST mostrou-se fragmentada, de baixa qualidade e definida pela condição reprodutiva. Não foram identificadas ações de promoção da saúde da mulher nem prevenção de agravos específicos nesse grupo populacional, a exemplo de câncer de mama, útero, diabetes, hipertensão, ou mesmo violência contra a mulher, prioridades na Política Nacional de Saúde Integral da Mulher²⁸. Verifica-se, contudo, que a gravidez se constitui uma condição de saúde que possibilita o primeiro acesso aos serviços de pré-natal e, de certa forma, estimula a continuidade do cuidado, como também a realização de exames essenciais para as mulheres acampadas e assentadas²⁶.

Segurança alimentar e nutricional

As famílias assentadas, acampadas e boias-frias apresentam diferentes condições de segurança alimentar e nutricional.

Os trabalhadores boias-frias apresentaram um alto índice de insegurança alimentar (39,5%), quase o dobro da proporção entre as famílias acampadas e quatro vezes mais que as assentadas²⁶⁽⁷⁵⁷⁾.

O acesso à terra, a criação de animais, o cultivo de alimentos destinados ao autoconsumo familiar, além da produção para geração de renda, constituem atividades fundamentais para o acesso regular e permanente aos alimentos de qualidade, condição essencial para segurança alimentar e produção de saúde^{2,17,20,26,27}. O uso da agroecologia^{16,19,27}, o sistema de trocas de alimentos e a vinculação ao MST^{2,20} aparecem também como centrais na produção de práticas alimentares promotoras de saúde e da segurança alimentar e nutricional no campo.

Concepções e práticas de saúde do MST

Os estudos sobre o MST apontam que o movimento adota uma concepção ampliada e abrangente de saúde^{2,14-17,19,27}, que

envolve a relação indivíduo-sociedade-natureza, valorizando a organização política, a preservação ambiental, as práticas de saúde populares e a medicina tradicional²⁽¹⁵⁹⁶⁾.

Nessa perspectiva, saúde é entendida como a

capacidade de lutar contra tudo o que os agride e os ameaça, inclusive a doença, e é 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 saúde¹⁷⁽⁴⁹⁵⁾.

Entre as principais práticas de saúde realizadas pelos assentamentos e acampamentos do MST, estão o cuidado com o ambiente^{14,27}, visitas domiciliares^{2,17}, acompanhamento dos pacientes¹⁴, dietas como formas de tratamentos²², práticas das parteiras²², crença religiosa²², produção, consumo e orientações para o uso de plantas medicinais^{2,14,16,17,19,22,27} (fitoterápicos), acesso aos serviços da rede de saúde^{14,27} e ações de educação^{14,17} e planejamento em saúde organizadas

coletivamente pelo setor de saúde do movimento e pelos ACS, mas conta também com parcerias com as pastorais da criança e da saúde¹⁸. Identificaram-se ainda como práticas de cuidado “a terapia floral, a radiestesia, o passe espiritual e o reiki”¹⁵⁽¹⁵⁴²⁾.

Cabe enfatizar que o Coletivo Nacional de Saúde do MST, criado em 1998, cumpre papel importante na realização de encontros regulares para discussão de temas relevantes (DST/Aids, fitoterapia, políticas de saúde/SUS, participação social etc.), organização do setor de saúde dos acampamentos e assentamentos e realização de cursos de formação no campo da saúde coletiva para seus integrantes¹⁴, realizados na escola do MST – o Instituto Educacional Josué de Castro¹⁴, como também a sua contribuição na formulação de políticas de saúde para a população do campo^{14,16,26,27}.

Acesso aos serviços de saúde

Para as famílias da população assentada e acampada, o “SUS não tem atendido as necessidades de saúde da maioria delas, principalmente pela dificuldade do acesso aos serviços”²⁶⁽⁷⁵⁷⁾. Como principais problemas que limitam o acesso, estão: “dificuldade de deslocamento até a cidade onde se concentra a oferta desses serviços e a dificuldade de atendimento”²⁸⁽¹²⁸⁾, a “baixa resolutividade dos serviços oficiais de saúde e pequena integração com as práticas em saúde utilizadas pelos assentados e acampados”¹⁹⁽⁴⁴¹⁾.

Relatos de discriminação pela condição de ‘Sem-Terra’¹⁷, descontinuidade do atendimento, ausência de informações em saúde e insuficiência ou inexistência de equipes de saúde da família, filas nas unidades de saúde e dificuldades para realizar consultas e exames também foram identificados como fatores limitantes do acesso por essa população, o que contribui para a busca dos serviços tardiamente, apenas quando os sintomas se agravam, quando não são resolvidos com as práticas de saúde do movimento ou

acessam o setor privado²⁷ como alternativa de resolução.

Alguns artigos apontam que o Agente Comunitário de Saúde (ACS)^{14,17,22} cumpre papel importante na garantia do acesso aos serviços de saúde, já que se trata de alguém da própria comunidade que estabelece o diálogo com as unidades de saúde e desenvolve atividades de promoção e educação em consonância com os valores, princípios e cultura do movimento. Quanto ao acesso a serviços de saúde mental,

os relatos das lideranças sobre as tentativas de acesso à atenção em saúde mental mostram que ainda são muitos os desafios à efetivação de uma rede de serviços substitutivos que atenda às populações assentadas e acampadas¹⁵⁽¹⁵⁴³⁾, [especialmente nos municípios de pequeno porte].

Ação política na área de saúde: propostas e estratégias

O movimento está organizado em coletivos locais (assentamentos e acampamentos), estaduais e nacionais^{26,4} que “atuam na promoção e controle de políticas públicas e articulação com outras entidades e movimentos”²⁶⁽⁷⁵⁹⁾. Os estudos que abordam a atuação do Coletivo Nacional de Saúde do MST evidenciam que este cumpre papel importante na organização e luta pelo direito à saúde no movimento^{14,16,26,27}, orientados pelos seguintes princípios e valores:

Luta pela valorização da vida, o acesso ao conhecimento e à informação, a saúde como dever do Estado, a atenção integral, a prioridade à promoção e à prevenção, o respeito às diferenças culturais, e o fortalecimento das práticas não convencionais e, finalmente, a saúde como conquista de luta popular¹⁴⁽¹⁵⁾.

Segundo essas análises, o MST reivindica um sistema de saúde universal que responda

às necessidades e demandas das populações do campo e da cidade, “repudia a doença como fonte de acumulação de riqueza e aponta para prioridades de investimento em ações de prevenção e promoção da saúde”²⁷⁽⁷⁸⁾. Assim, para o Coletivo Nacional, “a política de saúde do campo deve ser baseada no fortalecimento e consolidação do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária”¹⁴⁽¹¹⁾.

No que se refere às estratégias de luta pelo direito à saúde, o MST considera que

a participação nas esferas instituídas de controle social do SUS não constitui a prioridade desse Coletivo, pois fazer o controle social do SUS significa, sobretudo, fazer a luta política por meio de estratégias de ocupação, de mobilizações e de marchas⁴⁽¹⁰⁾.

Ou seja,

a luta pela saúde como direito integra essa agenda e busca denunciar as iniquidades em saúde vividas pelas populações do campo, bem como valorizar as culturas, os saberes e as potencialidades dessas populações¹⁵⁽¹⁵³⁸⁾.

Apesar do posicionamento apontado no estudo anterior com relação à participação do MST nas instâncias de controle social do SUS, foi possível identificar experiências de participação do MST em conselhos municipais e estaduais de saúde^{14,17}. Um dos artigos, inclusive, analisa essa diversidade de situações como decorrente das distintas ideias e perspectivas teóricas dos integrantes do MST sobre o ‘estado burguês’⁴, contemplando, assim, uma vertente ‘leninista’, que rejeita a participação nos conselhos; e outra, mais ‘gramsciana’, que defende essa participação.

Além da controvérsia em torno da participação nos Conselhos de Saúde, um dos artigos¹⁴ analisa a participação do MST em outra instância de participação social em saúde, qual seja: o Grupo da Terra, espaço criado em 2004, vinculado ao Ministério da Saúde, que assegurou a participação de

diversos movimentos sociais do campo, os quais, pela primeira vez, puderam participar diretamente do processo de discussão, decisão e construção de ações de saúde que respondam às suas necessidades. Com isso, segundo os autores, ocorreu a inclusão da população assentada na base de cálculo do Piso da Atenção Básica, a partir de

mudanças no financiamento e [...] incentivo à equidade, para estimular a criação de equipes do PSF em municípios pequenos com expressiva população rural¹⁴⁽¹⁴⁾.

Dois dos trabalhos analisados citam a formulação e publicação de diversas políticas^{16,27}, como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora²⁹, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares³⁰, Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos³¹, a inclusão dos assentados no Programa Nacional de Habitação Rural³² e, particularmente, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta³³, indicando a entrada do tema da saúde da população do campo na agenda do Estado e a possibilidade de enfrentamento das iniquidades de saúde no espaço rural.

A mobilização política do MST em torno das questões de saúde, segundo alguns dos artigos analisados, conta com a parceria de diversos sujeitos, a exemplo das Pastorais da saúde e da criança, bem como de profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF) comprometidos com a expansão e qualidade da Atenção Primária à Saúde: EqSF, algumas instituições de ensino, como Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e universidades, especialmente em atividades de formação de lideranças que atuam no setor saúde do movimento. O Instituto Educacional Josué de Castro, escola do MST localizada em Veranópolis (RS)¹⁴, constitui-se espaço de encontros e formação de seus atores no que se refere às temáticas relacionadas com a saúde. Verifica-se também o importante

papel dos trabalhos de extensão e de residências multiprofissionais realizadas pelas universidades no espaço rural, contribuindo para a discussão e para a produção coletiva de conhecimentos sobre a saúde do campo, fortalecimento e valorização das práticas de cuidado em saúde em assentamentos e acampamentos do MST.

Por fim, cabe destacar que, no âmbito internacional, o MST, como um dos atores do campo na América do Sul, está articulado a diversos movimentos globais pela saúde¹⁸, a exemplo do Movimento de Saúde dos Povos, Fórum Social Mundial de Saúde e o Fórum Social Mundial. No entanto, Carneiro¹⁴ considera a atuação do MST na saúde ainda incipiente, quando comparado com a diversidade de ações e capacidade de organização de outros setores do movimento. Aponta a falta de infraestrutura e de apoio econômico para a realização dos trabalhos, a pouca sistematização das experiências, o baixo reconhecimento da importância do setor saúde nas instâncias decisórias do MST como alguns elementos que determinam os limites das ações de saúde dentro do movimento.

Discussão e conclusões

Um primeiro aspecto a ser destacado do conjunto de trabalhos analisados é a diversidade de abrangência territorial e populacional na medida em que a maioria deles recorta realidades específicas em determinados estados e regiões do País. No entanto, os resultados da grande maioria desses trabalhos desvelam a precariedade das condições de vida e de saúde da população do campo, apontando a multiplicidade de problemas que afetam trabalhadores, mulheres, crianças que vivem nas condições dos acampamentos/assentamentos do MST. Esses achados convergem com os resultados apresentados pela Pesquisa sobre a qualidade de vida, produção e renda dos Assentamentos da reforma agrária³⁴, coordenada pelo Instituto

Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), publicada em 2010, que revela que apenas 43,86% têm acesso regular à energia elétrica, 79% das famílias assentadas têm acesso suficiente à água para consumo doméstico, 76% utilizam fossa e apenas 1,14% tem acesso à rede de esgoto. Além disso, 57% dos assentados avaliam como péssimo ou ruim as condições das estradas e vias de acesso aos lotes e 56% avaliam como péssimo ou ruim o acesso aos postos de saúde e hospitais. Chama atenção, inclusive, o fato da melhoria das condições de vida das famílias assentadas quando comparadas às acampadas, o que demonstra a importância da garantia do direito à terra para a melhoria das condições de vida e de saúde da população do campo.

No que se refere especificamente às questões de saúde, chama atenção o consenso entre os autores de que o MST tem uma concepção ampliada de saúde, de certa forma coerente com os princípios e diretrizes da RSB e do SUS. No entanto, a situação epidemiológica da população do campo e os problemas de acesso aos serviços apontados nos trabalhos analisados evidenciam a persistência de iniquidades, que não estão sendo adequadamente enfrentadas pelas Políticas Públicas de Saúde, e revelam a insuficiência dos processos de implementação, que repercutem na baixa cobertura dos serviços, desarticulação das ações que resultam na incapacidade de respostas às necessidades da população do campo.

Nessa perspectiva, é importante destacar o interesse do MST em instituir Coletivos de Saúde em seus acampamentos e assentamentos, de modo a impulsionar a luta pelo Direito à Saúde em parceria com organizações não governamentais, instituições de ensino-pesquisa e profissionais da área de saúde. É notório o papel importante do Coletivo Nacional de Saúde do MST para discussão e formulação de políticas de Saúde, organização do setor de saúde dentro dos acampamentos e assentamentos e desenvolvimento de práticas educativas para/com

as lideranças do movimento, mas verifica-se enorme lacuna de pesquisas que revelem mais profundamente as estratégias de organização e luta do MST pela saúde no Brasil.

Um aspecto a ser aprofundado são as contradições e divergências entre os militantes do MST sobre o SUS e a participação nas instâncias de controle social. Chama atenção o fato da tardia participação do MST nos processos decisórios em saúde somente após a criação do Grupo da Terra em 2005, que também coloca em questão a capacidade de o movimento sanitário incorporar os movimentos do campo em sua base de sustentação. Tais elementos precisam ser mais bem explorados, de maneira a superar a incipiente produção científica sobre as formas de

mobilização e luta pela garantia do direito à saúde da população do campo, inclusive, investigando se o MST tem sido um aliado no processo de RSB.

Colaboradores

LDV Barros participou da concepção e coordenação da pesquisa, análise e interpretação dos resultados, redação do artigo; revisão do texto e aprovação da versão final do manuscrito. CF Teixeira participou da concepção do artigo, da orientação do estudo, revisão do texto e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra [internet]. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <http://www.mst.org.br>.
2. Santos JCBD, Hennington EA. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cad Saúde Pública*. 2013 ago; 29(8):1595-1604.
3. Stédile JP, Fernandes BM. *Brava Gente: a trajetória do MST e a luta pela terra no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Perseu Abramo; 2012.
4. Severo DO, Ros MAD. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde Soc*. São Paulo, 2012 maio; 21 (supl. 1):177-184.
5. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a Compreensão e Crítica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
6. Brasil. Constituição, (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1988.
7. Paim, JS. *A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sis-*

- tema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2013 out; 29(10):1927-1953.
8. Teixeira CF, Souza LE, Paim JS. Sistema Único de Saúde, a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Almeida Filho N, Paim JS. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK; 2014. p. 121-137.
 9. Botelho LLR, Cunha CCDA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. Gestão e Sociedade. 2011 maio-ago; 5(11):121-136.
 10. Biblioteca Virtual de Saúde BVS [internet]. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <http://brasil.bvs.br/>.
 11. Banco de Periódicos Capes [homepage na Internet]. [acesso em 2018 out 15]. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.
 12. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
 13. Gomes R. A análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCDS. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 79-108.
 14. Carneiro FF, Tambellini AT, Silva JA, et al. A saúde das populações do campo: das políticas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Cad. Saúde Colet. 2007 abr-jun; 15(2):209-230.
 15. Ruckert B, Machado AR, Santos CCA, et al. Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG. Interface. Botucatu, 2014; 18(supl. 2):1537-1546.
 16. Ricardo LM. O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS. [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2011. 192 p.
 17. Cavalcante IMDS, Nogueira LMV. Práticas sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na Ilha de Mosqueiro-Belém, Pará. Esc. Anna Nery. 2008 set; 12(3):492-499.
 18. Sodré F. A agenda global dos movimentos sociais. Ciênc Saúde Coletiva. 2011 mar; 6(3):1781-1791.
 19. Ricardo LM, Stotz EN. Educação Popular como Método de Análise: Relações entre Medicina Popular e a "Situação-limite" Vivenciada por Trabalhadores do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. Revista APS. 2012 out-dez; 15(4):435-442.
 20. Fontoura Junior EE, Souza KR, Renovato RD, et al. Relações de saúde e trabalho em assentamento rural do MST na região de fronteira Brasil-Paraguai. Trab. educ. saúde. 2011 nov; 9(3):379-397.
 21. Rotulo LM, Domingues RC, Silva ES, et al. O Cuidado em Saúde e a Extensão Universitária Referenciados na Educação Popular: uma História de Convivência com a Realidade do Campo. Revista APS. 2015 out-dez; 18(4):539-543.
 22. Teixeira IMDC, Oliveira MW. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. Interface. Botucatu, 2014; 18 (supl. 2):1341-1354.
 23. Caldart RS. Pedagogia do Movimento Sem Terra. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
 24. Ebling SBD, Falkembach EMF, Nascimento LA, et al. As Mulheres e suas 'Lidas': Compreensões Acerca de Trabalho e Saúde. Trab. educ. saúde. 2015 dez; 13(3):581-596.
 25. Maeda ST, Borges ALV, Nakamura E, et al. Access to pre-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian Landless Workers Movement. Texto contexto - Enferm. 2007 set; 16(3):433-438.
 26. Carneiro FF, Tambellini AT, Silva JA, et al. Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. Rev. Saúde Pública. 2008 ago; 42(4):757-763.

27. Santos JCBD. 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. [Dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fiocruz; 2011. 142 p.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. 24 Ago 2012.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 4 Maio 2006.
31. Brasil. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Jun 2006.
32. Brasil. Lei nº 12.424, de 16 de junho de 2011. Altera a Lei no 11.977, de 7 de julho de 2009, que dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas, as Leis nos 10.188, de 12 de fevereiro de 2001, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 4.591, de 16 de dezembro de 1964, 8.212, de 24 de julho de 1991, e 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Jun 2011.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União. 5 Dez 2011.
34. Instituto Nacional de colonização e Reforma Agrária (Brasil). Pesquisa de avaliação da qualidade dos assentamentos de reforma agrária, 2010 [internet]. [acesso em: 2018 jul 03]. Disponível em: <http://pqra.incra.gov.br/>.

Recebido em 15/07/2018
 Aprovado em 14/09/2018
 Conflito de Interesses: inexistente
 Suporte Financeiro: não houve

2ª PARTE | TESE

**ANÁLISE POLÍTICA DA SAÚDE NO MST: PROBLEMAS,
PRÁTICAS E PROJETO**

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2008a; 2008b) vem sendo objeto de uma polêmica em torno da sua vigência na conjuntura política mais recente, observando-se uma diversidade de pontos de vista na produção mais recente na área de Saúde Coletiva. Assim, há autores, a exemplo de Gadelha e Costa (2012), que consideram que a RSB teria sido um movimento e um projeto de mudança da política de Saúde que se esgotou com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto outros, como Paim (2008a; 2008b; 2018), Gerschman (1985; 1994), Fleury (2009; 2018), Silva (2018), consideram que o processo de reforma continua vigente, enquanto projeto não plenamente realizado, foi base, portanto, para a mobilização de diversos sujeitos políticos em torno da luta pela garantia do Direito à Saúde e pela consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Este tema é objeto de um conjunto de estudos que tratam de responder a uma pergunta que diz respeito à sustentabilidade política da RSB, isto é: quais são os sujeitos políticos coletivos que na conjuntura atual, defendem a RSB e os princípios constitucionais do SUS? Quem são e quais as concepções, estratégias e práticas dos movimentos sociais em cena na atual conjuntura com relação à saúde?

Estas perguntas estão na base dos projetos em desenvolvimento no Eixo 1 do Observatório de Análise Política em Saúde, em curso no Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia (UFBA), que trata da Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no Período 2007 a 2016². Alguns estudos desse eixo buscam descrever os vetores de ação política de alguns sujeitos coletivos, tais como Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), movimento médico, movimento sindical, movimento feminista, dentre outros, tratando de construir uma análise abrangente da atual conjuntura política em saúde.

Inserido nesse conjunto, este trabalho aborda especificamente o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra – MST, especialmente os problemas de saúde enfrentados pelas populações assentadas e acampadas, bem como as concepções, estratégias e práticas desenvolvidos pelo movimento no que diz respeito à saúde, buscando analisar sua relação com os princípios e diretrizes da RSB e com o processo de construção do SUS.

Para delimitação desta problemática, tratamos de revisar publicações que tratam dos limites e possibilidades da participação social no SUS, através dos Conselhos e Conferências

² Cf. <www.analisepoliticaemsaude.org.br>. Acesso em: 02 set. 2018.

de Saúde, para indicar a necessidades de estudos que abordem outros movimentos sociais que não estão necessariamente articulados às instâncias de gestão participativa institucionalizadas ao longo do processo de construção desse sistema. Finalmente, apresentamos uma caracterização do MST, sua criação e expansão no país, organização política e especificamente, a constituição dos órgãos responsáveis pelas ações na área de Saúde.

1.1 Limites e possibilidades da participação social no processo de construção do SUS

A proposta, projeto, processo e movimento da Reforma Sanitária Brasileira tem, desde os seus primórdios, colocado como eixo central o fortalecimento da democracia na área da saúde, em que os diversos sujeitos possam protagonizar um amplo debate sobre a Política Nacional de Saúde, assim como influenciar seus processos decisórios (PAIM, 2008a). Nesse sentido, já no documento elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em 1979, intitulado *A Questão Democrática na área de Saúde* (1980), aparece a participação social como estratégia de democratização e justiça social articulada à noção de direito à saúde e à proposta de reforma setorial. É dessa nova abordagem de democracia que o projeto da RSB, entendido como um processo civilizatório alternativo, incorporou a democracia como elemento chave, seja no princípio da universalidade do direito à saúde, ou na diretriz da participação da comunidade no sistema de saúde.

A amplitude que o conceito veio a adquirir no projeto da Reforma Sanitária Brasileira foi promovida pela própria experiência democrática da sociedade brasileira no aprendizado experimentado durante a luta pela democratização que culminou com a Constituição de 1988. Nessa perspectiva, buscou-se avançar com o desenvolvimento de estratégias de construção de um novo tecido social descentralizado e participativo, capaz de reivindicar um modelo de democracia no qual impere os princípios de solidariedade e igualdade (FLEURY, 1997 apud ESCOREL; MOREIRA, 2009). Assim, investiu-se na participação de representantes de diversos segmentos da sociedade brasileira, nas instâncias colegiadas de saúde (conselhos e conferências), em particular os representantes dos movimentos de base popular que buscam uma redistribuição do poder que seja capaz de instaurar uma democracia substantiva (ESCOREL; MOREIRA, 2009).

Segundo Labra (2009), a Constituição de 1998 introduziu no Brasil diversos mecanismos de participação direta e indireta em diversos setores do Estado, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, pavimentando os caminhos para construção da democracia participativa. Os conselhos de saúde, criados no final da década de 90, constitui referência para a criação dos

conselhos gestores de políticas sociais, nas mais diversas áreas, e inovando na garantia da participação dos representantes da sociedade civil organizada, através do princípio da paridade. Para a autora, após décadas transcorridas desde as primeiras propostas da RSB, pode-se afirmar que as formulações relativas

À “autêntica” participação da população organizada, em todos os níveis e etapas na política de saúde, transformando os beneficiários em voz e voto em todas as instâncias, eram realmente visionárias, corajosas e revolucionárias para a época. Além disso, conforme registrado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi plantada a semente para subverter o conceito dominante de controle social, que passou a ser entendido como uma consequência da participação de representantes eleitos da comunidade nos núcleos decisórios do futuro sistema de saúde, capacidade de exercer o controle sobre as ações do Estado, em vez do Estado controlar a sociedade (LABRA, 2009, p. 183).

Após décadas de implantação de Conselhos e realização de Conferências, constata-se que estes canais institucionalizados de participação apesar de constituírem possibilidades reais de participação e interferência no processo político em saúde, apresentam uma série de limites, a exemplo do “esgotamento” das Conferências de saúde, face à ação dos “grupos de pressão” que atuam direta e indiretamente na formulação de políticas, a fragilidade na atuação dos representantes dos movimentos populares, a interferências político-partidárias no debate desenvolvido nestas instâncias, corporativismo na atuação dos profissionais de saúde e o autoritarismo prevalente na atuação da maioria dos gestores que impõem suas agendas e induzem decisões (LABRA, 2009; BISPO JÚNIOR; GERSHMAN, 2013; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2015).

A participação de representações da sociedade civil nestas arenas deliberativas é um dos caminhos possíveis, porém, percebe-se que não tem sido suficiente como espaço de expressão da multiplicidade de problemas e demandas que atualmente vêm sendo colocadas por movimentos sociais, composto por formas de organização e de lutas bastante diversas e heterogêneas, que buscam dar visibilidade aos problemas decorrentes da desigualdade social e da injustiça vigentes na sociedade brasileira e não encontram canais de representação dos seus interesses.

Precisamente por isso, faz-se necessário analisar instâncias não-institucionalizadas, como movimentos populares e organizações que podem estar exercendo alguma interferência em políticas, ações, programas e projetos governamentais, de forma direta ou indireta, sem passar necessariamente pelos colegiados participativos. Portanto, faz-se necessário investigar os sujeitos coletivos capazes de produzir ações políticas, tendo em vista garantir o atendimento de

suas necessidades e demandas em saúde, bem como analisar a relação que tais sujeitos mantêm (ou não) com o movimento pela RSB.

Esse cenário nos convida a refletir sobre os caminhos do movimento sanitário na luta pela saúde e democracia no país. As instâncias institucionalizadas de participação, ainda que tenham um papel central na democratização das políticas de saúde, não demonstram capacidade de influenciar diretamente e produzir forças necessárias ao enfrentamento desse caráter regressivo e conservador das políticas públicas na atual conjuntura, em particular após o golpe parlamentar-midiático-judiciário de 2016 e o surgimento de perspectivas neofascistas no Brasil.

Desse modo, consideramos necessário ampliar o olhar sobre os movimentos e as lutas sociais que vem se desenvolvendo na sociedade brasileira, extrapolando o espaço restritos dos estudos que abordam o processo de construção/desconstrução do SUS e mesmo o âmbito dos estudos que tomam como objeto o processo de Reforma Sanitária Brasileira. Com isso, tratamos de revisar, brevemente, alguns autores que estudam os movimentos sociais na contemporaneidade, para, em seguida, apresentar a revisão específica que fizemos sobre o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST).

1.2 Movimentos e lutas sociais: projetos e estratégias/ações políticas

A partir de uma abordagem marxiana sobre Estado e sociedade civil, buscamos efetuar uma breve revisão da literatura contemporânea sobre movimentos sociais e atores/sujeitos políticos. Nesse sentido, Ângela Alonso (2009), aponta que as teorias dos movimentos sociais se constituíram em uma conjuntura distinta, a do Ocidente dos anos 1960. Marcada pela retração da teoria marxista, o termo “movimentos sociais” “foi criado para designar multidões bradando por mudanças pacíficas, desarticuladas da luta pelo poder do Estado” (ALONSO, 2009, p. 49). Não mais centrados na análise do movimento operário e na revolução, os sociólogos produziram três grandes correntes de explicação para os movimentos sociais – a Teoria da Mobilização de Recursos (TMR), a Teoria do Processo Político (TPP) e a Teoria dos Novos Movimentos Sociais (TNMS).

Para a autora, enquanto a TMR tem como centralidade a análise conjuntural, desvinculada de interpretações estruturais, a TPP e TNMS surgem da crítica às perspectivas deterministas e economicistas da ação coletiva, da ideia de um sujeito histórico universal, o movimento operário. Estas duas correntes partem de análises macro-históricas, mas consideram a política e a cultura como eixos centrais da análise dos movimentos sociais. A TPP aposta numa teoria da mobilização política e a TNMS, na mudança cultural.

Maria da Glória Gohn (2014a), importante autora brasileira e representante da TNMS, caracteriza os movimentos sociais como “ações sociopolíticas construídas por atores sociais coletivos pertencentes a diferentes classes e camadas sociais, articuladas em certos cenários da conjuntura socioeconômica e política de um país, criando um campo político de força social na sociedade civil” (GOHN, 2014a, p. 251). Segundo a autora, as ações desenvolvem um processo de criação de identidades em espaços coletivos não institucionalizados, gerando transformações na sociedade, seja de caráter conservador ou progressista.

A autora elabora uma proposta metodológica para análise dos movimentos sociais considerando seus elementos internos e externos, entretanto, ressalta a perspectiva de visão de totalidade dos grupos sociais, em reconhecer a interconexão e o atravessamento das categorias de análise. A partir de um roteiro, a autora define enquanto principais elementos de sua proposta de compreensão dos movimentos sociais: as demandas e os repertórios da ação coletiva; composição do movimento; princípio articulatório; força social; ideologia; cultura política; organização de um movimento; práticas/ações do movimento; projeto sociopolítico; identidade; os opositores; e as conquistas e derrotas (GOHN, 2014a). Para fins deste trabalho, buscaremos elucidar o **projeto sociopolítico**, a visão de mundo do MST sobre a problemática da saúde e suas **práticas, sistematizando suas ações e discursos no campo da saúde**, o que dá sentido e direção ao movimento e demarca seus pressupostos, reivindicações e propostas para a saúde.

Para Gohn (2014b), as abordagens sobre os movimentos sociais estão organizadas em três principais correntes teóricas: a culturalista-identitária, a institucional/organizacional-comportamentalista e a histórico-estrutural.

A corrente culturalista-identitária constituiu-se sob a influência de muitas perspectivas teóricas, tais como a sociologia weberiana, o idealismo kantiano, a fenomenologia, escola de Frankfurt, dentre outras. Autores como Habermas, Foucault, Bobbio, Giddens, Bourdieu, Arendt e Hegel inspiraram a produção teórica desta matriz, contribuindo para análise de diversos temas, ações, sujeitos, espaços sociais e culturais que não estavam na cena pública, como jovens, mulheres, negros, índios, etc., novidade que foi denominada como “novos movimentos sociais”. Tendo como principais referências Alain Touraine, Melucci e Offe, a abordagem culturalista cumpre papel importante em destacar a identidade dos movimentos sociais e revelar novas formas de ação social coletiva, como também produzir críticas às perspectivas ortodoxas e economicistas de análise sobre os movimentos.

A corrente institucional/organizacional-comportamentalista desenvolveu-se nos Estados Unidos e alguns países da Europa. As análises dos movimentos sociais pela matriz institucional se sustentaram nas teorias liberais, utilitaristas, na antropologia e sociologia,

buscando compreender os movimentos como organizações institucionalizadas, seus objetivos, interesses, recursos, oportunidades e estratégias. A perspectiva comportamentalista norte-americana, centralmente marcada pelas teorias institucionais, passa por uma revisão crítica na década de 60, dando origem a Teoria da Mobilização de Recursos. Charles Tilly constituiu-se como referência importante desta abordagem, apresentando os ciclos de protestos dos movimentos sociais e a institucionalização das suas práticas (GOHN, 2014b).

O paradigma marxista, considerado como matriz clássica ou tradicional de análise dos movimentos sociais, contribuiu para os estudos do movimento dos trabalhadores enquanto sujeito histórico, sustentado pelas abordagens de Marx, Gramsci, Rosa Luxemburgo, Lefebvre, Trotsky, Lenin, Mao Tse-Tung, etc. Para Gohn (2014b), Marx “*não se dedicou a teorizar sobre as ações coletivas, mas delineou o perfil de um movimento social concreto, o do proletariado, dizendo que ele deveria ser compreendido para que se transformasse o mundo das relações sociais existentes*” (GOHN, 2014b, p. 27).

O conceito de movimento social na abordagem histórico-estrutural sempre esteve vinculado às ideias de lutas de classes (burguesia x proletariado), consciência de classe e aos ideais de reforma ou revolução no processo de mudança e transformação social, contribuindo para a classificação dos movimentos enquanto reformistas, reacionários ou revolucionários. Tomando a classe trabalhadora como sujeito político fundamental, muitos estudos empíricos buscaram analisar o movimento operário ou camponês, os sindicatos e os partidos políticos. (GOHN, 2014b; MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). Esta corrente perdeu força na década de 70, mas foi capaz de aglutinar intelectuais importantes no campo da esquerda na análise dos movimentos sociais, como E. Hobsbawn, E. P. Thompsom, I. Mészáros, O. Ianni, R. Antunes, E. Sader, etc.

“O processo capitalista de produção expressa uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito produção” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2003, p. 30). Nesse sentido, capital não é uma coisa material, não é relação entre coisas, mas uma relação social de produção, correspondente a uma determinada formação histórica da sociedade, que toma corpo em uma coisa material e lhe infunde um caráter social específico. Sendo o capital uma relação social, supõe o outro termo da relação: o trabalho assalariado, do mesmo modo que este supõe o capital. Capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos, um se expressa no outro, um recria o outro, um nega o outro.

Portanto, estamos falando em relações entre duas classes fundamentais: a burguesia, detentora dos meios de produção e o proletariado/trabalhadores, detentor da sua força de

trabalho. Para Collins (2009), as classes são os principais atores no palco da história, pois protagonizam as lutas econômicas e políticas, que fazem alianças e que produzem transformações históricas.

Tomando a perspectiva marxista, Montañó e Duriguetto (2011) questionam as formulações acionalistas e culturalistas sobre os movimentos sociais, estamos falando de novos ou velhos Movimentos sociais? Substitutivos ou complementares aos movimentos de classe? Para os autores, os novos sujeitos ou novos atores sociais – sem-terra, sem-teto, negros, mulheres, índios, movimentos pelos direitos humanos, dentre outros – não se caracterizam pela ruptura com a centralidade da classe no modo de produção capitalista, consideram que “os objetivos [imediatos] de suas lutas, sua composição, suas formas organizativas e todas as suas demais características, respondem aos novos conteúdos e às novas formas de dominação e exploração capitalista” (ÁLVAREZ, 2006 apud MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 343). Trata-se de sujeitos históricos – trabalhadores e trabalhadoras – organizados em novos movimentos.

Não há dúvidas de que a sociedade do capital se complexificou e que novas formas de resistências, lutas e organização política surgiram. Movimentos que emergiram no século XXI (GOHN, 2013; 2014c) como a Primavera Árabe, Occupy Wall Street, Indignados na Europa, Movimentos Antiglobalização, Fórum Social Mundial (SANTOS, 2002; 2004) apresentam características próprias e precisam ser analisados a partir de suas experiências concretas, mas suas lutas, projetos ideopolíticos e prático-operativos não estão desvinculados das contradições e antagonismos das classes.

Negando algumas perspectivas culturalistas sobre a sociedade civil, compreendida como esfera pública não estatal e dotada de autonomia e auto-organização em relação ao Estado e ao mercado, o presente trabalho assume a compreensão da sociedade civil sob a perspectiva de totalidade social, compreendida a partir da contradição central capital/trabalho, espaço em que se disputam projetos societários antagônicos, de luta pela hegemonia.

Assim, tomamos a noção de sociedade civil em Marx e Engels, explicitada na obra *Ideologia Alemã*:

Essa concepção de história tem como base o processo real de produção, concretamente a produção material da vida imediata; concebe a forma das relações humanas ligadas a este modo de produção e que por ele é engendrada, isto é, a sociedade civil nos seus diferentes estágios, como sendo o fundamento de toda a história. Isso equivale a representá-la na sua ação como Estado, a explicar por meio dela o conjunto das diversas produções teóricas e das formas de consciência, religião, moral, filosofia, etc. e a acompanhar o seu desenvolvimento por meio dessas produções; o que permite naturalmente

representar a coisa na sua totalidade (examinar a relação recíproca de seus diferentes aspectos) (MARX; ENGELS, 2007, p. 42).

Assim, partimos da premissa e compreensão da sociedade civil como território de disputa da hegemonia, de contradições e conflitos de classes e espaço das relações econômicas e sociais privadas. Para Behring (2009), a dinâmica da sociedade civil tem reflexos no Estado, os quais são mediados pelas suas instituições e quadros técnicos, mas assegurando sua direção de classe – a burguesia. Nesse sentido, não vemos o Estado como árbitro dos conflitos ou responsável pelo bem comum, mas cumpre historicamente o papel de valorização e acumulação do capital, de reprodução social do trabalho e do capital. Ainda que ganhe certa autonomia em relação à sociedade civil, o Estado acompanha os períodos longos do desenvolvimento do capitalismo de expansão e estagnação e se modifica histórica e estruturalmente, garantindo o processo de acumulação e expressando a hegemonia do capital.

No campo da saúde, muitos autores têm contribuído com o debate sobre o papel dos sujeitos e atores coletivos na política de saúde. Segundo Silva e Labra (2001, p. 01), “como qualquer política pública, a política de saúde é fruto de um complexo processo de negociações e confrontações que envolvem a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil”. Estudos recentes na área de Política, Planejamento e Gestão de sistemas de saúde têm trabalhado com os conceitos de ator social, sujeito político, atores estatais e societais, sujeitos individuais e coletivos, governamentais e não governamentais, agentes, entre outros, para refletir e analisar a correlação de forças entre os diferentes sujeitos no processo de formulação e implementação das políticas de saúde.

Nesse sentido, buscamos compreender o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra sob a perspectiva do paradigma marxista, buscando analisar as suas experiências concretas, o que implica analisá-lo em suas dimensões classista, contraditória e política, como expressão organizada e articulada das classes na luta pelos seus interesses e projetos societários. Busca-se compreender o MST e seu projeto político no campo da saúde, ponto de partida para analisarmos a concepção de saúde adotada pelo movimento, e as ações/práticas desenvolvidas nos assentamentos e acampamentos e pelo Setor de Saúde constituído pelo movimento. Procura-se analisar as categorias Projetos e Ações realizadas pelo MST na área da saúde sob a lógica das classes e lutas de classes, ainda que expressem essa relação social no âmbito mais conjuntural ou da formação social brasileira, revelam a contradição fundamental – capital x trabalho, burguesia x proletariado e suas diversas frações.

1.3 MST: origens e atuação na área de saúde

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, também conhecido como Movimento dos Sem-Terra ou MST, é fruto de uma questão agrária que é estrutural e histórica no Brasil. O MST surgiu da reunião de vários movimentos populares de luta pela terra, os quais promoveram ocupações de terra nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Mato Grosso do Sul, no período de 1979 a 1984, e aos poucos expandiu-se por todo o Brasil. Foi criado formalmente no Primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores Sem Terra, que contou com a participação de 80 representantes de 13 estados e foi realizado entre 21 a 24 de janeiro de 1984, em Cascavel, no estado do Paraná (CALDART, 2001; COMPARATO, 2001).

Atualmente organizado nas cinco regiões do Brasil, em 24 estados, conta com a participação de 350 mil famílias, que conquistaram a terra por meio da luta e da organização política dos trabalhadores rurais³ e, em cujo horizonte, está a luta contra o sistema capitalista com objetivo de promover uma “reforma agrária popular”⁴ e construir as bases de uma nova sociedade. Como define João Pedro Stédile e Bernardo Fernandes, “o MST nasceu como um movimento camponês, que tinha como bandeira as três reivindicações prioritárias: terra, reforma agrária e mudanças gerais na sociedade” (STÉDILE; FERNANDES, 2012, p. 33). No horizonte desse movimento, está o objetivo de construir uma nova sociedade, lutando contra o sistema capitalista e criando as bases para um modelo de reforma agrária popular.

Para Comparato (2001, p. 101), “o MST constitui um ator político novo mesmo que nenhuma de suas ações ou características organizativas seja original. A novidade está na articulação, feita a partir de táticas e elementos já conhecidos, e na habilidade política que o movimento tem demonstrado, ao fazer aliados em vários segmentos da sociedade civil”.

³ Cf. <www.mst.org.br>. Acesso em: 02 set. 2017.

⁴ O Programa de Reforma Agrária Popular do MST reúne medidas amplas e abrangentes de luta e enfrentamento do capital, que se expressa no campo pelo modelo de agricultura do agronegócio. Para o Movimento, esse modelo destrói e se apropria “de todos os bens da natureza, da saúde e da cultura popular para transformar tudo em mercadoria, em lucro!” (MST, 2013, p. 16). A centralidade do programa é a negação do agronegócio e afirmação de um outro modelo de agricultura - reforma agrária com distribuição de terras para os camponeses; matriz de produção centrada na produção de alimentos; matriz tecnológica centrada na agroecologia, na produção de alimentos livre de venenos e que gere saúde e condições de o povo viver no campo. Articulando os trabalhadores do campo e da cidade, propõe mudanças radicais da sociedade capitalista, como também, melhoria da infraestrutura nas comunidades rurais e camponesas. Identificamos no referido documento como proposta para a saúde: “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” (MST, 2013, p. 47).

Ao longo do processo de ocupação e constituição dos assentamentos, o MST se organiza a partir de setores, inclusive saúde, buscando enfrentar de forma organizada os problemas do cotidiano da vida no campo. Segundo Carneiro et al (2007):

Esse processo se inicia com a ocupação da terra, momento em que os acampados passam a se organizar em núcleos de 10 famílias, elegendo um coordenador e uma coordenadora, que farão parte da direção do acampamento. Cada núcleo define um representante/pessoa para participar de tarefas como produção, saúde, educação, lazer, segurança. Atuando em conjunto com pessoas de outros núcleos, formam os setores responsáveis pela execução das tarefas. As decisões sobre o cotidiano no acampamento e assentamento são definidas em reuniões dos núcleos, reunião da coordenação e assembleia geral, assegurando o princípio da democracia e garantindo a participação de todos no processo decisório, a divisão de tarefas e a direção coletiva (CARNEIRO et al, 2007, p. 218).

Os jornais e cadernos produzidos pelo MST revelam a preocupação do movimento com as condições de vida e a saúde de seus integrantes. Desde a sua criação, os acampamentos e assentamentos têm produzido diversas ações na área da saúde, como acompanhamento pessoas adoecidas, ações educativas e de promoção da saúde, preocupações com o acesso aos serviços de atenção à saúde, água de boa qualidade, promoção e uso de fitoterápicos, etc. Percebe-se que muitos integrantes do MST atuam como agentes comunitários de saúde inseridos em programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e participam nas instâncias de controle social do SUS como os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (CARNEIRO et al, 2007).

Esse processo, ou seja, a mobilização do MST com relação às questões de saúde, vem se constituindo objeto de alguns estudos e pesquisas que apontam evidências de que as condições de saúde das populações do campo e da floresta, entre as quais se situam os grupos vinculados ao MST, apresentam uma situação mais precária que a da população urbana (BRASIL, 2013). Tal perspectiva é ratificada pela *Pesquisa sobre a Qualidade de Vida, Produção e Renda dos Assentamentos da Reforma Agrária*, coordenada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – Incra (2010).

O estudo *Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária*, realizado com 3.687 famílias assentadas e 2.851 acampadas em todas as regiões do país, coordenada pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST, com apoio do Núcleo de Estudos em Saúde Pública/Universidade de Brasília – UnB e do Ministério da Saúde, também revelou as precárias condições de vida e saúde dessas populações (UNB; MST, 2001).

Esse processo, ou seja, a criação e mobilização do MST com relação às questões de saúde, vem se constituindo objeto de alguns estudos que tem demonstrado alguma

relação/consonância entre os princípios do SUS e a RSB e o projeto do MST como Carneiro et al (2007), Severo e Da Ros (2012), Santos e Hennington (2013), Rückert et al (2014), Rückert e Aranha (2018). Os documentos e cadernos de saúde do movimento de fato apresentam uma concepção ampliada de saúde, a defesa do SUS e da Reforma Sanitária, reproduzindo a ideia/conceito de saúde como expressão da vida social e suas determinações,

Uma sociedade com saúde é onde os 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. Mas para que isso se torne realidade, é necessário a organização de todos os trabalhadores e trabalhadoras para lutar por uma sociedade justa e saudável (MST, 2000c, p. 12).

Ainda o mesmo caderno, denominado *Construindo o Conceito de Saúde do MST*, publicado em 2000, apresenta os princípios e diretrizes do SUS – Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação –, e se refere ao movimento sanitário que surge na década de 1970:

Foi nessa época que setores da sociedade – profissionais de saúde, políticos, estudiosos, sindicatos e a população em geral – criaram o Movimento pela Reforma Sanitária. Esse movimento criticava o INPS, que só atendia as pessoas com carteira assinada e o FUNRURAL, que só atendia trabalhadores e trabalhadoras que tinham carteirinha do sindicato e contribuíam mensalmente, mas mesmo assim eram mal atendidos (MST, 2000c, p. 41).

Segundo Carneiro et al (2007), em 1998 foi criado o Coletivo Nacional de Saúde do MST. Realizado em Brasília, através de uma oficina, contou com a participação de militantes de 23 estados do país. Esse encontro foi marcado pela discussão do conceito ampliado de saúde e considerou o direito à saúde como conquista consagrada na Constituição de 1988. A constituição do Coletivo teve como resultado a criação dos princípios do MST para a saúde, a afirmação de que da política de saúde do campo deve ser baseada no fortalecimento e consolidação do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária, a ampliação da formação dos integrantes do setor e de suas ações e parcerias.

Entretanto, isso não é suficiente para afirmar que o MST se constitui enquanto um movimento de luta pela saúde no Brasil. Precisamos nos perguntar se esses textos são meramente retóricos ou se traduzem estratégias de ação política e práticas de saúde nos assentamentos. Além disso, cabe questionar até que ponto o MST participa do movimento

sanitário, e caso positivo, como se dá essa articulação, ou seja, como se dá a mobilização e a participação política do MST no movimento pela RSB.

Paralelamente a estas iniciativas de saúde produzidas pelo MST, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, em parceria com o Grupo da Terra⁵, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta – PNSIPCF (BRASIL, 2013). A PNSIPCF, aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, é um marco histórico no debate sobre as políticas de saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença. Instituída no âmbito do SUS, através da Portaria nº 2.866/2011, esta política é resultado do debate e articulação de representantes dos movimentos sociais e constitui-se enquanto instrumento importante de reconhecimento das necessidades de saúde destas populações e norteador da organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Para Carneiro et al (2007), com a criação do Grupo da Terra “pela primeira vez, o ‘público-alvo’ da política de saúde para o campo começou a participar diretamente do processo de sua construção” (CARNEIRO et al, 2007, p. 218). Os autores fazem um estudo sobre a evolução das políticas de saúde das populações do campo e revela que na história do Brasil os maiores avanços das políticas oficiais de saúde para o campo ocorreram nos períodos de maior organização dos trabalhadores rurais, tais como Fundo Nacional de Amparo ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), em 1960, o Programa Integrado de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1980 e no ano de 2004, o Grupo da Terra.

Segundo revela a PNSIPCF (BRASIL, 2013), há evidências de que as condições de saúde das populações do campo e da floresta, entre as quais se situam os grupos vinculados ao MST, apresentam uma situação mais precária se comparada com a da população urbana. Tal perspectiva é ratificada pela *Pesquisa sobre a Qualidade de Vida, Produção e Renda dos Assentamentos da Reforma Agrária*, coordenada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – Incra (2010), e por autores que revelam as limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, condições de moradia insalubres, baixa cobertura de saneamento básico, dificuldades de acesso à água potável (cacimbas e poços) para consumo e irrigação das lavouras, precária ou ausência de coleta de lixo, energia elétrica e transporte coletivo (MAEDA et al, 2007; CARNEIRO et al, 2005; 2007; SANTOS, 2011; FONTOURA JÚNIOR et al, 2011;

⁵ Instituído por meio das Portarias MS/GM nº 719, de 14 de abril de 2004, e MS/GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, este Grupo foi constituído com a participação de diversos representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, Anvisa, Fiocruz, CONASS, CONASEMS, e dos movimentos sociais do campo: MST, CONTAG, Movimento das Mulheres Camponesas, Comissão Pastoral da Terra, com a incorporação posterior dos representantes dos Quilombolas e Seringueiros (CARNEIRO et al, 2007).

RICARDO, 2011; RICARDO; STOTZ, 2012; SEVERO; DA ROS, 2012; SANTOS; HENNINGTON, 2013; RÜCKERT et al, 2014).

A revisão de literatura sobre este tema (BARROS; TEIXEIRA, 2018), especificamente no que diz respeito à problemática de saúde, evidenciou uma lacuna na produção científica, dentre os 108 trabalhos capturados nas bases Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), apenas 15 tratam das questões de saúde. Todos os trabalhos analisados discutem, em maior ou menor grau, as condições de vida e saúde da população que vive nos assentamentos e acampamentos do MST, apontando uma diversidade de problemas que afetam grupos específicos dessa população, a exemplo das condições de trabalho no campo (SANTOS; HENNINGTON, 2013; RÜCKERT et al, 2014; FONTOURA JÚNIOR et al, 2011; TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014; EBLING et al, 2015; CARNEIRO et al, 2008; SANTOS, 2011) e a problemática da saúde da mulher (CARNEIRO et al, 2008; MAEDA et al, 2007; SANTOS, 2011; RÜCKERT et al, 2014; TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014).

Chama atenção a lacuna existente com relação à situação de saúde das crianças, ainda que existam informações pontuais em alguns trabalhos analisados (SANTOS; HENNINGTON, 2013; CAVALCANTE; NOGUEIRA, 2008; FONTOURA JÚNIOR et al, 2011; SANTOS, 2011). Além das condições de saúde, grande parte dos trabalhos relata a problemática da acessibilidade da população assentada/acampada às ações e serviços do sistema de saúde, apontando diversos problemas que limitam o acesso aos serviços oficiais de saúde (SANTOS; HENNINGTON, 2013; CARNEIRO et al, 2008; RÜCKERT et al, 2014; CAVALCANTE, NOGUEIRA, 2008; RICARDO, 2011; RICARDO, STOTZ, 2012; FONTOURA JÚNIOR et al, 2011; TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014; MAEDA et al, 2007; SANTOS, 2011). Em contrapartida, alguns trabalhos analisam as concepções e práticas de saúde realizadas nos acampamentos e assentamentos (CARNEIRO et al, 2007; CAVALCANTE; NOGUEIRA, 2008; RICARDO; STOTZ, 2012; SANTOS; HENNINGTON, 2013; SANTOS, 2011), explicitando a importância dos Coletivos de Saúde do MST na luta e garantia pelo direito à saúde.

Além das limitações no acesso e qualidade dos serviços de saúde, vários estudos revelam condições de moradia insalubres, baixa cobertura de saneamento básico, dificuldades de acesso à água potável (cacimbas e poços) para consumo e irrigação das lavouras, precária ou ausência de coleta de lixo, energia elétrica e transporte coletivo (MAEDA et al, 2007; CARNEIRO et al, 2007; CARNEIRO et al, 2008; SANTOS, 2011; FONTOURA JÚNIOR et al, 2011; RICARDO,

2011; RICARDO; STOTZ, 2012; SEVERO; DA ROS, 2012; SANTOS; HENNINGTON, 2013; RÜCKERT et al, 2014).

Alguns trabalhos (artigos, monografias, dissertações e teses) não capturados pela revisão sistemática e/ou publicados após 2014, também revelam a precarização da vida dos trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra e os problemas/deficiências da saúde do campo, evidenciando as ações/práticas do MST na área da saúde, as concepções de saúde que orientam essas ações, bem como a luta pela garantia do direito à saúde em seus territórios (BÚRIGO et al, 2009; SCOPINHO, 2010; SOUZA, 2012; RÜCKERT, 2012; ZANATTA; BRÊTAS, 2016; SANTOS, 2016; KINIERIM, 2016; CASTILLERO, 2016; SOUZA; SAWAIA; 2016; ROTOLO, 2017; SILVA, C. G., 2017; SILVA, E. S., 2017; ANDRADE, 2017; BÚRIGO et al, 2019; SILVA; PRADA, 2020). Outros estudos revelam o importante trabalho realizado pelas mulheres do MST no cuidado, educação, prevenção e promoção da saúde, na produção dos fitomedicamentos e cultivo das farmácias vivas (SIQUEIRA, 2003; FERRO, 2015; FARIAS, 2016; RÜCKERT, 2018).

Cabe ressaltar que a maioria desses trabalhos são “estudos de caso”, que tomam como objeto grupos específicos dessa população e/ou determinados assentamentos e/ou acampamentos localizados em alguns estados brasileiros, não apresentando um panorama mais amplo e abrangente da problemática de saúde dos milhares de indivíduos que vivem nos assentamentos e acampamentos do MST nas diversas regiões do Brasil.

Diante disso, considerou-se relevante a realização de um estudo específico sobre a saúde das populações vinculadas ao MST, que ofereça uma visão histórica e abrangente dos principais problemas de saúde enfrentados pela população dos assentamentos e acampamentos do MST, bem como das respostas que o movimento oferece à estes problemas e necessidades de saúde, através da análise do seu projeto político, especificamente da concepção de saúde e das práticas de saúde que são realizadas nos assentamentos e acampamentos. Para isso, foram elaboradas as seguintes perguntas: a) Quais os principais problemas de saúde enfrentados pelas populações assentadas e acampadas do MST? Como o MST vem se organizando para o enfrentamento desses problemas? Qual o projeto político do MST com relação à saúde? Em que bases conceituais se assenta tal projeto? Quais as ações e práticas de saúde realizadas nos acampamentos e assentamentos do MST? Até que ponto estas concepções e ações se aproximam/distanciam dos princípios e propostas da RSB?

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as bases conceituais do projeto político para a saúde e os principais problemas de saúde do MST, no período de 1981 a 2014,

com ênfase na identificação da concepção acerca da saúde, que fundamenta o conjunto de ações e práticas de saúde desenvolvidas junto às populações assentadas e acampadas.

2 PRESSUPOSTOS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO (TESE)

Partimos da compreensão de que os problemas e necessidades de saúde das populações assentadas e acampadas do MST expressam múltiplas determinações, oriundas das suas condições de vida e trabalho no campo, as quais se apresentam, de forma diferenciada, nos grupos populacionais que vivem nos assentamentos e acampamentos situados nas diversas regiões do país, em função das características da estrutura agrária brasileira e da luta pela terra desenvolvida ao longo do período estudado.

Acompanhando este processo, é possível verificar a evolução das estratégias e das ações desenvolvidas pelo movimento para promover e preservar a saúde destas populações, as quais expressam uma concepção ampliada, radical e complexa de saúde. Para o MST, o modelo de acumulação agrária agroindustrial incide sobre as formas de viver e trabalhar dos assentados e acampados, determinando as possibilidades de adoecer e morrer no espaço rural. As doenças que se expressam nos corpos dos/das Sem Terra encarnam a dimensão particular dos modos de viver desse grupo e expressam a dimensão geral da sociedade brasileira, estruturada pela dominação da burguesia agrária, pela constituição do latifúndio e pela ofensiva das corporações do agronegócio sobre as comunidades que vivem no espaço rural. A determinação social da saúde das populações do campo define a ocorrência e distribuição dos problemas, bem como as possibilidades de acessos aos bens e serviços fundamentais ao atendimento das necessidades básicas de sobrevivência desses grupos. Entretanto, apesar das condições de vida e saúde dos assentados e acampados serem forçadas pelas múltiplas determinações e condicionamentos estruturais que operam na sociedade e no campo, a relativa autonomia ou grau de liberdade do Movimento possibilita a construção de um projeto político emancipador que inclui a defesa do direito universal à saúde, e dá suporte à organização de ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde de seus militantes, nas diversas conjunturas, desde a sua criação.

Assim, consideramos o MST como um ator político importante de luta pela terra e pela democracia no Brasil, e como um ator relevante na luta pela saúde, que, embora não esteja integrado organicamente ao processo de Reforma Sanitária Brasileira, defende os princípios e diretrizes do SUS. Para além do SUS, entretanto, o MST defende, em seus documentos internos, uma concepção ampliada e radical de Saúde e desenvolve um conjunto de práticas de saúde que buscam dar respostas aos problemas e necessidades de saúde das populações assentadas e acampadas. Como ator político, reconhece o Movimento pela RSB e atua politicamente, enquanto grupo de pressão, nas instâncias colegiadas de gestão e de participação do SUS, junto a Secretarias Municipais de Saúde dos municípios onde se instalam os assentamentos e

acampamentos, bem como através de ocupação de órgãos públicos (INCRA, prefeituras, sede do Ministério da Saúde, bancos, etc.), marchas, audiências, eleição de seus militantes para o legislativo, dentre outras. As necessidades e as reivindicações de saúde do Movimento, assim, compõem as pautas de negociação com as instituições públicas, revelando que a luta pelo direito à saúde constitui parte de um projeto mais amplo de luta pela Reforma Agrária Popular, que, além da defesa do direito à saúde inclui a luta contra o latifúndio e suas corporações e o acesso aos bens fundamentais à vida.

A construção do Projeto de Reforma Agrária Popular, assim, prevê a ruptura com as estruturas de opressão no campo brasileiro e a construção de novas relações humanas, sociais e de gênero, enfrentando a exploração de classe, o racismo, machismo e a LGBTfobia presentes em seus territórios e na sociedade como um todo. Busca assegurar e proteger os bens da natureza, produzir alimentos cultivando ambientes saudáveis (agroecologia), garantir o acesso à educação, ao crédito, à moradia, água, luz, esgotamento sanitário, etc., ao mesmo tempo em que tem como propósito construir formas autônomas de cooperação e solidariedade entre os trabalhadores que vivem no campo e na relação política com as massas urbanas.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os problemas de saúde, as práticas e o projeto político do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, no período de 1981 a 2014.

Objetivos Específicos

- a) Identificar, descrever e analisar os problemas de saúde e condições de vida das populações assentadas e acampadas do MST;
- b) Caracterizar as práticas de saúde promovidas e realizadas nos acampamentos e assentamentos do MST.
- c) Analisar as concepções de saúde que orientam as práticas e revelam o projeto do MST no campo da saúde;
- d) Identificar a posição ou visão de mundo do MST sobre o Sistema Único de Saúde;
- e) Analisar as bases conceituais do projeto político do MST para a saúde, apontando as convergências e distanciamentos com relação ao projeto da RSB.

4 ELEMENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 Resgatando a epidemiologia social

A escolha do referencial teórico que fundamenta a elaboração e análise dos problemas de saúde das populações assentadas e acampadas vinculadas ao MST, tomou como ponto de partida uma revisão das abordagens teóricas no âmbito da chamada Epidemiologia social latino-americana, que tratam de compreender o processo saúde-doença em uma perspectiva crítica. Nesse sentido, identificamos uma multiplicidade de correntes teóricas, que se distinguem por sua vinculação epistemológica a distintas teorias do social, a exemplo da contribuição de Laurell (1982; 1993); Laurell e Noriega (1989), Possas (1989), Samaja (1992; 1993; 2000), Paim (1997), Sabroza (2004), Castellanos (1990; 1997), Almeida Filho (2004) e outros.

Dentre tais abordagens, consideramos que a reflexão e a elaboração teórica desenvolvida por Jaime Breilh⁶ (1990; 2006; 2010; 2011; 2013; 2015; 2017; 2019), a partir da década de 70, oferece um conjunto de conceitos que constituem a perspectiva mais adequada para a análise da determinação social da saúde das populações vinculadas ao MST. Para este autor, a noção de **determinação social da saúde** se desenvolve enquanto crítica e ruptura com a epidemiologia clássica e seu multicausalismo linear, contra o paradigma empírico-funcionalista da epidemiologia ecológica e se coloca na interface do “materialismo crítico, da economia política e da ecologia política, em seu diálogo com uma versão crítica das ciências da saúde, o ambiente e a sociedade” (BREILH, 2013, p. 21). Nessa perspectiva,

Se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social (BREILH, 2013, p. 21).

A epidemiologia crítica defendida por Breilh se vincula às lutas dos povos pela superação de um modo de produção centrado na exploração de classe e na acumulação de riqueza, reconhecendo a incompatibilidade entre esse sistema social e os modos de viver

⁶ Médico, Mestre em Ciências e Medicina Social - Universidade Autônoma Metropolitana do México e Doutor em Epidemiologia – Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. Docente e Reitor da Universidade Andina Simón Bolívar (Equador), Fundador e Diretor Executivo do Centro de Estudos e Aconselhamento em Saúde (CEAS) e Presidente da Comissão de Inquérito do Sistema Nacional de Investigação Agrária (SIPAE). Um dos fundadores e mais importantes pensadores da epidemiologia social latino-americana, e autor de diversos artigos e livros, dentre eles *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade* (2006).

saudáveis. Desse modo, a concepção de determinação social da saúde constitui uma ferramenta teórico-metodológica que busca compreender a relação entre reprodução social (geral-particular-singular), modos de viver, adoecer e morrer na sociedade, focando-se, especialmente na análise da relação entre a ordem social capitalista e a saúde. Segundo o autor:

A unidade coerente da epidemiologia crítica é a concepção da realidade como um processo que se desenrola como um movimento organizado em torno de “modos de vida” ou de “reprodução social”, com suas contradições e relações; é a concepção dialética de que esses são modos de devir ou determinações das condições de vida e dos confrontos que vêm finalmente a ocorrer em nossos genótipos e fenótipos; é a projeção da ação na saúde como uma ruptura com os processos que destroem nossa saúde e nos impedem de nos emanciparmos (prevenção), e uma ruptura a favor dos processos que nos protegem e aperfeiçoam, tanto coletiva quanto individualmente (promoção) (BREILH, 2006, p. 83).

Assumindo esta perspectiva, tratamos de revisar a elaboração teórica desenvolvida por Breilh, constatando que ele dialogou com diversos autores latino-americanos como Juan Samaja (1992; 1993), Almeida Filho (1989, 2000; 2004), Cristina Laurell (et al, 1977; 1982), reconhecendo suas contribuições no campo da Saúde Coletiva para a elaboração de uma concepção de Saúde enquanto processo multidimensional, marcada por determinações, múltiplos movimentos e hierarquias que se desenvolvem no movimento da vida social, enquanto fenômeno da sociedade geral.

O autor trata, porém, de evidenciar suas diferenças na elaboração de seu pensamento e construção de uma teoria geral da saúde. Assim, toma como ponto de partida a reflexão sobre a categoria marxista “reprodução social”⁷ e analisa as relações entre este processo e a saúde, buscando superar a definição de saúde como “ausência de doenças”, medida indiretamente pela “presença” e quantificação de enfermidades em pessoas, reduzida ao plano individual e dos fenômenos empiricamente observáveis sob uma lógica unidimensional.

Desse modo, consideramos que “a saúde é, sempre e simultaneamente, o movimento de

⁷ “O processo capitalista de produção, considerado em seu conjunto ou como processo de reprodução, produz não apenas mercadorias, não apenas mais valor, mas produz e reproduz a própria relação capitalista: de um lado, o capitalista, do outro, o trabalhador” (MARX, 2017, p. 653). Portanto, a reprodução das relações sociais é a reprodução da dominação e do poder da classe capitalista. A reprodução ampliada do capital supõe a recriação ampliada da classe trabalhadora, do antagonismo de interesses que permeia as relações de classes, que se expressa nas lutas de classes (IAMAMOTO, 2014). Trata-se de um processo eminentemente político e social, em que a classe dominante – capitalista/burguesia – exerce seu poder no conjunto da sociedade, tendo o Estado como instrumento privilegiado de garantia de seus interesses. Nesse sentido, estamos falando da reprodução ampliada da riqueza e da pobreza, que se expressa na pauperização crescente da classe trabalhadora em relação à acumulação do capital. Essa relação de dominação e exploração determina a globalidade da vida da classe trabalhadora e se expressa nas condições de saúde, educação, habitação, renda, como também, na luta pela sobrevivência, na busca pela redução do processo de exploração.

gênese e reprodução possibilitado pelo concurso de processos individuais e coletivos, que se articulam e se determinam mutuamente” (BREILH, 2006, p. 45). A saúde é, portanto, multidimensional, sendo preciso reconhecer a complexidade do ‘objeto saúde’ em dimensões e ordens distintas, ou seja, enquanto o ser da saúde (dimensões ontológicas), como conceito (dimensões epistemológicas) e como campo de ação e suas formas de prática (dimensões práxicas). Trata-se de uma unidade dialética, “em cada uma dessas dimensões atuam ordens do movimento, e por último, em cada uma dessas ordens se dão contradições entre polos do referido movimento” (BREILH, 2006, p. 41). Como processo, a saúde

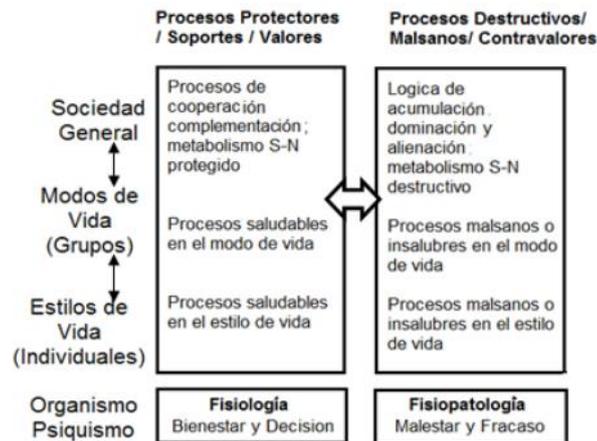
Se realiza na dimensão geral da sociedade, na dimensão particular dos grupos sociais e na dimensão singular dos indivíduos e seu cotidiano. No terreno da intervenção, também é possível trabalhar nas dimensões curativa, preventiva e de promoção. E, no que concerne ao epistemológico, a saúde pode ser vista pela perspectiva de diversas culturas (BREILH, 2006, p. 43).

Nessa perspectiva, Breilh propõe uma revisão da noção de “perfil epidemiológico”, categoria que “permite estudar as contradições determinantes do devir da saúde nas dimensões da sociedade em geral, os modos de vida particulares dos grupos situados em posições distintas da estrutura de poder, os estilos de vida pessoais e os processos contraditórios que se expressam nas pessoas” (BREILH, 2006, p. 32). Em suas palavras:

No centro de nossa ideia de perfil epidemiológico estava a categoria da “reprodução social”, que se refere ao movimento de produção e consumo que ocorre na base produtiva e que, ao se desenvolver, permite que continuem a ser construídas formas de consciência, de organização e de relação com a natureza que, por sua vez, contribuem para desenvolver e transformar, em uma determinada forma de práxis, a referida base produtiva. A categoria da reprodução social permite-nos estabelecer o movimento interdependente entre a dimensão econômica da vida e as dimensões da vida cultural, da vida organizacional política e da vida ecológica dos grupos (BREILH, 2006, p. 66).

Em síntese, para Breilh (2006), o raciocínio epidemiológico e a elaboração de um perfil epidemiológico devem considerar os determinantes estruturais ou a realidade completa da saúde; a saúde atual com suas relações determinantes e processos generativos (modos de vida das classes); e a saúde diretamente observável, os processos específicos, vista de imediato nos indivíduos em seus sintomas e sinais, tal como explicitado no modelo abaixo (Figura 1).

Figura 1 – Perfil Epidemiológico



Fonte: Breilh (2013, p. 23)

O nível da determinação **geral** constitui a totalidade social da estrutura econômica, das relações políticas (poder) e culturais dominantes. Segundo a visão marxista adotada pelo autor, a estrutura socioeconômica é elemento da lógica, que define a natureza das relações que se reproduzem em uma sociedade, o metabolismo Sociedade-Natureza. Se a lógica da sociedade é a acumulação de riqueza, se a reprodução social gira em torno da produção de mais-valia, da dominação e alienação, significa que há um sistema social de expropriação, de exclusão social, significa que uma classe social (no caso das sociedades capitalistas, a burguesia) se apropria dessa riqueza socialmente produzida pelas classes trabalhadoras. Esse processo de acumulação capitalista determina as formas de organizar as relações de poder político, e também a forma de desenvolver a cultura (BREILH, 2006).

Na análise da dimensão **particular**, relativa ao perfil epidemiológico, Breilh (2006) incorpora as perspectivas étnico-raciais e de gênero para explicar como a estrutura de poder de uma sociedade condiciona a distribuição social do acesso a bens e serviços dos quais depende a qualidade de vida dos diversos grupos. Assim, classe, raça e gênero não são processos desvinculados, mas compõem “a unidade de uma estrutura de poder, e que, embora impliquem formas diversas de concentração e dominação, conservam uma estreita inter-relação em seu movimento” (BREILH, 2006, p. 213). As *três estruturas de inequidades*⁸ possuem relativa

⁸ Para Breilh (2006), “a inequidade não se refere à injustiça na repartição e no acesso, mas no processo intrínseco que o gera. A inequidade alude ao caráter e ao modo de devir de uma sociedade que determinam a repartição e o acesso desiguais (desigualdade social) que são sua consequência (...). A inequidade é uma categoria analítica que dá conta da essência do problema, ao passo que a desigualdade é uma evidência empírica que se torna ostensiva nos conjuntos estatísticos, e para cuja compreensão adequada é preciso desvendar a inequidade que a produz. A desigualdade é uma injustiça, ou iniquidade (com i) no acesso, uma exclusão produzida com respeito à fruição,

autonomia, mas se inter-relacionam e compartilham da mesma lógica de acumulação, apropriação e concentração de poder. Portanto, a análise da determinação da reprodução social e da saúde impõe uma interpretação não hierárquica das categorias classe, raça e gênero, visando compreender o movimento interdependente e suas relações dialéticas como parte da estrutura de poder.

Nesse sentido, cabe introduzir em nosso referencial a contribuição de intelectuais latino-americanas e caribenhas, afrodescendentes, mestiças, não brancas, filiadas ao chamado “feminismo decolonial”, a exemplo de Angela Davis, Angela Figueiredo, bell hooks, Patrícia Hill Collins, Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento, Sueli Carneiro, María Lugones, Audre Lorde, dentre outras, que tem problematizado a não fragmentação das estruturas de opressão e poder.

Diante da invisibilidade das demandas das mulheres negras na luta pela igualdade de direitos, o feminismo negro cunha o conceito de “interseccionalidade”, inscrito no pensamento acadêmico pela jurista negra Kimberle Crenshaw (1991). Busca analisar as sociedades capitalistas, em particular a primeira fase do capitalismo global, marcado pelo processo de colonização, pela invasão do continente sul-americano pelos colonizadores europeus no final do século XV, evidenciando como as categorias raça e gênero são centrais para compreender o controle e a dominação das populações nativa e negros escravizados. O poder e o domínio do colonizador sobre os colonizados foram forjados num sistema de oposição e dicotomização entre metrópole-colônia, homem-mulher, brancos-não brancos, europeu-não europeu, humano-não humano, civilizado-bárbaro, superior-inferior, definindo os lugares das mulheres, índios, negros e negras escravizadas na sociedade colonial.

Assim, a estrutura de poder (classe, raça e gênero) atravessa as relações sociais dos países colonizados, determinando os modos de viver dos diferentes grupos sociais, já que os grupos sociais existem negociando relações de poder. A dimensão particular – os modos de viver dos grupos- constitui um profundo condicionante da saúde, já que estamos nos referindo ao modo de viver, trabalhar, ao modo de consumir, ao modo de organizar os suportes sociais e coletivos, ao modo de construir a identidade do grupo (classe para si) e, finalmente, as relações ecológicas e de qualidade ambiental que desfruta ou não cada grupo social.

E, finalmente, retomando o modelo analítico proposto por Breilh (2006), temos a dimensão **singular**, em que os indivíduos e suas famílias se desenvolvem como parte desse

uma disparidade na qualidade de vida, ao passo que a inequidade (com e) é a falta de equidade, ou seja, é a característica inerente a uma sociedade que impede o bem comum e instaura a inviabilidade de uma distribuição humana que outorgue a cada um conforme sua necessidade, e lhe permita contribuir plenamente conforme sua capacidade” (BREILH, 2006, p. 210-211).

grupo, esse grupo se desenvolve como parte da lógica geral da economia, da política e da cultura. A dimensão singular ou estilo de vida, implica a análise da jornada de trabalho pessoal, padrão familiar e pessoal de consumo (alimentação, descanso, moradia, acesso e qualidade dos serviços de saúde, lazer), concepções e valores pessoais, capacidade pessoal para organizar ações em defesa da saúde e itinerário ecológico pessoal (BREILH, 2010).

Dizemos que a saúde é um objeto multidimensional, é as três dimensões, não é só o que se expressa nos indivíduos, nem só o que sucede nos grupos sociais, nem o que sucede na sociedade, senão os três elementos juntos. A determinação social da saúde, portanto, vai e vem dialeticamente entre a lógica geral da reprodução social, os modos de vida dos grupos e estilos de vida pessoais e os fenômenos geno-fenotípicos. As formas de vir a ser que determinam a saúde desenvolvem-se mediante um conjunto de processos que “adquirem uma projeção distinta na saúde conforme os condicionamentos sociais de cada espaço e tempo” (BREILH, 2006, p. 203). Podem ser relações sociais (reprodução social) que se desenrolam na perspectiva da construção da equidade, manutenção e aperfeiçoamento ou podem tornar-se elementos de inequidade, privação e deterioração.

Essa relação dialética equidade/inequidade é determinante para a distribuição epidemiológica, tendo em vista que os indivíduos e os grupos sociais estão situados em posições distintas na estrutura de poder (classe/raça/gênero) que condiciona a distribuição social e o acesso aos bens e serviços dos quais depende a qualidade de vida. É na ordem do singular, do cotidiano dos indivíduos e suas famílias, que primam os processos fenotípicos básicos, as necessidades fisiológicas e psicológicas, e determinam os movimentos do consumo. Entretanto, o biológico está subsumido ao social, os estilos possíveis e desejáveis de vida, com suas preferências e de acordo com seus obstáculos, estão condicionados pelos modos típicos dos grupos, em espaços sociais concretos e por determinações sociais mais amplas.

A subsunção é um aspecto central da determinação social da saúde e ocorre a partir da dimensão individual, para o particular e para o geral. Implica um movimento dialético da realidade social em que os indivíduos incorporam/encarnam processos críticos protetores e destrutivos e podem, ao mesmo tempo, através da autonomia relativa de seus grupos (particular), subverter a ordem de subsunção e determinar condições de vida saudáveis com suas lutas, projetos e práticas em saúde que visem ampliar os processos protetores (promoção) e/ou combater os processos destrutivos (prevenção).

La base material y organizada de la subsunción o embodiment se entiende de la siguiente manera: es el ámbito de lo orgánico y de la vida psíquica, representados por los aspectos fisiológicos o fisiopatológicos según se hable

de procesos protectores o destructores respectivamente, se moviliza en dirección de la dimensión individual, esto es la dimensión de los estilos de vida, donde en el caso de procesos protectores, éstos se muestran como estilos de vida saludables y en el caso de procesos destructivos, éstos se presentan como estilos malsanos e insalubres; el movimiento migra hacia la dimensión particular donde lo protector se muestra como procesos saludables en el modo de vida y lo destructor como procesos malsanos o insalubres en el modo de vida; finalmente el movimiento de subsunción llega a la dimensión general donde los procesos protectores, se evidencian como el soporte de valores, de cooperación, complementación y del metabolismo saludable entre sociedad-naturaleza; los procesos destructivos en la dimensión general se muestran como una lógica de acumulación, dominación y alienación y la destrucción del metabolismo sociedad-naturaleza. Es importante anotar que este movimiento no se produce en una temporalidad lineal, no es el paso de lo individual a lo particular y general en secuencias, sino en simultaneidades y en interrelación con los contextos sociales e históricos (BREILH, 2017, p. 07).

Nesse sentido, os processos que se desenvolvem na sociedade e os modos de vida grupais podem ser protetores/benéficos/saudáveis à vida humana, mas também, e ao mesmo tempo, podem ser processos destrutivos/deteriorantes/insalubres à vida individual e coletiva. Os processos críticos – protetores e destrutivos – exercem grande importância na definição da vida dos indivíduos e nos modos de vida dos grupos, podendo provocar alterações de maior ou menor significação no desenvolvimento epidemiológico. “Os processos do viver transformam-se em destrutividade ou proteção, conforme as relações sociais que operam, em campos distintos, como o mais geral da sociedade em seu conjunto, o campo particular de seus grupos e o campo singular das pessoas em sua cotidianidade” (BREIHL, 2006, p. 67).

Em síntese, como exposto na figura abaixo (Figura 2), a determinação social da saúde se reproduz do geral ao particular, e a partir do particular ao geral. A ordem do capital exerce sua dinâmica restauradora (crise-restauração) para manter o modo de reprodução social, a ordem do geral, sua lógica econômica, política, cultural e sua forma de relacionar-se com a natureza, enquanto os grupos sociais, a partir da contribuição de seus indivíduos, exercem uma ação criativa e de resistência para sobreviver, conquistar direitos e atendimento de suas necessidades históricas e reproduzir/proteger seu modo de vida.

Em cada dimensão são produzidas condições e resultados que gradua o alcance dos 4 “S” da vida – Sustentabilidade, Soberania, Solidariedade, Saudável/biossegurança integral – dos perfis grupais e dos estilos de vida, e condições genofenotípicas das pessoas (BREILH, 2010; 2011). Em termos de projeto político e utopia social, tais processos implicam uma lógica de produção/reprodução social sustentável, fundamentada em uma concepção de vida plena, na defesa da soberania dos povos para decidir como participar do mundo comum e como construir uma sociedade solidária, baseada na construção consciente e equitativa do atendimento às

necessidades, em que todos possam trabalhar juntos para garantir direitos e responsabilidades e, por fim, uma vida saudável e segura, marcada pela primazia de processos e apoios protetores, coletivos, familiares e individuais que sustentam uma boa qualidade de vida biológica e psíquica. Como afirma Breilh, “no es posible forjar una sociedad soberanamente sustentable, sin una construcción social solidaria y que esas dos son precondiciones para una sociedad saludable” (BREILH, 2010, p. 18).

Figura 2 – Saúde: objeto multidimensional



Fonte: Breilh (2013, p. 35)

Nesse sentido, a epidemiologia social afirma a necessidade de ruptura com epistemologias, paradigmas explicativos e práticas hegemônicas, ruptura com a perspectiva da saúde pública e da epidemiologia pensadas enquanto objeto linear, reducionista, em apenas um plano empírico e essencialmente estático ou em equilíbrio; com a visão de um sujeito da saúde academicista, eurocentrado, unicultural e tecnocrático; e ruptura com uma prática funcionalista e acrítica. A epidemiologia crítica propõe a análise da saúde enquanto objeto-sujeito-prática a partir de epistemologias-paradigmas-práxis emancipadoras, com objetivos estratégicos, pensamento crítico e projeto de democratização radical, de justiça social e vinculado a um modelo de desenvolvimento humano e social. Para Breilh (2006), faz-se necessário “concretizar uma aliança entre os integrantes de um bloco social emancipador em prol da contra-hegemonia e da construção de um poder simbólico alternativo” (BREILH, 2006, p. 283).

Por fim, é importante destacar que além de adotar essa perspectiva teórica para a análise das contradições determinantes do devir da saúde das populações vinculadas ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, tratamos de elucidar a própria compreensão e explicação dos

sujeitos que compõem o MST acerca dessas determinações, ou seja, buscamos identificar as ideias e explicações do MST sobre o fenômeno social da saúde/doença, enquanto sujeito social que pensa o objeto da saúde, bem como produz ações concretas em seus territórios. Tratamos assim, de elucidar a compreensão dos sujeitos que compõem o MST acerca dessas determinações, expressas no projeto político do movimento com relação à saúde, na visão acerca da luta pelo Direito à saúde e em defesa do SUS, e, particularmente, nas práticas de saúde desenvolvidas nos acampamentos e assentamentos. Opção também coerente com nossa filiação à perspectiva teórica, ética e política de Jaime Breilh (2006), de desenvolvimento de uma epidemiologia crítica, comprometida com a construção de uma sociedade livre, emancipada e multicultural, que reconhece e incorpora os saberes, modos de viver e lutas de diversos grupos sociais.

4.2 Estratégia do estudo: percurso, procedimentos e técnicas

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e qualitativa, buscando sistematizar, descrever e analisar os principais problemas de saúde das populações acampadas e assentadas, as concepções e práticas de saúde construídas pelo MST entre 1981 e 2014, portanto, uma análise do projeto político deste movimento no que tange à saúde e à RSB. A delimitação desse período se deu em decorrência do ano de publicação dos documentos oficiais produzidos pelo Movimento, sendo o primeiro boletim publicado em maio de 1981 e o último jornal em agosto de 2014.

Nesse sentido, a produção de dados foi realizada através da análise documental (Quadro 2), utilizando como fontes de informação: exemplares (35) do Boletim Informativo da Campanha de Solidariedade aos Agricultores Sem Terra; exemplares (291) do Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra; o Programa Agrário do MST; cadernos (5) produzidos pelo Setor Nacional de Saúde; Livro/Relatório de Pesquisa sobre a Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária; Livros Conflitos no Campo Brasil publicados pela Comissão Pastoral da Terra – CPT.

Quadro 1 – Lista de documentos analisados

Tipo de Documento	Número de Exemplares	Ano de Publicação	Autoria	Categorias de Análise
Boletim Informativo da Campanha de Solidariedade aos Agricultores Sem Terra	35	1981-1984	MST	Problemas de Saúde; Concepções e Práticas de saúde; Projeto no campo da saúde.
Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	291	1984-2014	MST	Problemas de Saúde; Concepções e Práticas de saúde; Projeto no campo da saúde.
Livros Conflitos no Campo Brasil	31	1985-2014	Comissão Pastoral da Terra	Dados sobre número de conflitos por terra, pessoas envolvidas e assassinatos.
Cartilhas publicadas pelo Setor de Saúde do MST	5	1999-2000	Setor de Saúde do MST	Concepção e Práticas de Saúde; Projeto no campo da saúde.
Livro/Relatório de Pesquisa sobre a Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária	1	2001	Setor de Saúde do MST; Universidade de Brasília; Ministério da Saúde	Problemas e Práticas de saúde.
Cartilha Programa Agrário do MST	1	2013	MST	Posição e propostas do MST sobre a Saúde.

Fonte: Elaboração própria

Após a leitura integral de cada exemplar, buscou-se extrair dos documentos do MST os trechos que se referiam especificamente ao tema *Saúde*. O processo de organização e categorização destas informações foi realizado através de um quadro (Apêndice A) com os seguintes elementos: tipo de documento; número; referência completa; dados/informações sobre a saúde.

A revisão documental, em seguida, contemplou dois eixos estruturais: a) identificação, classificação e análise dos problemas de saúde e de acesso ao sistema oficial de saúde das populações assentadas e acampadas do MST; b) análise do projeto político do movimento, com ênfase na identificação da concepção acerca da saúde, que fundamenta o conjunto de ações e práticas de saúde desenvolvidas junto às populações assentadas e acampadas.

Quanto ao primeiro eixo, buscamos sistematizar, a partir dos boletins e jornais produzidos pelo MST, um perfil epidemiológico das populações acampadas e assentadas,

evidenciando relações sociais que funcionam nos campos do geral da sociedade, do particular desses grupos e no singular dos indivíduos e suas famílias que determinam processos protetores e destrutivos que participam da definição da forma de devir da saúde dessas populações. A análise deste material implicou na identificação e classificação dos principais registros/problemas de saúde relatados pelo MST, em duas categorias/dimensões: a) problemas de saúde da população por região do país e grupo populacional; b) problemas relativos ao acesso aos serviços de saúde por região do país, os quais foram registrados e analisados através do programa Excel versão 2019, produzindo um conjunto de tabelas e gráficos que expressam o número de registros, a frequência e distribuição dos problemas ao longo do período analisado. A sistematização e descrição do conjunto de informações relativas a cada categoria segue a periodização definida, tratando-se de identificar mudanças e continuidades ocorridas ao longo do tempo, em função das mudanças conjunturais, sejam do ponto de vista econômico, seja político e/ou cultural.

Quanto ao segundo eixo, buscamos identificar e sistematizar a partir dos boletins, jornais, cadernos produzidos pelo setor de saúde e o programa de reforma agrária popular, informações sobre a luta do MST na garantia do direito à saúde de suas populações, tratando de evidenciar suas ações/práticas e concepções de saúde. Buscou-se analisar o conteúdo dos documentos produzidos com a finalidade de identificar o projeto político do movimento na área da saúde, com ênfase na identificação da concepção de saúde que fundamenta o conjunto de ações e práticas de saúde desenvolvidas junto às populações assentadas e a acampadas, e a posição ou visão de mundo sobre o direito à saúde e o SUS, apontando as convergências e distanciamentos com relação ao projeto da RSB.

No processo de análise documental emergiu a necessidade de se periodizar a caracterização dos problemas identificados, o que permitiu a identificação de três momentos distintos, que compuseram uma “linha do tempo” recortada da seguinte maneira: a) de 1981 a 1992; b) de 1993 a 2002; c) de 2003 a 2014. Tais períodos correspondem a momentos distintos do ponto de vista da conjuntura, dos governos e das políticas econômicas e sociais adotadas pelo Estado brasileiro, que impactaram direta ou indiretamente nas condições de vida e saúde desta população, bem como as respostas do movimento a estes problemas e suas determinações.

A organização final das informações processadas contemplou, assim, a descrição e análise dos problemas de saúde identificados em cada um dos momentos em que periodizamos a trajetória do MST, a análise qualitativa das condições de vida e saúde das populações assentadas e acampadas, as ações de saúde realizadas nos acampamentos e assentamentos, e, as bases conceituais e propostas políticas que caracterizam o projeto do MST para a saúde.

Para isso, utilizamos uma Matriz de dados, na qual foram inseridas e classificadas as informações extraídas dos boletins e jornais, levando em conta as seguintes categorias de análise: a) Problemas de saúde e condições de vida das populações assentadas e acampadas por região do país e ciclo de vida (Apêndice B); b) Problemas relativos ao acesso aos serviços oficiais de saúde por região do país (Apêndice C); c) Ações/práticas de saúde desenvolvidas pelo MST nos acampamentos e assentamentos (Apêndice D); d) Projeto político do movimento na área da saúde, com ênfase na identificação da concepção de saúde que fundamenta o conjunto de ações e práticas de saúde desenvolvidas junto às populações assentadas e acampadas, e a posição ou visão de mundo sobre o direito à saúde e o SUS, apontando as convergências e distanciamentos com relação ao projeto da RSB.

Cabe registrar que a leitura e análise desses documentos impuseram alguns desafios, tendo em vista a qualidade dos arquivos e volume de informações. O primeiro exemplar foi publicado como Boletim Informativo da Campanha de Solidariedade aos Agricultores Sem Terra, em 1981, tornando-se Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra na edição nº 34, em julho de 1984. Muitos estão datilografados e foram escaneados, o que por vezes comprometeu a qualidade da reprodução, dificultando a leitura em muitos trechos. Todos os exemplares estão em PDF e com dispositivo de segurança, exigindo a leitura integral e a digitação dos dados encontrados, cuja análise gerou as informações que estão sistematizadas no próximo item, dos resultados.

Para o MST, a função do Jornal Sem Terra “é ser um veículo de informação e formação dos trabalhadores rurais”. Nesse sentido, “busca atender duas necessidades: divulgar à sociedade as lutas, avanços e conquistas dos trabalhadores rurais e levar ao conhecimento dos Sem Terra as lutas que ocorrem em todo país” (JST⁹, nº 312, 2011, p. 11). Assim, o Jornal cumpre um papel pedagógico, de formação e organização das bases do movimento (JST, nº 106, 1991; JST, nº 312, 2011), sendo possível encontrar matérias que revelam as lutas, articulações e conquistas do MST em todas as regiões do país, mas, também, posições e orientações da direção nacional (editorial), análises de conjuntura, sessão de estudos e cobertura das lutas de classes no mundo. Os jornais e boletins foram produzidos no período 1981 a 2014, e publicados na Hemeroteca Luta pela Terra, no site <www.mst.org.br>.

Também é importante ressaltar que a apresentação das informações extraídas dos documentos foi ilustrada com recortes de jornais, cadernos e textos do próprio movimento, expressão da inclusão dos temas relativos à saúde no âmbito dos veículos utilizados no trabalho

⁹ Para fins estilísticos, em citações diretas e indiretas abreviaremos “Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra” como “JST”.

intenso de comunicação social desenvolvido pelo MST ao longo deste período.

Assim, além da elaboração do texto escrito, incluímos a apresentação de imagens, coletadas dos boletins/jornais e outros materiais visuais produzidos pelo MST ao longo de sua trajetória, como forma de ilustrar, tanto a identificação dos problemas de saúde feita por lideranças e militantes do movimento, quanto o registro de ações realizadas para o enfrentamento destes problemas, seja no âmbito das lutas políticas encetadas ao nível nacional, seja no âmbito de iniciativas localizadas desenvolvidas por grupos populacionais de assentamentos e acampamentos específicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exposição dos resultados está organizada na seguinte ordem: problemas de saúde e condições de vida das populações assentadas e acampadas nos diversos momentos em que recortamos o período estudado; problemas relativos ao acesso aos serviços oficiais de saúde; ações/práticas de saúde desenvolvidas pelo MST; bases conceituais do projeto do MST para a saúde, que inclui a análise das concepções de saúde e posição do movimento com relação ao SUS.

5.1 Problemas de saúde e condições de vida das populações assentadas e acampadas

A apresentação dos dados e informações sobre os problemas de saúde e condições de vida das populações assentadas e acampadas, segue a lógica de uma “tipologia de problemas de saúde” descritos em diversos momentos do período estudado. Desse modo, tratamos de descrever a permanência e/ou mudança dos problemas enfrentados pela população do MST ao longo da história do movimento (1981-2014), buscando, na medida do possível, evidenciar as possíveis diferenças decorrentes do espaço geográfico e político onde tais populações estão assentadas e acampadas.

A sistematização dos problemas de saúde das populações assentadas e acampadas apontados pelo MST foi feita levando-se em conta três momentos, definidos em função das mudanças observadas no quadro nosológico apontado nos boletins e jornais analisados. Tratamos de elucidar quatro dimensões fundamentais: quem (indivíduos/grupos acometidos), o que (problema), quando (tempo), onde (espaço geográfico e político dos acampamentos por regiões do país). Nesse sentido, conforme Tabela 1, buscamos sistematizar os principais problemas de saúde narrados pelo próprio movimento, a partir dos registros identificados nos boletins e jornais do MST.

Cabe ressaltar a heterogeneidade desses dados, que não apresentam uma frequência uniforme dos registros entre as regiões do país e por grupos populacionais. Os boletins e jornais analisados também relatam ocorrência de processos de adoecimento sem especificar o sintoma ou tipo de doença, o que limita a classificação da informação. Entretanto, os dados permitem um panorama geral dos principais problemas de saúde que estão presentes nos territórios de assentamentos e acampamentos vinculados ao MST, bem como a descrição das estruturas, dinâmicas sociais e processos críticos que explicam tal distribuição.

Como revela a tabela abaixo, os principais problemas de saúde enfrentados pela

população dos assentamentos e acampamentos do MST dizem respeito à desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias, traumas por violência, intoxicação por agrotóxicos e outros, que serão apresentados e discutidos nos itens a seguir.

Tabela 1 – Distribuição dos problemas relacionados à saúde por período e região do Brasil

	1981 a 1992						1993 a 2002						2003 a 2014									
	CENTRO-OESTE		NORTE		SUL		CENTRO-OESTE		NORDESTE		NORTE		SUL		CENTRO-OESTE		NORDESTE		SUL		SUDESTE	
	n = 716		n = 18		n = 18		n = 47		n = 50		n = 513		n = 14		n = 1		n = 4		n = 10		n = 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GRUPO																						
Criança	658	91,9	8	44,4	13	72,2	1	2,1	2	4	501	97,7	6	42,9	-	-	-	-	2	20	3	75
Geral	58	8,1	10	55,6	5	27,8	46	97,9	48	96	12	2,3	8	57,1	1	100	4	100	8	80	1	25
PROBLEMA DE SAÚDE																						
Desnutrição	694	96,9	-	-	7	38,9	-	-	2	4	-	-	5	35,7	-	-	-	-	1	10	-	-
Doenças Infecciosas e Parasitárias	19	2,7	18	100	-	-	5	10,6	1	2	1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doenças Respiratórias e pulmonares	-	-	-	-	5	27,8	-	-	-	-	-	-	1	7,1	-	-	2	50	-	-	1	25
Traumas por violência	-	-	-	-	3	16,7	31	66,0	41	82	9	1,8	4	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicação por Agrotóxico	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	7,1	1	100	2	50	8	80	3	75
Diarreia	2	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	501	97,7	3	21,4	-	-	-	-	1	10	-	-
Outros*	1	0,1	-	-	3	16,7	11	23,4	5	10	2	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Aborto, problemas oftalmológicos, transtornos mentais, neoplasia, etc.

Fonte: Boletins e Jornais do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1981-2014)

a) Período 1981-1992

Ao analisarmos a ocorrência dos problemas de saúde por região nesse período, observamos uma concentração dos casos de desnutrição nas regiões centro-oeste (96,8%) e Sul (39%), e de doenças infecciosas e parasitárias (100%) na região Norte do país. Ao estratificarmos por grupos, identificamos que a população infantil é a mais suscetível aos problemas e danos de saúde, respondendo pelo maior número de casos de adoecimento nas regiões Centro-Oeste (92%) e Sul (72,3%). No Norte do país, esse grupo concentra 44,5% dos casos relatados pelo MST, a maioria deles por diagnóstico de malária.

Diante da realidade de desnutrição ou subnutrição das populações acampadas e assentadas, pela falta de terra para plantar e da insegurança alimentar, encontramos notícias, nos boletins e jornais, de saques a estabelecimentos comerciais (Figura 3) realizados pelos trabalhadores rurais: “cerca de 100 famílias dos Sem Terra, desesperadas com a miséria e a fome, expropriaram, no dia 07 de março, o supermercado Apolo, no município de Carira” (SEM TERRA..., 1988, p. 07). No Piauí, “200 trabalhadores do município de Simões saquearam alimentos de um depósito” (ACAMPADOS..., 1992, p. 04).

Figura 3 – Trabalhadores Sem Terra realizam saques em supermercados



Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 71, 1988, p. 06)

Quanto aos problemas de saúde relacionados aos traumas por violência, apenas a região Sul (16,6%) registrou casos, porém considerado baixo diante da violência e dos conflitos no campo brasileiro que marcam o período. Estes números podem estar subestimados, uma vez que o MST descreve e noticia diversos casos de despejos marcados pela violência e truculência policial e milícias do campo contra crianças, pessoas idosas, homens e mulheres, entretanto, sem precisar os tipos de traumas ocasionados por tais ações e o número de mortes. Conforme

tabela abaixo (Tabela 2), a Comissão Pastoral da Terra¹⁰ registrou 4.118 conflitos por terra no Brasil, entre 1985 e 1992. Segundo dados publicados pela entidade, esses conflitos envolveram 2.851.316 pessoas de todas as regiões do país e foi responsável por 647 assassinatos no período, o que expressa a problemática da violência no campo brasileiro, seu significativo impacto na área da saúde e possíveis agravos à saúde dessa população. Cabe ressaltar que esses números não incluem os conflitos e mortes por outros tipos de conflitos identificados no campo brasileiro, tais como conflito por água, áreas de garimpo, relações de trabalho, etc.

Tabela 2 – Conflitos por terra, pessoas envolvidas e assassinatos entre 1985 e 1992

Ano	Conflitos por terra	Assassinatos	Pessoas Envolvidas
1985	636	125	405.456
1986	634	105	594.448
1987	582	109	667.177
1988	621	93	403.733
1989	500	56	192.533
1990	401	75	191.550
1991	383	49	242.196
1992	361	35	154.223
Total	4.118	647	2.851.316

Fonte: Comissão Pastoral da Terra – CPT

Como revelado em diversos trechos dos jornais, o MST narra a precariedade da vida no campo, marcada pelo autoritarismo e pela violência, pela ausência de bens e serviços necessários à vida e à saúde. A reprodução social dos trabalhadores do campo está determinada pelo latifúndio concentrador de terras e pela luta cotidiana dos trabalhadores rurais e suas famílias. As lutas de classes no campo brasileiro se expressam nos fenótipos dos trabalhadores e trabalhadoras, sejam por traumas ou por desnutrição, como revela este trecho: “em Bagé há fome entre os acampados. Cinco crianças morreram. Em um ano e meio 24 pessoas foram vitimadas por essa tragédia, e um lavrador está paraplégico por uma bala na cabeça atirada por um soldado” (OS ACONTECIMENTOS..., 1991, p. 09).

¹⁰ A CPT foi criada em 1975, vinculada à Igreja Católica e comprometida com as lutas e causas dos trabalhadores e trabalhadoras do campo. Diante da profunda violência no campo brasileiro, desde 1985 a entidade pública anualmente o livro Conflitos no Campo Brasil, com registros dos conflitos por terra, número de assassinatos, ameaças de morte, prisões, dados sobre o trabalho análogo à escravidão, conflitos pela seca e pelo uso da água (CPT, s/d).

Conforme expressa o trecho acima, os jornais revelam que a polícia, o judiciário e o exército, articulados com o latifúndio e pistoleiros locais, atuam reprimindo os trabalhadores, queimam os barracos de lona e as pequenas produções, soltam o gado em áreas de produção para subsistência, proíbem a entrada de alimentos e remédios, agridem crianças e mulheres grávidas, torturam, prendem e matam os trabalhadores e trabalhadoras rurais, principalmente as lideranças locais, determinando as formas de viver, adoecer e morrer nesses territórios.

O Sul do país concentra todos os casos de doenças respiratórias (27,8%). Para o MST, “com a chegada das chuvas e do frio, aumenta o número de doenças, principalmente infecções pulmonares, agravando ainda mais, o sofrimento daquela gente” (BOLETIM SEM TERRA, nº 02, 1981, p. 02). Os documentos relatam casos de bronquite, asma, etc, e “o frio, a falta de água e a umidade das barracas foi apontado como motivo para o crescente adoecimento das crianças e adultos que frequentemente estavam sendo internados” (PROTESTO..., 1981, p. 05).

Essa é a região do país que também concentra os problemas de saúde sistematizados na categoria outros (16,6%), agregando os problemas oftalmológicos em decorrência da poeira das estradas, e os transtornos mentais causados pelo trabalho extenuante do corte da cana e em condição análoga à escravidão.

Quanto ao trabalho e a saúde no campo, a ausência de uma política de reforma agrária, que garanta terra para viver e produzir, muitos trabalhadores e trabalhadoras rurais (boia-fria, meeiros, arrendatários) são obrigados a trabalhar em fazendas vizinhas e municípios da região. Submetidos às longas jornadas de trabalho, em situação análoga à escravidão, apresentam problemas de saúde mental (desordens mentais) em decorrência das condições e tipo de trabalho realizado, como relata essa matéria (Figura 4) sobre o trabalho na usina de açúcar no Sul do país:

Os peões que trabalham das cinco da manhã às cinco da tarde, comem três refeições: um almoço com arroz, feijão e carne seca e dois lanches de café e pãozinho. Muitos deles acabam doentes por causa do trabalho. O mais comum é o escurecimento da vista, mas existem muitos casos de loucura (FAZENDAS..., 1984, p. 06).

Figura 4 – Problemas de saúde em decorrência do trabalho escravo nas usinas de açúcar

SANTA CATARINA

Na edição anterior, o SEM TERRA denunciou como a Usina de Açúcar Tijucas (USATI) explora os cortadores de cana. Mas talvez a situação dos peões que fazem o roçado nas fazendas da USATI seja ainda pior. São 150 homens, em sua maioria trazidos do Paraná, que trabalham nas quatro fazendas da usina, nos municípios de Biguaçu, Tijucas, Canelinha e São João Batista, em condições de verdadeira escravidão, dormindo em barracos de lona e recebendo a metade de um salário mínimo.

FAZENDAS DA USATI

Peões escravos

A exploração nas fazendas da USATI já começa na forma como os trabalhadores são levados às fazendas. O esquema é muito bem articulado entre os fazendeiros e envolve donos de hotéis, policiais e os chamados "gatos", responsáveis pelo recolhimento dos trabalhadores. Os donos de hotéis ou pensões entram em contato com bóias-frias, desempregados ou lavradores sem terra que perambulam pelas cidades, oferecendo cama, comida e emprego. Ou então, a polícia recolhe estes trabalhadores e os encaminha aos hotéis.

Quando completar o número de 20 ou 30 "hóspedes", o hotelero entra em contato com o "gato" e este vai buscar os trabalhadores de ônibus ou caminhão. "Seguramente, uns 20 mil homens vivem nas mãos destes gatos", diz um trabalhador goiano que há 32 anos anda de fazenda em fazenda. Em Londrina o principal ponto de recrutamento de peões é a pensão Alto Paraná.

NEGÓCIO RENDOSO

O "gato" que fornece peões à USATI chama-se Fermino Goulart, de 40 anos. Há 12 anos ele faz este serviço e já conseguiu acumular alguns bens, como carro, caminhão e uma casa nova, no município de Areial. Ele busca os peões oferecendo mundos e fundos: comida farta, moradia boa, serviço leve, pagamento em dia e outras vantagens.

As promessas se desmancham já na viagem. Os peões são jogados em cima de um caminhão que possui uma lona para proteger da chuva ou para a Polícia Rodoviária não perceber a carga. Para enfrentar a longa viagem, o "gato" dá um garrafão de pinga aos trabalhadores. Assim a viagem é feita em total estado de embriaguez.

O pior é quando chegam na fazenda. Em vez de casas boas, encontram barracos de lona e folhas de palmeira, levantadas por paus e bambus. Cada barraco de 10 metros quadrados abriga uma dezena de trabalhadores. O chão é de terra fofa, juntando umidade. As camas são colchões de crina esticados sobre madeira roliça.

SALÁRIO DE FOME

É o "gato" que determina como o trabalhador vai receber seu salário. Alguns ganham três mil cruzeiros por dia. Outros recebem por hectare roçado. O pagamento por hectare varia entre 12 mil e 24 mil cruzeiros, mas dificilmente um peão consegue ganhar



Alguns trabalhadores sofrem escurecimento da visão...

mais de 100 mil por mês. Além disso, eles acabam gastando o dinheiro no boteco da fazenda, que vende fumo de corda, cachaca e botas de borracha para o trabalho.

As refeições, ao contrário do que prometia Fermino Goulart, são pobres. Os peões, que trabalham das cinco da manhã às cinco da tarde, comem três refeições: um almoço com arroz, feijão e carne seca e dois lanches de café e pãozinho. Muitos deles acabam doentes por causa do trabalho. O mais comum é o escurecimento da vista, mas existem muitos casos de loucura. Quando o trabalhador fica muito doente, é

simplesmente abandonado pelo "gato".

"AMOR AOS PEÕES"

Fermino Goulart defende-se, afirmando que faz este tipo de serviço "por amor aos peões". Ele orgulha-se de conseguir trabalho para lavradores desempregados, mas reconhece que na fazenda não existe emprego, mas sim subemprego. Ele diz que várias vezes pediu para que a USATI construísse alojamentos melhores. No entanto, faz questão de não colocar nenhuma culpa na empresa. Afinal de contas, é a USATI que lhe paga para escravizar os peões.



... por causa do trabalho duro. Outros ficam loucos

Assim como os homens, os jornais também revelam que as crianças e mulheres estão submetidas ao trabalho escravo, expressão da sujeição e exploração dos trabalhadores, em decorrência da falta de terra para viver e produzir.

As crianças menores estão sem escola e envolvidas no trabalho. Mulheres grávidas estão descascando acácia. Não há recolhimento de FGTS e o pagamento do salário é feito através de mercadoria. Os trabalhadores moram em barracos sem divisórias em dimensões de 15m², sem luz, água, instalações sanitárias. Não há transporte para locomoção dos trabalhadores que impediu que a maioria votasse nas últimas eleições. Nos acampamentos a comitiva constatou ainda ausência de escola, posto médico e, inclusive, pessoas sendo trocadas, como mercadoria, entre os empreiteiros (DEPUTADOS..., 1991, p. 04).

No tocante à saúde da mulher, os registros não são significativos, mas refere-se aos casos de malária na região Centro-Oeste e Norte e, na região Sul do país, aos traumas por violência e abortamento. No Sul, identificamos, ainda, relatos de mortalidade materna em decorrência do parto e casos de queimaduras e ferimentos causados pela violência gerada pelos conflitos no campo. Constatamos a ausência de informações sobre a situação de saúde das trabalhadoras e trabalhadores idosos nesses territórios, o que pode expressar uma invisibilidade desse grupo populacional.

Faz-se necessário elucidar que as informações sobre o período (1981-1992) estão concentradas na região Centro-Oeste, o que pode ser explicado pelo desenvolvimento de projetos de colonização realizados pelos governos militares na região amazônica, gerando grande mobilidade dos trabalhadores rurais para os estados localizados nesse território. Entretanto, apesar da escassez de informações referentes à situação de saúde das populações assentadas e acampadas em territórios das regiões Norte e Sul e a ausência de registros nas regiões Nordeste e Sudeste, os documentos revelam muita similaridade acerca das condições de vida da população em geral e da vulnerabilidade das crianças nesses territórios.

Considerando os diversos trechos dos boletins e jornais, alguns aqui elencados, o MST descreve a reprodução social da vida no campo, marcada por profunda precariedade (Figura 5), narrando e explicando a ocorrência e distribuição dos problemas de saúde como efeito da determinação da estrutura capitalista e fundiária brasileira. Assim, descreve o adoecimento de suas populações sempre associando-o à concentração da terra; insegurança alimentar; às condições das barracas (armação de bambu, maioria de plástico, algumas de lona e muitas de capim); ao acesso restrito à água, através de poços contaminados e distantes ou armazenamento da água da chuva; fogões e camas improvisadas; ausência de transporte público; esgotamento

sanitário; exposição ao frio, calor e umidade; ausência de crédito, financiamento rural e assistência técnica para produzir e se manter no campo.

Figura 5 – Precárias condições de vida e saúde em assentamento do MST

MATO GROSSO DO SUL

Em Nioaque, para onde foram transferidas parte das famílias expulsas de Ivinhema, o descaso do governo estadual gerou uma situação de calamidade de pública no acampamento que abriga quase três mil pessoas. Em Três Lagoas, 35 famílias foram expulsas da terra por um fazendeiro e estão acamadas às margens de uma rodovia. O governo já anunciou que não tomará nenhuma providência. Não ajuda, reprime e agora investiga a organização dos trabalhadores sem terra através da secretaria de Segurança. "Não podemos esperar outra coisa de um governo que não cumpriu as promessas de solucionar a questão da terra no estado. Mesmo sendo um governo de oposição, está ao lado dos latifundiários", concluiu a Comissão Estadual dos Sem Terra, reunida no final de outubro, em Fátima do Sul.

NIOAQUE

Doença e fome no reassentamento

"Situação de calamidade pública". Assim o médico Vinicius Braga Martins da Costa, da secretaria de Saúde, definiu os problemas enfrentados pelos trabalhadores sem terra reassentados na Gleba Padroeira do Brasil, no município de Nioaque. Os dois mil e 500 hectares foram comprados pelo governo do Mato Grosso do Sul para colocar as 476 famílias que participaram da ocupação de Ivinhema, em março, foram expulsas e ultimamente estavam na Vila São Pedro, em Dourados. Segundo o médico, os sem terra foram atingidos por diarreia, sarampo, catapora, conjuntivite e suspeita de malária. O pior de tudo é a falta de higiene, porque a água é pouca para as famílias reassentadas, e a fome que agravam as doenças, aumentando os problemas. "Falta saneamento, alimentação e outras coisas básicas que deveriam ser prioridade de qualquer governo", diz o dr. Vinicius, que está atendendo aos doentes de forma precária, pela falta de equipamentos médicos, de laboratório e de enfermeiros. Como se não bastasse isso, a Secretaria da Agricultura está reservando as duas melhores glebas para a implantação de uma capatazia e para a criação de cabras e plantação de hortaliças, denunciaram os lavradores. Os lotes um e 12, conforme as denúncias, justament

te os de melhores terras, não foram incluídos entre as 29 glebas sorteadas no dia 11 de outubro.

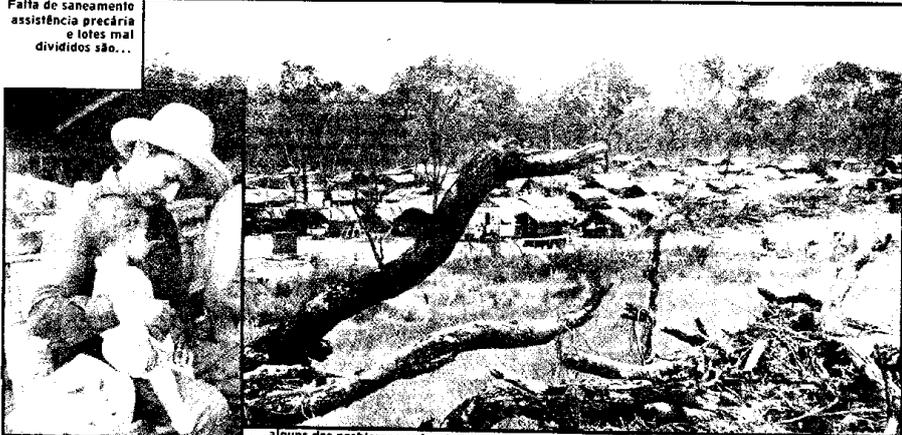
NÃO RECONHECE REPRESENTAÇÃO

Os sem terra também reclamam da forma que os lotes foram divididos. Alguns ficaram com terras completamente improdutivas. Por isso, eles querem uma mudança na divisão da terra. Além de tudo isso, o governo estadual está marginalizando a comissão representativa eleita na Vila São Pedro.

O próprio secretário da Agricultura João da Câmara, apesar de reconhecer o bom trabalho realizado pela comissão, faz questão de dizer que atualmente ela não serve como um canal de negociação com as famílias assentadas. "Prefiro tratar com as famílias", diz ele.

Por tudo isso, os posseiros divulgaram uma Carta Aberta à População, reclamando da "insegurança em relação aos compromissos assumidos pelo governo. A terra não é suficiente e, em parte, não é agricultável", diz a nota. "Por isso, nossa luta continua". Os lavradores dizem ainda que "a desnutrição esta se agravando, principalmente nas crianças, e o tratamento medico é desorganizado e insuficiente". E no final pedem apoio à população.

Falta de saneamento, assistência precária e lotes mal divididos são...



... alguns dos problemas enfrentados na Gleba Padroeira do Brasil

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 40, 1984, p. 05)

b) Período 1993-2002

Semelhante ao período anterior, observa-se que os casos de desnutrição se mantêm acentuados na região Sul (35,7%), assim como a permanência de doenças infecciosas e parasitárias na região Centro-Oeste (10,6%). Evidencia-se ainda um aumento dos registros de traumas por violência na região Sul (28,6%), quando comparado ao período anterior, identificado como principal problema de saúde nas regiões Centro-Oeste (66%) e Nordeste (82%) nesse período. A diarreia (97,7) aparece como principal problema de saúde na região

Norte, concentrando todos os casos na população infantil. Assim como no período anterior, não foram identificados registros de problemas de saúde na região sudeste. Verifica-se também um acréscimo nos casos relacionados a categoria “outros problemas de saúde”, chegando a constituir 23,4% na região Centro-oeste, 10% no Nordeste e 0,4% no Norte do país, não sendo identificados casos na região Sul.

Constata-se que, na região Centro-Oeste, esse acréscimo de casos se deu em decorrência de sofrimento psíquico (estado de choque emocional e tensão) causados pela ameaça policial dentro dos acampamentos. O MST relata que “as famílias Sem Terras estavam sendo submetidas a um imenso clima de tensão, com policiais cercando e inclusive tentando invadir o acampamento. Por conta destas intimidações, 11 mulheres foram internadas em estado de choque” (SEM TERRAS..., 1994, p. 10). No Nordeste, o percentual de 10% refere-se a acidentes laborais, problemas oftalmológicos, ginecológicos e aborto, e todos os registros estão identificados entre as mulheres. Nesse grupo, “outros”, ainda é possível encontrar casos de câncer na região Norte do país e HIV/SIDA no Nordeste.

Pela primeira vez foram identificados casos de intoxicação por agrotóxicos, presentes nas regiões Sul (7,1) e Nordeste (2%), em decorrência do uso de inseticidas e herbicidas, como revelam informações acerca da ocorrência desses casos no Paraná e em Pernambuco:

Muitos acampados foram atacados de vômitos e diarreias ao utilizarem a água das fontes que existem perto do acampamento. Funcionários da Secretaria de Saúde estiveram no local e constataram que a água está envenenada pelo inseticida que o fazendeiro utilizava para matar o mato e preservar o pasto da fazenda. Impossibilitados de utilizar a água das fontes, cada grupo de barracos está construindo um poço para atender as famílias (A LUTA..., 1994, p. 08).

Os assalariados rurais que ainda têm emprego vivem em péssima situação recebendo baixíssimos salários e enfrentam graves problemas decorrentes do uso de herbicidas, geralmente proibidos em seus países de origem, para a limpeza antes da capina. Estes produtos causam intoxicação e estão relacionados com problemas de crescimento crianças (AVANÇAR..., 1997, p. 05).

Quando comparado ao período anterior, observa-se uma mudança na distribuição dos casos de adoecimento entre os grupos, sendo identificada uma inversão dos registros entre os grupos populacionais na região Centro-Oeste, Norte e Sul. Nesse período, o Centro-Oeste concentra 97,9% dos registros na população geral, assim como o Sul (57%), enquanto o Norte na população infantil (97,7%). A região Nordeste, que aparece apenas no segundo período, concentra 96% dos casos de adoecimento na população geral. Nesse sentido, percebe-se que as condições de vida na região Norte tornam as crianças mais suscetíveis/vulneráveis ao

adoecimento, enquanto o Sul do país reúne 43% dos registros de problemas de saúde na população infantil, demonstrando grande vulnerabilidade desse grupo populacional nas regiões Norte e Sul como expressam os trechos abaixo, respectivamente:

A situação no acampamento está muito difícil, sobretudo para as 500 crianças. Muitas delas estão com diarreia, febre, vômito, pois a água que bebem não é tratada. Fora isso, o local onde está o acampamento é constantemente alagado pelas chuvas. Em termos de alimentação, os acampados têm sobrevivido graças às doações de trabalhadores rurais de outras áreas (SEM TERRAS..., 1995, p. 07).

Hoje em Capela de Santana das 1273 pessoas acampadas, 450 são crianças que são as que mais sofrem com o rigoroso inverno vivido em precárias condições. Desde o início das negociações com o governo federal, **duas crianças morreram vítimas de desnutrição e uma de insuficiência respiratória**. Uma pessoa por semana é encaminhada aos hospitais da capital com problemas de saúde (DIA 25..., 1993, p. 08) (grifos nossos).

A região Centro-Oeste do país concentra o maior número de casos de doenças infecciosas e parasitárias (10,6%). O MST relata que nos acampamentos “não é garantido o atendimento médico e as famílias enfrentam doenças como malária, hepatite, lepra e viroses tropicais desconhecidas” (TERRA..., 1995, p. 11). Em decorrência das precárias condições de infraestrutura (casa, supermercados, educação, saúde, distância dos centros urbanos, etc.), algumas famílias “conseguiram voltar ao estado de origem, outras estão na periferia das cidades da região, porém muitas pessoas morreram de malária” (TERRA..., 1995, p. 11).

Chama atenção os registros de traumas por violência presentes nas regiões Nordeste (82%), Centro-Oeste (66%), Sul (28,6%) e Norte (1,8%), ainda que seja identificado conflitos e despejos violentos na região Sudeste. Faz-se necessário lembrar que nesse período ocorreram dois massacres que ganharam repercussão internacional, Corumbiara em Rondônia (1995) e Eldorado dos Carajás no Pará (1996) (Figura 6), marcados por muita violência e execuções de trabalhadores rurais vinculados ao movimento. Ainda que não se trate de um estudo de mortalidade, desde que o estudo tenta abarcar os principais problemas de saúde que acometem as populações assentadas e acampadas, em termos de doenças e agravos, é preciso destacar que a mortalidade é narrada cotidianamente pelo MST em todos os períodos, seja em decorrência da ausência de bens e serviços fundamentais à vida ou pela profunda violência dos despejos, da ação ou omissão do estado brasileiro. É preciso evidenciar, ainda, que diversas matérias publicadas descrevem a totalidade da vida no campo dessas populações, sem especificar ou detalhar os danos causados pela permanente tensão e pelos diversos episódios de violência causados pelos pistoleiros e latifundiários, como também pela brutalidade dos despejos e

repressão efetuada por policiais militares.

Figura 6 – Traumas e mortes em decorrência da violência no campo – Eldorado dos Carajás

Cronologia de Um massacre planejado

A região de Marabá

A região de Marabá é a porta de entrada das terras da Amazônia. É lá que desembocam a ferrovia Carajás e as estradas que sobem de Tocantins (Belém-Brasília) e vêm de Imperatriz rumo à Transamazônica. É o desaguadouro de milhares de camponeses em busca de terra. Há ainda os contingentes atraídos no passado pela ilusão do garimpo ou de algum emprego na Cia. Vale do Rio Doce, que domina a exploração de minério. Milhões de hectares de terra desta região foram grilados, antes para a exploração de madeira e agora para algumas pastagens próximas às rodovias. A maior parte destas áreas permanece improdutiva.

O início do acampamento

Neste cenário, em setembro de 1995, formou-se um acampamento com mais de 2 mil famílias à beira da estrada, junto à cidade de Curionópolis. Em seguida esteve na região o então presidente do Incra, Francisco Graziano, que prometeu fazer vistoria na fazenda Macaxeira, e desapropriação, desde que os sem terras não a ocupassem. As famílias cumpriram o acordo e continuaram acampadas na beira da estrada, enquanto equipes de vistoria realizaram o trabalho. O abandono das áreas que compõem o complexo de 11 imóveis da fazenda Macaxeira, que totalizam 42 mil hectares, era tão grande que dificultou até a vistoria. Mesmo tendo a área apenas algumas pastagens e a mata já depauperada pela extração de madeira de valor, as equipes de vistoria do Incra atestaram que a área era produtiva. Mais uma corrupção flagrante, somada às incontáveis irregularidades administrativas do Incra do Pará.

Março de 1996

Cansados de esperar por soluções e promessas do Incra, as famílias acampadas resolveram ocupar, no dia 5 de março, a fazenda Macaxeira. Embrenharam-se alguns quilômetros mata adentro e formaram um novo acampamento. No mesmo mês, em Belém, a Federação dos fazendeiros se reuniu com o governador e o secretário de segurança, levando diversos presidentes de sindicatos dos fazendeiros da região. Na reunião exigiram repressão ao MST e entregaram uma lista de 19 pessoas que deveriam desaparecer para voltar a "paz" na região. Eram os líderes do MST. Enquanto isso, novas negociações foram feitas com o Incra, que prometeu desapropriar a Macaxeira, se os trabalhadores deixassem a área. Os sem terra aceitaram. Passaram-se 15 dias e nenhuma solução. Os trabalhadores novamente acampados na beira da estrada resolveram, em assembléia, seguir em caminhada rumo a Belém (distante 800 km) para sensibilizar o governo. A caminhada começou no dia 10.

Em Eldorado do Carajás

No dia 16 de abril, no km 95 da PA-150, próximos à cidade de Eldorado do Carajás, os sem terra resolveram parar e bloquear o trânsito, que, aliás, é pouco denso (alguns caminhões de madeira e gado) exigindo negociações. Queriam basicamente comida, pois estavam famintos. O major Oliveira, da PM de Parauapebas centralizou as negociações e garantiu que, se o trânsito fosse liberado, no outro dia o governo estadual enviaria alimentos e cerca de 50 ônibus para que se dirigissem a Marabá, a 100 km dali, onde haveria negociações com o superintendente e o presidente do Incra. Enquanto isso, na capital, reuniram-se o governador do estado, Almir Gabriel, seu secretário de segurança, Paulo Sette Câmara, o superintendente estadual do Incra, Walter Cardoso, e o presidente do Itepa (Instituto de Terras do Pará), Ronaldo Barata. Decidiram tirar os trabalhadores da estrada de "qualquer maneira" e passaram a ordem para os dois comandantes da PM em Parauapebas e em Marabá.

Dia 17 de abril

Às 11 horas, outro oficial da PM, o Tenente Jorge, chegou ao acampamento para dizer que o governo romperia o acordo e que não viria mais comida. Em protesto, os trabalhadores voltam a bloquear a rodovia e permaneceram no acampamento. Às 16 horas chegaram diversos ônibus. Os acampados foram para a estrada imaginando que o governo havia mandado os veículos para os levarem a Marabá. No entanto, eram os batalhões de Parauapebas e Marabá, que chegaram cada qual de um lado da rodovia, en-

curralando as pessoas. Vieram jogando bombas de gás lacrimogêneo. As pessoas responderam com pedras e paus. Neste tumulto, Amâncio Rodrigues da Silva, o "Surdinho", não pôde ouvir os gritos para fugir quando os policiais chegaram. Levou um tiro no pé e ficou caído. Depois, recebeu um tiro na cabeça. Ao verem sua execução, os sem terra se revoltaram e começaram a jogar paus e pedras e a atirar com seus poucos revólveres. Os policiais revidaram com metralhadoras. Depois do tiroteio e já com o acampamento em debandada, começaram as execuções. O saldo: 19 mortos e pelo menos sete desaparecidos. Há testemunhas que dizem terem visto duas mulheres e quatro crianças serem mortas, mas seus corpos não apareceram.

Planejamento e comemoração

Os comandantes da PM receberam ordens expressas do governador para desocuparem a área a qualquer preço. Os soldados foram para a operação sem a identificação no uniforme. Ao retirar as armas e munições dos quartéis não foram anotadas as fichas, que comprovam com quem estava cada arma.

As tropas encerraram os trabalhadores, portanto não pretendiam apenas desobstruir a estrada. Muitos foram presos dentro de seus barracos ou já correndo no mato. Depois apareceram mortos. Pedro Alípio, motorista de um ônibus utilizado pela PM testemunhou que pelo menos dois jagunços de fazendeiros vestiram a farda da PM dentro do ônibus. Também disse que o coronel Mário Pantoja, comandante da PM da Marabá, e um dos chefes da operação, pediu aos soldados que não comessem o massacre. "Missão cumprida. E ninguém viu nada", exigiu o coronel. Alípio disse que também viu serem levados neste ônibus dois lavradores feridos e algemados. Foram levados ao quartel de Marabá e, provavelmente assassinados, pois não há registro de sobreviventes detidos no quartel.

Os médicos legistas do IML de Marabá haviam dado laudos genéricos, sem especificar as formas que as pessoas foram mortas. O médico legista da Unicamp, Nelson Massini, depois de uma intervenção do Ministério da Justiça, teve acesso aos corpos que já estavam nos caixões e refez os laudos. Massini comprovou que muitos foram mortos depois de imobilizados, alguns com suas próprias ferramentas. Segundo várias testemunhas, Oziel Pereira, um dos líderes do MST, foi arrancado de um barraco, preso, amarrado em uma caminhonete e torturado por mais de quatro horas. Foi morto ao ser levado para o hospital, executado com um tiro no ouvido e a golpes de baioneta.

Testemunhas mostram que crianças e mulheres foram mortas no massacre do Pará

Na hora do massacre dos sem-terra, em Eldorado do Carajás, no Pará, as professoras Ana Azevedo e Conceição Holanda estavam em um ônibus retido pelo bloqueio. Elas viram corpos de sete crianças, um adolescente e uma mulher estendidos no chão. Ana Azevedo relatou que "mesmo depois de ter dispersado o pessoal, a polícia continuou atirando".

O Movimento dos Sem-Terra apresentou uma lista com sete nomes de pessoas assassinadas que foram postas pela polícia numa caminhonete D-20, conforme testemunhou o próprio motorista do ônibus que transportou os policiais e outras testemunhas, que partiu em direção a Marabá e que nunca

mais foram vistas. O motorista do ônibus relatou ainda que dois feridos foram levados algemados para dentro do ônibus e levados para o quartel. Segundo ele, o coronel Pantoja, após o massacre, comemorou: "Missão cumprida. Ninguém viu nada".

Sobre a morte, com um tiro na cabeça, do líder dos sem-terra, Oziel Alves Pereira, a promotora Regina Taveira afirmou que não existem mais dúvidas que foi assassinado: "Oziel estava dentro do barraco e foi tirado de lá por um policial militar puxado pelos cabelos".

O MST denunciou que o tenente França, um dos assassinos de Oziel, está ameaçando de morte as testemunhas do massacre.

Conforme a Tabela 3, a CPT registrou 6.044 conflitos por terra no Brasil, entre 1993 e 2002. Segundo dados publicados pela entidade, esses conflitos envolveram 4.250.350 pessoas de todas as regiões do país e foi responsável por 349 assassinatos no período. Em comparação com o período anterior, houve redução no número de mortes, mas um aumento considerável do número de conflitos e de pessoas envolvidas. Cabe ressaltar que esses dados expressam o número de assassinatos e conflitos por terra no Brasil, não sendo analisados os conflitos pela seca, pelo uso da água conflitos por água, áreas de garimpo, trabalho análogo à escravidão, etc., sistematizados pela entidade.

Tabela 3 – Conflitos por terra, pessoas envolvidas e assassinatos entre 1993 e 2002

Ano	Conflitos por terra	Assassinatos	Pessoas Envolvidas
1993	361	42	252.236
1994	379	36	237.501
1995	440	39	318.458
1996	653	46	481.490
1997	658	29	477.105
1998	751	38	662.590
1999	870	27	536.220
2000	564	20	439.805
2001	625	29	419.165
2002	743	43	425.780
Total	6044	349	4.250.350

Fonte: Comissão Pastoral da Terra – CPT

Assim como no período anterior, os conflitos no campo e a violência policial tornam a vida dessas populações ainda mais precária, impedindo a entrada de pessoas e organizações solidárias à luta pela terra, não permitindo que os trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra tenham acesso aos bens materiais e fundamentais à sobrevivência nesses territórios, como revela trecho abaixo:

Depois de passarem por um clima de grande tensão, ameaçados de despejo, impedidos pela Polícia Militar de sair, entrar e receber a alimentos e remédios, as famílias sem-terra que ocupam a fazenda Boa Vista ainda não vislumbram uma solução. No dia 24 a polícia montou seu quartel general nos pontos de acesso à área, com ordens de impedir a entrada de alimentação, remédio e de pessoas na fazenda ocupada (ACAMPADOS..., 1996, p. 14).

Além de não permitir a entrada de doações e apoio político de igrejas, população da região, outros assentamentos do MST, etc. “durante o despejo, a polícia destruiu todos os barracos, lonas e alimentos das famílias que agora encontram-se em dificuldades ainda maiores para sobreviver: sem comida, remédios ou agasalhos” (POLÍCIA..., 1995, p. 12). Diante da privação vivenciada pelas famílias do MST e/ou em decorrência dos longos períodos de seca, não é incomum encontrarmos, nos jornais, notícias de saques a caminhões de alimentos que passam pelas rodovias, como exemplifica um fato ocorrido no Mato Grosso do Sul,

Com fome, as famílias não têm outra alternativa, senão apreender caminhões de produtos alimentícios para conseguir que o Incra libere cestas básicas. Depois de esgotar todas as negociações, os acampados da Sul Bonito mataram 14 bois no dia 3 de fevereiro e no dia 5 apreenderam um caminhão de alimentos (ÁREAS..., 1996, p. 06).

A ausência de reforma agrária e terra, a falta de trabalho e renda, submetem os trabalhadores e trabalhadoras do campo às mais precárias relações de trabalho, acarretando problemas de saúde em decorrência da atividade laboral realizada e das condições de trabalho que estão subordinados. Nesse período, também identificamos situações de trabalhadores e trabalhadoras em regime análogo à escravidão, como esse caso, no estado do Pará:

Os trabalhadores sem receber mais de 90 dias, em condições miseráveis de alojamento, alimentação, saúde, presos pelo sistema de endividamento do fazendeiro que os obrigava a comprar na cantina da fazenda tudo o que eles precisam a preços altos, isolados na mata a mais de cem quilômetros de qualquer cidade. [...] **Há muitas pessoas que estão doentes, acidentadas**, que não foram atendidas na fazenda e foram encaminhadas pelos fiscais do Grupo Móvel para os hospitais de Redenção (180 TRABALHADORES..., 2002, p. 15) (grifos nossos).

No Piauí, Maranhão, Pará e Tocantins, as quebradeiras de coco babaçu denunciam a exploração do trabalho de crianças e mulheres pelos latifundiários, relatando como a atividade manual de extração do coco causa tem impacto na saúde das mulheres, “como dores na coluna, inflamação no útero, no ovário e problemas de visão. Acidentes acontecem com frequência como cortes nos dedos, nas pernas e o dono das terras não se responsabilizam por eles” (QUEBRADEIRAS..., 1993, p. 11) (Figura 7).

Figura 7 – Problemas de saúde em decorrência da atividade extrativista do babaçu

Quebradeiras de côco babaçu se reúnem no Piauí

Mais de 300 trabalhadoras agroextrativistas do Piauí, Maranhão, Pará e Tocantins participaram nos dias 12, 13 e 14 de outubro, no Centro de Convenções de Teresina, do II Encontro Interestadual das Mulheres e Crianças Quebradeiras de Côco Babaçu. Durante o evento, elas realizaram passeatas, manifestações, uma feira com seus produtos e demonstraram o duro trabalho que realizam diariamente nos babaçuais. O encontro elaborou um documento com as reivindicações das trabalhadoras que foi entregue à Assembléia Legislativa e ao Ibama.

Neste documento, as mulheres denunciaram a exploração da mão-de-obra feita pelos latifundiários, exigiram reforma agrária urgente e a liberação dos babaçuais para exploração.

O extrativismo da babaçu é praticado há muitos anos em uma floresta de palmeiras que cobre cerca de 20 milhões de ha. que se estende pelo Piauí, Maranhão, Pará e Tocantins. Dessa atividade sobrevivem mais de 400 mil famílias que estão ameaçadas com a devastação promovida pelos latifundiários, cuja área destruída já ultrapassa 1 milhão de hectares.

O babaçu é uma espécie de palmeira de semente oleaginosa, de onde se aproveita tudo. Do fruto se extrai leite e óleo usado na preparação de alimentos e na produção de sabão e sabonetes; as folhas são utilizadas para construir casas, fazer cestos, esteiras; o caule serve para madeira e das cascas têm-se um carvão de excelente qualidade usado para cozinhar alimentos.

A quebra do côco babaçu é feita manualmente, utilizando-se



Quebradeiras de côco babaçu demonstram seu trabalho em praça pública

um pedaço de madeira e um machado. Esta atividade causa problemas de saúde às mulheres, como dores na coluna, inflamação no útero, no ovário e problemas de visão. Acidentes acontecem com frequência como cortes nos dedos, nas pernas e o dono das

terras não se responsabiliza por eles.

Quem pratica o extrativismo ganha pouco. Sua renda mensal fica inferior ao salário mínimo e ainda por cima as mulheres são obrigadas a pagar renda aos donos dos babaçuais. (G. Santos)

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 131, 1993, p. 11)

Como no período anterior, verificamos a permanência da fome e de precárias condições de vida nos acampamentos e assentamentos. Entretanto, os jornais revelam melhores condições de vida nos assentamentos, após a conquista da terra, mas relatam muitas dificuldades de produzir alimentos para subsistência do grupo, escoar a produção, diante das condições precárias das estradas, ausência de crédito governamental e orientação técnica para produzir, etc., como revela trecho abaixo:

Há falta de saúde, educação e condições de moradia. Na área produtiva é a falta da água mesmo, porque nem todos nossos assentamentos têm uma reserva de água que garanta a subsistência. A água é, portanto, uma das nossas principais reivindicações. Além das questões sociais (saúde, educação, moradia), lutamos por crédito e uma política agrícola governamental que dá condições para os trabalhadores em produzir e comercializar (RAIMUNDO..., 1995, p. 04).

Assim como nos assentamentos, os acampamentos enfrentam muitos problemas de acesso à água, comida, roupas, saneamento básico, analfabetismo, precárias condições de moradia, etc., conforme trechos abaixo:

[...] Alimentos essenciais como arroz e feijão começam a faltar e leite para as crianças não existe há muito tempo. [...] Cerca de 200 crianças sofrem com as más condições de higiene, saúde e educação. Elas vivem em barracos feitos de plásticos pretos, sob um calor terrível, mas sabem que têm que resistir, se quiserem conseguir um pedaço de terra. [...] Em caso de doenças, não há nenhum remédio muito menos agentes de saúde (CRIANÇAS..., 1993, p. 06) (Figura 8).

Os trabalhadores acampados na área, nas condições que nós bem conhecemos (falta de alimentos, condições de higiene insatisfatórias, etc.), abriram 32.000 metros de picadas, trabalhando de graça e suportando sabe-se lá como esse trabalho tão pesado (DIRETOR..., 1993, p. 07).

Figura 8 – Precárias condições de vida nos acampamentos

Goiás

Crianças acampadas sofrem pela falta de alimentos

Os trabalhadores sem terra do acampamento São Carlos vivem em condições precárias. Alimentos essenciais como arroz e feijão começam a faltar e leite para as crianças não existe há muito tempo. O INCRA e demais autoridades nem tomam conhecimento dos problemas enfrentados pelas 186 famílias acampadas. Cerca de 200 crianças sofrem com as más condições de higiene, saúde e educação. Elas vivem em barracos feitos de plásticos pretos, sob um calor terrível, mas sabem que têm que resistir, se quiserem conseguir um pedaço de terra.

O acampamento localiza-se a 29 km da cidade de Goiás. Em caso de doenças, não há nenhum remédio, muito menos, agentes de saúde. O governo estadual só ajudou;



Crianças do acampamento passam fome

com tratores para o preparo da terra, depois da época de plantio. Por isso, não há muitas esperanças quanto às plantações. Os coordenadores do acampamento pretendem negociar com o INCRA e o governo federal enquanto for possível. Mas se nenhuma providência for tomada,

os acampados terão que fazer algo para mudar esta situação.

A História do Acampamento

Em 1992, foi feito um trabalho de conscientização e educação sobre a reforma agrária e sua importância, no bairro Aeroporto, na cidade de Goiás. Dessa conscientização nasceu a ocupação da Fazenda São Carlos, em 7 de outubro de 92. As famílias permaneceram 10 dias na fazenda e foram despejadas. Nesses dias, os trabalhadores sem terra plantaram mudas de laranja, mandioca, banana e remédios caseiros. Ao serem despejados, foram parados Corredor (estrada que liga Goiás a Americano do Brasil). Lá ficaram de 17 de outubro até o último dia de 1992 quando foram transferidos para a área da prefeitura de Goiás, onde estão até hoje e onde poderão permanecer até setembro deste ano. *(Marcia Araújo)*

Sergipe

No dia 7 de março, 300 famílias sem terra ocuparam a Fazenda Cumbé de 6 mil hectares, localizada no município de Itaporanga e São Cristóvão. Esta é a maior propriedade do estado do Sergipe. É uma área fértil e está totalmente abandonada. O clima está tenso, os fazendeiros começaram a se articular e as famílias estão sendo ameaçadas de despejo.

- SEM TERRA
ABRIL / 93

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 124, 1993, p. 06)

Nesse sentido, no período em análise, observa-se a permanência de muitos problemas de saúde e profunda precarização da vida, ainda que haja um reconhecimento do MST de melhorias nas condições de trabalho e vida nos assentamentos quando comparado aos acampamentos.

c) Período 2003-2014

Nesse período, observa-se a permanência dos problemas de desnutrição (10%) e diarreia (10%) na região Sul, bem como doenças respiratórias e pulmonares na região Nordeste (50%) e Sudeste (25%) em decorrência da presença de usinas siderúrgicas nesses territórios. Observamos uma concentração dos casos de intoxicação por agrotóxicos nas regiões Centro-

Oeste (50%), Sul (80%), Sudeste (75%) e Nordeste (67%). Ao estratificarmos por grupos, identificamos que a população geral é a mais suscetível aos problemas e danos à saúde nesse período, respondendo pelo maior número de casos de adoecimento nas regiões Centro-Oeste (100%), Nordeste (100%) e Sul (80%). No Sudeste as crianças constituem o grupo populacional mais vulnerável (75%) e correspondem a todos os casos de intoxicação por agrotóxicos da região. Não foram encontrados registros de problemas de saúde na região Norte.

Esse é um período de grande efervescência do debate sobre os impactos do uso de transgênicos e agrotóxicos na saúde humana e no meio ambiente, em decorrência da expansão do agronegócio no campo brasileiro. Portanto, os jornais apresentam diversas matérias com estudos e pesquisas sobre o uso de sementes transgênicas e agrotóxicos; possíveis impactos ambientais e agravos à saúde; ofensiva do agronegócio; articulações e lutas da via campesina nacional e internacional contra o uso de venenos e sementes modificadas geneticamente. Os documentos ainda descrevem diversos conflitos no campo por água e terra, marcados pela ofensiva das empresas transnacionais (*agrobusiness*), latifundiários e grileiros contra as comunidades indígenas, quilombolas, posseiros, Sem Terra, etc.

Quanto aos agravos em decorrência do trabalho no campo, os jornais descrevem as atividades agrícolas da monocultura do abacaxi, soja, o cultivo do eucalipto e suas carvoarias, usinas e destilarias, a ação das mineradoras, a construção de barragens, hidrelétricas, etc., e seus efeitos sobre a saúde das populações do campo, em particular nos assentamentos e acampamentos, como revela trecho acerca da ação das carvoarias no município de Açailândia, no Maranhão.

A CVRD (Companhia Vale do Rio Doce) tem 14 siderurgias que geram muitos agravantes: a poluição do ar, dos rios, problemas de saúde na população. Uma série de questões que o poder público não se envolve. No assentamento Califórnia, a comunidade denunciou à Procuradoria Pública do município que existe uma grande área de plantação de eucalipto com carvoarias dentro de uma fazenda, muito próxima ao assentamento. À noite as famílias não conseguem dormir por causa da fumaça que vem de lá. A população se reuniu, denunciou, mas até agora nenhuma providência foi tomada. [...] Isso sem falar nas carvoarias que utilizam trabalho infantil, escravo, mulheres que têm sua vida fértil prejudicada (AS PERSPECTIVAS..., 2007, p. 05).

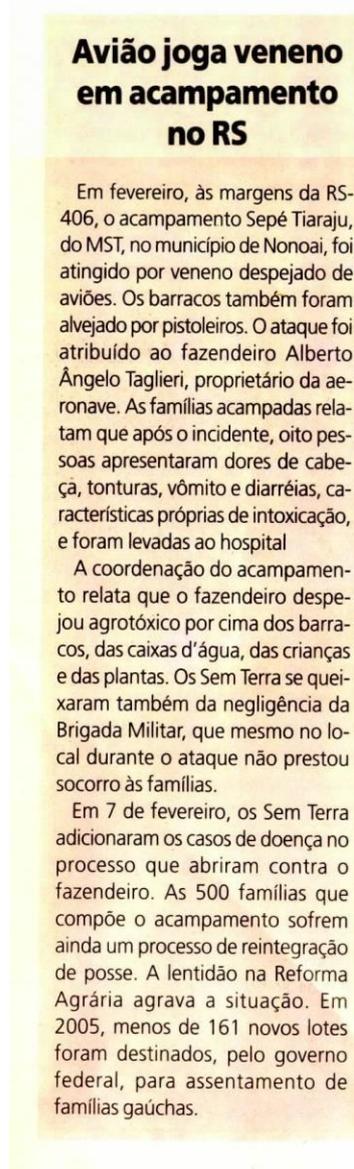
Nesse sentido, o MST realizou “um protesto nas instalações da carvoaria industrial da Vale para denunciar que a queima de eucalipto plantado na área está causando problemas respiratórios nos trabalhadores do assentamento Califórnia” (MULHERES..., 2008, p. 07). O movimento ressalta ainda que a carvoaria da Vale do Rio Doce foi instalada a 800 metros da

agrovila do assentamento onde vivem mais de 1,8 mil pessoas.

Além dos impactos das carvoarias na saúde dessas populações, o MST descreve o adoecimento dos trabalhadores e trabalhadoras em decorrência da exposição aos agrotóxicos, seja pela atividade laboral ou pela ação criminosa do latifúndio, como fato ocorrido no Rio Grande do Sul (Figura 9):

Em fevereiro, às margens da RS-406, o acampamento Sepé Tiraju, do MST, no município de Nonoai, foi atingido por veneno despejado de aviões. Os barracos também foram alvejados por pistoleiros. O ataque foi atribuído ao fazendeiro [...], proprietário da aeronave. As famílias acampadas relatam que após o incidente, oito pessoas apresentaram dor de cabeça, tonturas, vômito e diarreias, características próprias de intoxicação, e foram levadas ao hospital (AVIÃO..., 2006, p. 11).

Figura 9 – Intoxicação por agrotóxicos no Rio Grande do Sul



Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 259, 2006, p. 11)

Casos de intoxicação por agrotóxicos na população do campo, pelo uso de pulverização aérea, também foram identificadas no Mato Grosso, como explica trecho abaixo:

Desde março de 2006 a população de Lucas do Rio Verde (MT) busca o ressarcimento pelo poder público dos prejuízos causados por uma pulverização de agrotóxicos lançada por um monomotor sobre a cidade. A nuvem de agrotóxico matou plantações e hortas, além de causar diversos problemas a saúde na população (BARBIERI, 2007, p. 12) (Figura 10).

Figura 10 – Problemas de saúde em decorrência da pulverização de agrotóxicos

REALIDADE BRASILEIRA Agricultores de Lucas do Rio Verde (MT) perderam lavoura e até hoje ninguém foi responsabilizado

Pulverização ilegal de agrotóxicos

POR GISELE BARBIERI
ENVIADA ESPECIAL AO MATO GROSSO

DESDE MARÇO de 2006 a população de Lucas do Rio Verde (MT) busca o ressarcimento pelo poder público dos prejuízos causados por uma pulverização de agrotóxicos lançada por um monomotor sobre a cidade. A nuvem de agrotóxicos matou plantações e hortas, além de causar diversos problemas à saúde da população. Pela gravidade, o acidente foi classificado como "acidente rural ampliado" por uma equipe que visitou o município na época e produziu um relatório narrando os danos sofridos pela população depois do contato com o veneno. O caso ficou conhecido em todo o país, porém até hoje ninguém foi responsabilizado.

O modelo agrícola consolidado no estado do Mato Grosso comprova o forte crescimento do agronegócio e dos monocultivos. O estado tem uma área total de 90 milhões de hectares, mais de 10% do território brasileiro. De acordo com a Companhia Nacional de Abastecimento (Conab), em novembro deste ano, o plantio de soja no estado foi de 5,59 milhões de hectares. Para cada hectare de plantação são lançados de três a quatro quilos de agrotóxicos por dia.

O município de Lucas do Rio Verde, localizado a 350 quilômetros da capital Cuiabá, vive este drama frequentemente. Com apenas 25 mil habitantes, é o segundo maior produtor de grãos do país. Os lucros obtidos por empresas como a multinacional Cargill, que possui um complexo de grãos de soja na



Pulverização em plantação de algodão em Campo Verde (MT)

entrada da cidade, significam também prejuízos para pequenos produtores.

O caso

Em 1º de março de 2006 a cidade acordou sob uma forte névoa branca, resultado de uma pulverização de agrotóxicos que foi despejada por um avião monomotor. Quase dois anos depois, o inquérito policial aberto pelo Ministério Público e diversos relatórios ainda não conseguiram identificar nem o tipo de veneno jogado e a quem pertencia o monomotor que foi visto sobrevoando a cidade. Os agricultores da região tiveram de assumir sozinhos os prejuízos por esta pulverização em grande escala.

Com uma propriedade de 47 metros quadrados no município, Sérgio Luis

Mueller, que integra a Associação de Chacareiros, conta que seu prejuízo foi de cerca de R\$ 6 mil. "Foi difícil porque ficou tudo contaminado pelo veneno e não teve como vender. Foi cebola, alface todas as hortaliças com manchas, demorei mais de um mês para me recuperar do prejuízo", afirma. Assim como ele, grande parte dos cerca de 100 produtores que fazem parte da Associação sofreram grandes perdas.

A suspeita é de que o veneno jogado tenha sido o "Paraquat", utilizado para secar a vegetação. Porém, identificar o uso deste herbicida é difícil, pois depois de um tempo exposto ao sol o princípio ativo do veneno desaparece. As secretarias de Agricultura e Meio ambiente do município também não ajudaram, porque as amostras de água e plantas foram colhidas somente dez dias depois da denúncia.

Segundo James Frank Mendes Cabral, engenheiro agrônomo da Federação de órgãos para Assistência Social e Educacional - Fase MT, esta foi a maior dificuldade para identificar os culpados pelo episódio ocorrido. "Eu contatei seis laboratórios do país e nenhum deles dispunha do método para identificar o tipo de veneno. Isto demonstra que não temos hoje um caminho que garanta a identificação dos efeitos dos agrotóxicos, tornando livre a expansão deste modelo agrícola predominante em estados como o Mato Grosso", denuncia.

Ele fez parte da equipe que foi ao município dias após o incidente, composta por pesquisadores, médicos e biólogos e conta que durante as visitas mui-

tas pessoas queixavam-se de problemas como vômito, diarreia e dores de cabeça.

Poderes públicos

O relatório produzido pela equipe foi enviado ao Ministério Público local e estadual, ao Instituto de Defesa Agropecuária do Mato Grosso (Indea) e ao Ministério da Agricultura. O Ministério Público local ainda acompanha o caso, mas os outros órgãos não deram nenhum retorno.

A promotora de justiça do município, Patrícia Eleutério Campos, afirma que todos os produtores que utilizavam aeronaves sem registros na região foram notificados e cadastrados pelo Ministério da Agricultura, facilitando assim a identificação caso o incidente volte a acontecer. Mesmo assim ela acredita que depois de tanto tempo será difícil responsabilizar alguém pela contaminação, já que o resultado das investigações feitas na época não conseguiu sequer identificar o tipo de herbicida lançado sobre a cidade.

Para James Cabral, a apuração dos fatos esbarra ainda na força que estes grandes produtores têm na região. "Como vamos amenizar estes problemas, se na própria estrutura dos órgãos estão os maiores responsáveis por incidentes como este. O prefeito, o secretário de meio-ambiente e o próprio governador são plantadores de soja", reclama.

O governador do estado, Blairo Maggi, é considerado o maior produtor individual de soja no mundo. Somente entre os anos de 2003 e 2004, o desmatamento na região foi o segundo maior da história.



As plantações da região do município foram todas afetadas

Segundo a matéria publicada, a equipe que esteve no município, composta por pesquisadores, médicos e biólogos, constatou, durante as visitas, que muitas pessoas se queixavam de problemas como vômito, diarreia e dores de cabeça. Para o MST, os casos de práticas de despejo aéreo de agrotóxicos registrados pelo país revelam a consolidação do modelo agrícola do agronegócio no campo brasileiro e seu efeito nocivo à saúde das populações e ao meio ambiente, marcado pela profunda destruição da biodiversidade e contaminação do ar, água e solo (JST, nº 278, 2007).

O Movimento também relata registros de contaminação da comunidade que vive na Chapada do Apodi, localizada na divisa entre os estados do Rio Grande do Norte e do Ceará, bem como de trabalhadores que atuam nas empresas transnacionais do agronegócio, pequenos produtores rurais, assentados de reforma agrária e comunidades agroecológicas. Segundo matéria publicada, um estudo realizado pela Universidade Federal do Ceará revelou que “as comunidades denunciam a morte de animais domésticos, relacionam várias queixas de saúde e temem os efeitos crônicos da malformação congênita aos cânceres” (ELLERY, 2010, p. 03). Segundo a mesma pesquisa,

Foi concluído também o estudo do caso de um trabalhador, que atuou por três anos e meio no almoxarifado químico da monocultura de abacaxi, e faleceu com 29 anos, vítima de uma grave doença hepática (do fígado) crônica, causada pelos tóxicos. Os colegas da vítima também apresentam alteração na função do fígado. Do total, 53% já têm marcas da exposição diária a agrotóxicos no trabalho. As empresas muitas vezes não respeitam as medidas de segurança, como período de reentrada, informação do trabalhador, condições de se lavar depois de trabalhar com veneno e antes de comer, além dos equipamentos de proteção individual (ELLERY, 2010, p. 03).

O MST do Espírito Santo e demais organizações camponesas também relatam doenças e agravos relacionados ao trabalho na monocultura do eucalipto para produção da celulose. O trabalhadores e trabalhadoras denunciam a Aracruz celulose pelo uso indiscriminado de herbicidas e afirmam que “milhares de trabalhadores estão contaminados e três crianças morreram. Elas tiveram contato direto com embalagens de veneno largadas pela empresa embaixo da árvore” (ARACRUZ..., 2003, p. 09). Durante uma audiência pública realizada na Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal, um representante do Movimento de Pequenos Agricultores afirmou que “a empresa explora os agricultores da região a partir de contratos de trabalho prejudiciais. Os agricultores que plantam eucalipto são obrigados pela Aracruz Celulose a usar agrotóxico” (ARACRUZ..., 2003, p. 09).

O MST também relata a exploração e a subordinação dos trabalhadores e trabalhadoras ao agronegócio canavieiro. A falta da terra para garantir a subsistência e as precárias condições de vida no campo submetem os trabalhadores Sem Terra ao modelo agroindustrial da cana, caracterizado pelo trabalho precarizado e subhumano, com repercussões na saúde dessa população, como revela o trecho abaixo:

A maioria das usinas e destilarias adota a prática do trabalho degradante: homens e mulheres são comercializados como gado, trabalham jornadas de até 12h, muitos passam fome e outros chegam a tombar mortos de pura exaustão. Segundo a Comissão Pastoral da Terra (CPT), doze trabalhadores morreram por exaustão no corte da cana em 2005, cinco em 2006. José Pereira da Silva engrossou as estatísticas morrendo no final do mês de março nos canaviais da Cosan na região de Ribeirão Preto. [...] Morreu após passar mal depois do almoço e o atestado de óbito emitido pelo centro de Medicina Legal de Ribeirão Preto, indicou morte por infarto agudo do miocárdio (OLIVEIRA, A., 2007, p. 05).

Nesse sentido, diante do crescente processo de expansão e obtenção do lucro a partir do agronegócio no campo brasileiro, observa-se, no período, o aumento dos casos de intoxicação por agrotóxicos e infecções pulmonares, mas se mantêm os históricos problemas de saúde como a desnutrição e a diarreia, como revela trecho abaixo:

Por causa de problemas de desnutrição e diarreia, um bebê de cinco meses faleceu no acampamento, em 14 de março. As famílias suspeitam da água que utilizavam para beber e cozinhar, que era retirada de um córrego que passa no local. O hospital público do município vizinho de Carazinho, se recusou a prestar atendimento médico à criança (SEM TERRA..., 2006, p. 06).

Segundo o MST, “a Brigada Militar dificultou a entrada e saída de pessoas no acampamento e a operação resultou na morte de um bebê de cinco meses em março” (COMITÊ..., 2006, p. 06). Dessa forma, as matérias revelam a manutenção dessas doenças, mas também a permanência da violência e repressão nos territórios em que estão os assentamentos e acampamentos do MST, perpetrada pela Polícia e pistoleiros vinculados ao latifúndio.

Quanto à violência no campo, conforme Tabela 4, a CPT registrou 12.661 conflitos por terra no Brasil, entre 2003 e 2014. Segundo dados publicados pela entidade, esses conflitos envolveram 7.288.020 pessoas de todas as regiões do país e foi responsável por 415 assassinatos no período. Em comparação com o período anterior, houve um aumento do número de mortes e o número de conflitos e de pessoas envolvidas dobrou, quando comparado ao período anterior, o que pode ser explicado pela maior organização das comunidades e movimentos/entidades do campo, como também pela expansão do agronegócio no Brasil.

Tabela 4 – Conflitos por terra, pessoas envolvidas e assassinatos entre 2003 e 2014

Ano	Conflitos por terra	Assassinatos	Pessoas Envolvidas
2003	1.135	71	1.127.205
2004	1.398	37	965.710
2005	1.304	38	803.850
2006	1.212	35	703.250
2007	1.027	25	612.000
2008	751	27	354.225
2009	854	24	415.290
2010	853	30	351.935
2011	1.035	29	458.675
2012	1.067	34	460.565
2013	1.007	29	435.075
2014	1.018	36	600.240
Total	12.661	415	7.288.020

Fonte: Comissão Pastoral da Terra – CPT

Os jornais revelam ainda a manutenção de problemas de infraestrutura básica nos assentamentos e acampamentos, como dificuldades de acesso à água tratada; ausência de esgotamento sanitário; precárias condições de moradia; dificuldades de acesso à educação e serviços de saúde; ausência de renda; transporte público, etc. O MST ressalta que após a posse da terra, “os principais gargalos são a infraestrutura, como estradas, escola, saúde, saneamento básico, habitações – conseguimos casas neste ano para 100 assentamentos de mais de 10 anos” (SANTOS, 2008, p. 05).

Quanto aos acampamentos, permanecem as precárias condições de vida e saúde das famílias que estão nas rodovias do país, como revela o trecho a seguir:

Cerca de 200 famílias de trabalhadores rurais Sem Terra do agreste de Alagoas realizaram um protesto em 12 de fevereiro da BR-316, rodovia que liga Arapiraca a Palmeira dos Índios. A interdição, que durou por volta de três horas, teve como objetivo despertar a atenção da sociedade para a situação de miséria em que vivem as crianças, mulheres e homens Sem Terra acampados em todo o Estado. Além disso, a ação visou exigir das autoridades medidas emergenciais, como distribuição de cestas básicas para as famílias que estão passando fome e liberação de sementes, água, energia elétrica e instalação de postos de saúde para os assentamentos (TRABALHADORES..., 2003, p. 07).

A análise dos três períodos demonstra a distribuição desigual dos registros de doenças no território brasileiro, não sendo identificados problemas de saúde em algumas regiões em

determinados períodos. Entretanto, a pesquisa contemplou a análise de todas as regiões do país, sendo o Sudeste a região com o menor número de registros de doenças. Ao analisarmos a ocorrência dos problemas de saúde, observamos que no primeiro período há uma prevalência de casos de desnutrição e de doenças infecciosas e parasitárias, tendo a população infantil enquanto grupo mais suscetível aos problemas e danos de saúde.

Semelhante ao período anterior, observa-se que os casos de desnutrição se mantêm acentuados, assim como a permanência de doenças infecciosas e parasitárias. Evidenciou-se um aumento dos registros de traumas por violência e outros problemas de saúde, e a diarreia aparece como principal problema de saúde na região Norte, concentrando todos os casos na população infantil. Já no terceiro período, verifica-se a permanência das doenças decorrentes da pobreza estrutural e da insegurança alimentar (diarreia, desnutrição e infecto parasitárias), e a ocorrência das doenças causadas pela expansão do agronegócio no campo brasileiro, especialmente casos de intoxicação por agrotóxicos e doenças pulmonares causados pela contaminação do ar pelas carvoarias.

As precárias condições de vida e trabalho no campo são identificadas em todos os períodos, ainda que tenha havido melhoras substanciais nos assentamentos, em particular no segundo e terceiro períodos. Chama atenção a falta de infraestrutura no campo, já revelada pela literatura abordada e pelas pesquisas realizadas pelo INCRA e pelo relatório de pesquisa produzido pelo MST/UnB/Ministério da Saúde. Não à toa o MST compara os territórios dos acampamentos e assentamentos com grandes “campos de concentração”, marcados pela doença/morte, fome, pela violência e pelo trabalho extenuante e subordinado ao latifúndio, além de total ausência de bens necessários à reprodução social dos trabalhadores e trabalhadoras do campo – água, alimentos, casas, roupas, medicamentos, esgotamento sanitário, transporte, estradas, etc.

Os dados revelam ainda que a vida no campo é profundamente ameaçada pela violência do Estado, através da ação do Exército, das forças policiais e da impunidade da justiça, bem como pela ação das milícias que atuam em parceria com grileiros e latifundiários. Inclusive, a pesquisa revela como os conflitos e a violência no campo constituem processos deteriorantes da qualidade de vida dessas populações, já que implicam diretamente na possibilidade de viver e morrer, e de acessar os bens fundamentais à reprodução, caso dos despejos violentos que destroem as parcas estruturas construídas pelos trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra, impedem a entrada de organizações parceiras, matam lideranças e deixam feridos e mutilados.

Portanto, os principais problemas de saúde que se expressam nos sujeitos e suas famílias é parte das formas de viver e trabalhar no campo brasileiro, submetidos a uma relação Sociedade

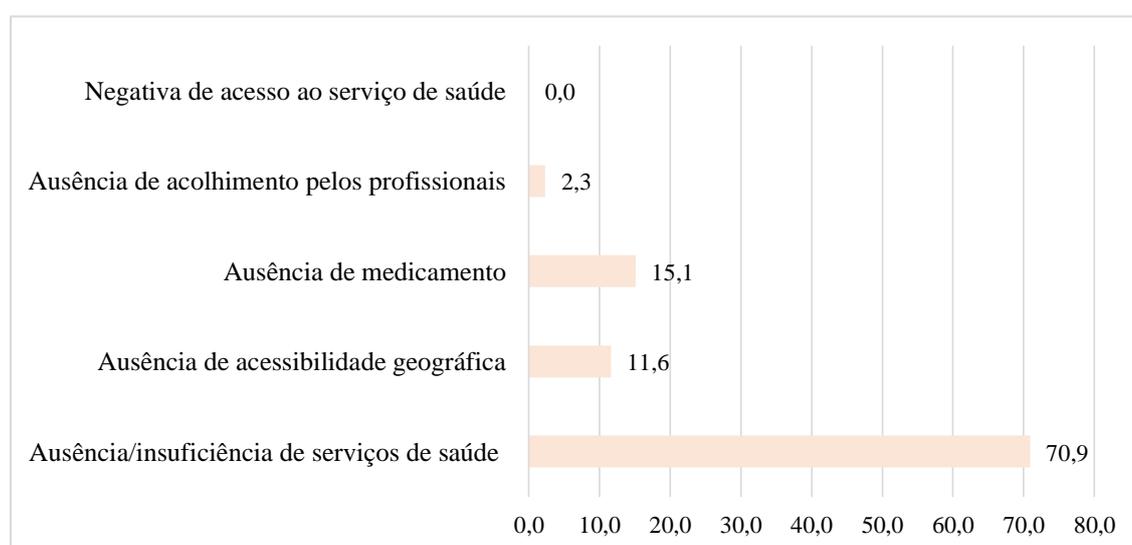
– Natureza destrutiva, fruto de uma lógica de acumulação, dominação e alienação que impõe riscos à vida humana e ao meio ambiente, uma agricultura orientada para acumulação de territórios, de água e de todos os recursos vitais. A determinação social do modelo de acumulação agrária agroindustrial opera seu peso nas formas de viver e trabalhar dos assentados e acampados, definindo as possibilidades de adoecer e morrer no espaço rural. Desse modo, as doenças que se expressam nos corpos dos/das Sem Terra encarnam as dimensões do particular dos modos de viver desse grupo e do geral da sociedade brasileira, estruturada pela dominação do capital na agricultura e que se modernizou conservando o latifúndio, a exclusão e a desigualdade, em um país marcado pela herança colonial e escravocrata.

5.2 Problemas relativos ao acesso aos serviços oficiais de saúde

a) Período 1981-1992

Conforme Gráfico 1, os principais problemas de acesso aos serviços de saúde apontados pelos documentos analisados referem-se à ausência/indisponibilidade de serviços de saúde (71%), falta de acolhimento pelos profissionais de saúde (2,3%), ausência de medicamentos (15%), distância geográfica dos estabelecimentos de saúde e custos com transporte (11,6%).

Gráfico 1 – Principais problemas de acesso aos serviços de saúde relatados pelo MST entre 1981 e 1992



Fonte: Boletins e Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1981-1992)

Quando analisados por região do país é possível verificar que a ausência/insuficiência de serviços de saúde aparece como a principal e maior barreira de acesso ao sistema oficial de saúde pelas populações assentadas e acampadas em todas as regiões, conforme Tabela 5. A região Sudeste apresenta o maior percentual (85,7%), seguido do Norte (75%), Centro-Oeste (73,3%), Sul (71,4%) e Nordeste (53,8%).

Tabela 5 – Principais problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1981 e 1992

PROBLEMAS DE ACESSO	CENTRO-OESTE		NORDESTE		NORTE		SUDESTE		SUL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausência/insuficiência de serviços de saúde	11	73,3	7	53,8	12	75,0	6	85,7	25	71,4
Ausência de acessibilidade geográfica	2	13,3	1	7,7	3	18,8	-	-	4	11,4
Ausência de medicamento	1	6,7	5	38,5	1	6,3	1	14,3	5	14,3
Ausência de acolhimento pelos profissionais	1	6,7	-	-	-	-	-	-	1	2,9
Negativa de acesso ao serviço de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	15	100	13	100	16	100	7	100	35	100

Fonte: Boletins e Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1981-1992)

A categoria ausência/insuficiência de serviços de saúde inclui três problemas centrais elencados pelo MST: 1. Ausência de serviços de saúde; 2. Insuficiência e precariedade dos serviços de saúde; 3. Pagamento de serviços de saúde. Quanto a ausência de serviços de saúde nos territórios dos assentamentos e acampamentos, os documentos relatam um completo vazio assistencial em todos os níveis de atenção e em todas as regiões do país, como revelam os trechos abaixo:

As poucas picadas abertas na mata na época das chuvas ficam completamente alagadas com água a mais de um metro de profundidade. **É comum nessas épocas assistir-se a cenas chocantes de doentes sendo arrastados em redes 20, 30 quilômetros dentro da mata em busca de socorro médico.** Homens atravessando verdadeiros rios formados com chuva, com água até o peito, carregando crianças doentes nos braços e que na maioria das vezes não resistem e morrem à beira da estrada (PREÇO..., 1983, p. 04) (grifos nossos).

O governo se comprometeu a dar aos assentamentos provisórios uma organização básica de saúde, alimentação e ensino. Mas continuam os mesmos problemas enfrentados nos acampamentos. Falta alimentação, **atendimento de saúde** e lona para as barracas (VITÓRIA..., 1987, p. 05) (grifos nossos).

Com relação à insuficiência dos serviços prestados e precarização da atenção, os boletins e jornais revelam a carência de profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, etc.) para atender as demandas da população, falta de equipamentos e serviços de laboratório, postos de saúde fechados, irregularidade na prestação dos serviços, inexistência de fluxos assistenciais e baixa qualidade do atendimento, conforme os trechos abaixo:

Eles denunciaram ainda a péssima assistência médica. O atendimento em Ronda Alta é ruim, de acordo com eles, e no acampamento não existe nenhum atendimento oficial de saúde. A situação agravou-se com a retirada do ônibus da Secretaria de Saúde que estava à disposição dos colonos que optaram pelo Mato Grosso, inclusive levando algumas doações em medicamentos (SEM TERRAS..., 1982, p. 07).

Os lavradores dizem ainda que a desnutrição está se agravando, principalmente nas crianças, e o tratamento médico é desorganizado e insuficiente (DOENÇA..., 1984, p. 05).

Além dos problemas acima relatados, o MST revela despesas com saúde em decorrência da ausência/insuficiência dos serviços de saúde, o que inclui o pagamento de consultas médicas, atendimento hospitalar e exames laboratoriais, comprometendo o orçamento das famílias que necessitam e acessam os serviços dessa forma. Os documentos ainda revelam a mobilidade dos trabalhadores e trabalhadoras para núcleos urbanos, em busca de trabalho que garanta renda para cobrir os custos das famílias com serviços privados de saúde, como expressa trecho a seguir:

Não tem crédito, nem financiamento rural, assistência técnica, nem saúde. [...] Para completar o quadro, todos os seus filhos contraíram malária e ela teve de ir para o núcleo urbano de Tucumã lavar roupa para poder sustentar a família, pois todo o dinheiro que eles tinham foi gasto nas despesas de hospitalização (A PROPAGANDA..., 1985, p. 10) (Figura 11).

Figura 11 – Ausência de serviços e pagamento de despesas de saúde

COLONIZAÇÃO



TUCUMÃ

A propaganda esconde a verdade

Paulo Roberto Ferreira, de Belém

“Não confere nada com a propaganda feita lá no Sul: tudo é falso. Não tem crédito, nem financiamento rural, assistência técnica, nem saúde. Já peguei oito malárias em um ano e meio.” O desabafo é do lavrador Roberto Glinck, 30 anos, natural de Erval Seco (RS). Ele está assentado juntamente com sua família (mulher e um filho) num lote de 25 hectares, no município de São Félix do Xingu (PA), na área do Projeto Tucumã.

O depoimento de Glinck é igual ao da maioria dos colonos gaúchos e paranaenses que foram levados para Tucumã pela Construtora Andrade Gutierrez, uma das maiores construtoras de rodovias do país e que executa a sua primeira experiência com colonização na Amazônia. A maioria dos colonos diz que foi atraída pela propaganda feita pela empresa, através de emissoras de rádio e de televisão. Reclamam que ela lhes assegurou que em Tucumã haveria crédito agrícola fácil, assistência técnica, escolas rurais, eletrificação, assistência médica e estradas de acesso próximas.

Quando alguém se dispõe a enfrentar as precárias e quase fechadas estradas que levam a Tucumã, os colonos procuram logo saber de quem se trata. Se for jornalista eles fazem logo cara de pouca satisfação, justificando que a maioria dos jornalistas que esteve ali foi levada pela empresa com o objetivo de fazer propaganda do projeto. “É pra



falar a verdade ou é do lado da Gutierrez?”, foi a primeira reação de Leonildo Muillmann, 43 anos, natural de Santo Cristo (RS), ao ser entrevistado.

Propaganda falsa

Quando foi atraído pela propaganda de Tucumã, Leonildo ouviu dos corretores que só a madeira nobre existente na área daria para pagar o financiamento. Ficou contente com a possibilidade de começar uma vida nova e foi conhecer o projeto. Na primeira viagem, no final de 1981, escolheu um lote junta-

Glinck enfrentou essa situação para pegar oito malárias



mente com 13 colonos de sua região. Ao voltar, em fevereiro de 1982, para fechar o negócio, soube que a área que pretendia não estava mais à venda. Seus companheiros não gostaram da história e desistiram da compra. Mas Muillmann persistiu. Escolheu outra área e assinou o contrato de financiamento. Em seguida voltou ao Rio Grande do Sul para apanhar a família.

Vinte dias depois, quando retornou, toda a madeira nobre (mogno, angelim e outras) havia sido retirada do lote pela colonizadora. “Eu reclamei e eles me deram um pouco de material de construção para eu construir este galpão.” Homero Carvalho da Silva é outro que reclama. Ele está assentado na estrada de acesso EP-2, lote 9, e seus três filhos estão sem estudar por falta de escola. “O que nos aborrece é a mentira”, diz ele bastante irritado. Homero garante que a terra é boa, mas sem assistência técnica e crédito agrícola é quase impossível produzir. “Os juros sobre o financiamento do lote cobrados pela empresa é uma coisa absurda”, diz ele.

Donna Silma Müller, natural de Erval Seco (RS), está no Projeto

Tucumã desde o dia 27 de maio de 1983. Seus três filhos estão sem estudar e seus 72 hectares de terra ainda não estão pagos “por causa dos juros que são muito altos”. Ela e o marido Fridalino Müller acreditaram no projeto. Plantaram 5 mil e 500 pés de seringueiras e mandaram para a sede do município de São Félix do Xingu, a fim de conseguir crédito junto ao Banco da Amazônia. Depois de viagem atrás de viagem, foram informados de que não havia crédito. Para completar o quadro, todos os seus filhos contraíram malária e ela teve de ir para o núcleo urbano de Tucumã lavar roupa para poder sustentar a família, pois todo o dinheiro que eles tinham foi gasto nas despesas de hospitalização. A família Müller também só encontrou 16 árvores de mogno numa área de 72 hectares.

Mesmos erros

O projeto da Andrade Gutierrez repetiu os mesmos erros da colonização oficial promovida pelo INCRA na Amazônia. Famílias inteiras são atraídas e depois abandonadas à sua própria sorte sem qual-

Denúncia antiga

O Projeto Tucumã é um episódio já conhecido dos leitores do SEM TERRA. Na edição de outubro do ano passado, denunciávamos que o governo militar da época, em vez de fazer a Reforma Agrária, tinha dado de bandeja para a empresa Andrade Gutierrez, 400 mil hectares das melhores terras do Pará. E que, em troca da área, a construtora se comprometeria a desenvolver um projeto de colonização modelo.

Na edição de dezembro avançamos nas denúncias ao publicarmos o documento *Venha conhecer Tucumã e aprenda como não fazer um projeto de colonização*, de autoria do subprefeito de Tucumã, Gonçalo Pereira Sampaio, onde relatava a bagunça que virou o “projeto mo-

delo”. Segundo nossa denúncia, já na época se constatava o total fracasso do projeto, uma vez que os compromissos assumidos não haviam sido cumpridos.

Esclareçamos aos leitores que, se de um lado, nada do que tinha sido proposto na propaganda da Andrade Gutierrez havia sido cumprido, de outro, a empresa estava obtendo lucros fantásticos. “A empresa obtém lucros faraônicos, não somente pela venda da terra, como na comercialização da madeira, pois os compradores dos lotes só encontram restos das riquezas vegetais nativas”, alertava o documento do subprefeito. Exatamente como vem acontecendo até agora. Sem tirar, nem pôr.

SEM TERRA 103

SEM TERRA 103

Dentre as dificuldades de acesso relatadas pelo Movimento, a indisponibilidade de medicamentos aparece como a segunda problemática mais importante, em particular nas regiões Nordeste (38,5%), Sudeste (14,3%) e Sul (14,3%), seguido do Centro-Oeste (6,7%) e Norte (6,3%). Os documentos narram a ausência de medicamentos, itens de primeiros socorros, como também de soros antiofídicos (acidentes ofídicos), ocasionando mortes pela indisponibilidade desses suprimentos. “Inclusive, em consequência da falta de remédios e comida, três crianças acampadas já morreram” (UM ANO..., 1988, p. 04). “Um outro ponto importante que colabora para a morte das crianças é o alto preço dos remédios” (FOME..., 1981, p. 12), o que revela despesas das famílias com a compra de medicamentos.

Quanto às barreiras de acesso relativas à acessibilidade geográfica, a distância dos serviços de saúde e os custos com transportes aparecem como o terceiro problema de saúde mais relatado pelo MST. Conforme Tabela 5, essa problemática é mais acentuada no Norte (18,8%), Sul (14,3) e Centro-Oeste (13,3%), seguido do Nordeste (7,7%). Apesar dessa problemática não ser citada no Sudeste do país, sabemos que os assentamentos e acampamentos estão concentrados no campo, na zona rural dos municípios e/ou na beira das estradas, alguns muito distantes das cidades, locais que concentram os serviços públicos essenciais, conforme revela trecho abaixo:

Apesar das promessas do governo, não existe assistência médica e de saúde efetiva, o atendimento no Posto de Saúde ou no hospital de Ronda Alta, distante 18 km do acampamento, é difícil; já tem acontecido de colonos gastarem Cr\$ 1.000,00 em corrida de carro para ir até Ronda Alta buscando atendimento médico. É necessário a instalação de um posto de assistência médica e ambulatório permanente, junto ao acampamento (BOLETIM SEM TERRA, nº 01, 1981, p. 03).

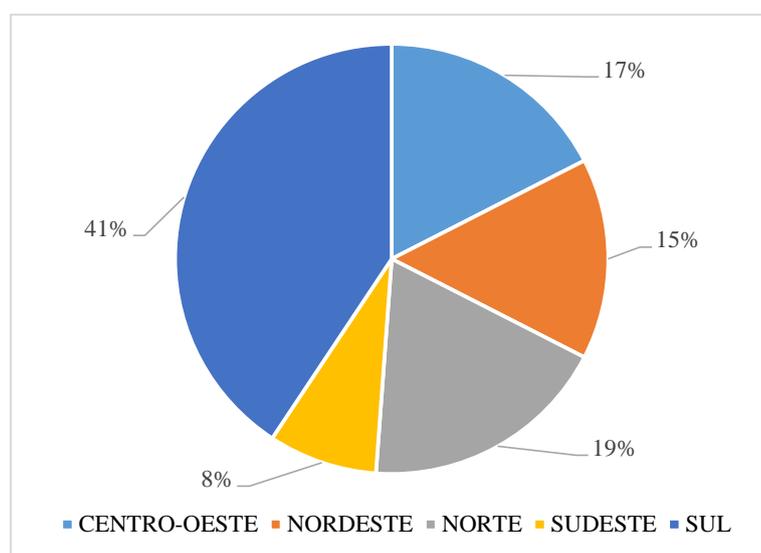
Além da distância geográfica aos serviços de saúde e dos custos com transporte, o MST ainda relata as precárias condições das estradas (intransitáveis nos períodos de chuvas) e a ausência de iluminação, bem como a precariedade ou inexistência do transporte público nessas regiões, o que constitui barreiras importantes de acesso para essas populações, como expressa o seguinte fragmento do Boletim nº 3: “não há atendimento médico sistemático no lugar e a única maneira é esperar pelo ônibus que às vezes demora três a quatro horas” (PROTESTO..., 1981, p. 05).

O MST relata a ausência de acolhimento pelos profissionais de saúde nas regiões Centro-Oeste (6,7%) e Sul (2,9). Essa categoria refere-se aos registros de negligência, discriminação, não resolutividade das suas demandas, omissão de socorro e pressão exercida

pelos agentes do governo para que abandonem os acampamentos. Os trabalhadores e trabalhadoras rurais questionam a conduta dos profissionais, em decorrência da não resolutividade das suas demandas, além do preconceito e pressão exercida pelos agentes do governo para que abandonem os acampamentos.

Quando analisamos a distribuição dos problemas de acesso por região de saúde é possível identificar que as regiões Sul (41%) e Norte (19%) concentram o maior número de casos, o que pode ser explicado pelo volume de informações coletados se referir a esses estados, muito em decorrência do surgimento do MST no Sul e das experiências de colonização no Norte e Centro-Oeste do país. Entretanto, conforme o Gráfico 2, em todas as regiões do país as populações assentadas e acampadas apresentam dificuldades de acesso ao sistema oficial de saúde.

Gráfico 2 – Distribuição dos problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1981 e 1992



Fonte: Boletins e Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1981-1992)

Assim, os dados revelam que as demandas por saúde nesse período são enormes e as respostas às necessidades de saúde dessa população resultaram, principalmente, da organização política e pressão do MST junto aos governos locais, apoio e doações de organizações políticas (movimentos, partidos, sindicatos, etc.) e religiosas e da população em geral. É comum a participação dessas entidades na doação de alimentos, remédios, roupas, bem como na prestação de cuidados em saúde. Identificamos, também, a prestação de serviços de saúde pelas Secretarias de saúde, serviços privados organizados por usinas de cana e álcool e construção de postos de saúde pelo MST, através de suas cooperativas de produção.

A oferta de serviços organizada pelas Secretárias de Saúde inclui a visita de profissionais de saúde aos acampamentos vinculados ao MST. No Boletim nº 16 (1981), na sessão *Acampados querem assistência médica*, os trabalhadores Sem Terra divulgam uma nota da Associação Gaúcha de Médicos Residentes denunciando as precárias condições de vida e higiene em que vivem a população acampada e relatam os cuidados médicos prestados. “A nota dos médicos residentes à imprensa diz que: A secretária de saúde está sendo omissa e está fazendo parte do aparato repressivo, dificultando o atendimento médico aos colonos e a melhoria das condições do acampamento” (ACAMPADOS..., 1981, p. 07). Além de denunciar as precárias condições sanitárias, o boletim ainda ressalta a importância dos residentes médicos no desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e formação de agentes de saúde entre os próprios camponeses/camponesas.

Os documentos ainda revelam os limites e restrições de acesso pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), criado em 1971, de caráter privado, urbano e curativo. “Continua enrolada a definição sobre os serviços de assistência à saúde do povo de Nova Ronda Alta. O secretário responsável pelo serviço disse que é um problema que tem de ser resolvido junto ao FUNRURAL. Livrou o corpo e aconselhou os acampados a procurar a agência do FUNRURAL em Ronda Alta” (NOVA..., 1982, p. 02).

Foi possível identificar também o acesso dos trabalhadores rurais à saúde através de serviços privados organizados pelas usinas de álcool e açúcar, mas “o atendimento médico [...] praticamente não existe. Além disso, o armazém, a farmácia [...] são da própria usina, que cobra preços altos e desconta a despesa do salário dos trabalhadores, no fim do mês” (NA USINA..., 1984, p. 07), o que corrobora para a manutenção da relação de exploração e subordinação dos trabalhadores, muitos submetidos ao trabalho análogo à escravidão.

A repressão e o autoritarismo do Estado brasileiro, impetrada pelo exército, polícias e milícias locais, também constitui uma barreira de acesso para estas populações. O cerco policial impede a entrada de medicamentos, alimentos, assistência de organizações religiosas, sindicatos rurais e partidos, etc., não permitem a saída de pessoas adoecidas e machucadas dos acampamentos e assentamentos, além de retirar os poucos serviços existentes no território, como narra o MST a retirada de “um caminhão armazém da Cobal, um posto médico e cerca de 70 funcionários da Polícia Federal, Polícia Rodoviária e INCRA” (BOLETIM SEM TERRA, nº 11, 1981, p. 02). Os trabalhadores e trabalhadoras relatam “receio de procurar os médicos da Secretaria de saúde localizada na CEMAPA, não por causa dos médicos, mais sim pelo tipo de pressão que os agentes do governo ficam fazendo para que a gente saia do acampamento” (AGRICULTORES..., 1982, p. 08).

Além de proibir a entrada de subsídios necessários à sobrevivência desse grupo, agentes do governo destroem espaços construídos pelos acampados para atendimento e conservação dos medicamentos, como ocorreu no acampamento Encruzilhada Natalino, no Rio Grande do Sul. “Acampados estavam construindo um barraco especial para atendimento de saúde e guardar no acampamento as doações de remédios, mas a polícia interveio e destruiu as armações” (POLÍCIA MILITAR..., 1981, p. 07).

Dessa forma, a ausência de bens necessários à reprodução social no campo, o que inclui o acesso à saúde, constitui uma determinação importante para expulsão dos trabalhadores, como revela trecho a seguir:

Outra forma de expulsar os agricultores da terra é pelo mau atendimento médico e, ainda, através do sistema bancário que cobra altos juros dos empréstimos agrícolas, endividando rapidamente os pequenos produtores (ROMARIA..., 1983, p. 02).

Como também, para os trabalhadores rurais, “as barragens são uma forma de expulsar o homem do campo” (ROMARIA..., 1983, p. 02). Assim, o desenvolvimento do capitalismo e suas relações de poder no campo, expresso nesse trecho pelo avanço sobre a natureza, pelo capital financeiro e pelo precário atendimento à saúde, determinam os modos de viver dessas populações e as possibilidades de acessar os bens necessário à vida.

Apesar de todos os problemas e limites de acesso aos serviços oficiais de saúde, os jornais e boletins também expressam lutas e conquistas, com forte protagonismo das mulheres. “Neste assentamento as mulheres lutaram e conquistaram moradias. A equipe da saúde, por elas organizadas, conseguiu trazer, algumas vezes por semana, um médico para consultar as crianças e levar os exames para o laboratório” (VILELA, 1988, p. 15). “Com a luta organizada os trabalhadores de sete assentamentos conseguiram a instalação de um posto de saúde. Nele são atendidas 50 pessoas por dia, abrangendo 300 famílias de todos os assentamentos do município, com acompanhamento de um médico a cada 15 dias” (LAVRADORES..., 1990, p. 10).

A resistência e conquistas dessas populações resultam de muitas articulações, apoios diversos e estratégias de luta, tema que será melhor discutido em outro tópico, mas cabe elucidar que a luta pela garantia do acesso aos serviços oficiais de saúde é componente central da luta pela terra e pela manutenção dos trabalhadores no campo brasileiro. O tema da saúde está presente nas negociações com os governos, audiências públicas, nas romarias e marchas, assembleias, nas ocupações de prédios do INCRA, prefeituras e demais órgãos públicos, bancos, etc.

Como resposta às demandas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde nesse período, ainda encontramos a construção de postos de saúde em ocupações realizadas pelo MST, ainda que de forma muito precária. Nos assentamentos a construção de estruturas de saúde e o seu funcionamento é resultado do trabalho coletivo, organizado em cooperativas, que garante melhorias econômicas e sociais nesses territórios, como revela trecho abaixo:

Aos pacientes é cobrada uma taxa simbólica. O projeto Nossa Terra libera uma pequena verba para o posto. A nova unidade sanitária Padre Ezequiel foi considerada pelas autoridades locais como a de melhor atendimento, infraestrutura e pelo trabalho de conscientização desenvolvido em escola e encontros municipais (JST, nº 95, 1990, p. 10) (Figura 12).

Como explicitado, essas experiências contam com financiamento privado das cooperativas do MST, mas também revelam a participação e investimentos da Secretaria de Saúde na organização dos serviços de saúde. Entretanto, cabe assinalar que as cooperativas têm papel fundamental na resolução das necessidades das populações assentadas, resultado da organização coletiva, unidade e resistência desse grupo. Os documentos narram melhores condições de vida e acesso aos bens fundamentais após a garantia da terra, permitindo a produção de alimentos, construção de escolas, postos de saúde, acesso à créditos, construção de moradia, acesso à água potável e esgotamento sanitário, etc.

Figura 12 – Unidade de Saúde instalada em assentamento do MST

S. Catarina

Lavradores reafirmam disposição de luta

Ocupações do Incra e prefeitura, passeata e ato público marcaram o 25 de julho, a jornada de luta dos sem terra de Santa Catarina.

Florianópolis (ST) - Mais de 60 trabalhadores rurais dos assentamentos e de oito acampamentos do estado ocuparam o Incra desta capital, em 24 de julho. Eles exigiam uma audiência com o governador.

O superintendente regional do órgão, Elio Wolf, e seu secretário permaneceram no prédio. O funcionário admite que a reivindicação dos trabalhadores é justa e afirma que fica com eles.

Arnaldo Milan, da coordenação nacional do MST denuncia que "a situação nos assentamentos é desesperada. Faltam alimentos, escolas, estradas. Os acampamentos são atacados por pistoleiros enviados pelos fazendeiros". (Laudir)

Abelardo Luz (ST) - Milhares de lavradores dos assentamentos da região manifestaram Pelas ruas da cidade no **Dia do trabalhador rural**, reivindicando créditos, preços e reforma agrária.

Paralelamente à passeata, 300 assentados e acampados ocuparam a prefeitura local para pressionar as autoridades. Eles exigiram o assentamento imediato de



A unidade sanitária Padre Ezequiel. No destaque, Juraide, a vice-presidente do conselho municipal de saúde. (fotos: Laudir Boiani)

130 famílias na fazenda S. Rosa III, em Abelardo; regularização da área do Banco Econômico, já desapropriada; desarmamento dos pistoleiros. Para os assentamentos reivindicam energia elétrica, estradas, escolas, sementes.

Obtiveram remédios, telefone e alimentos para 130 acampados durante oito dias. Ficou marcado nova negociação para agosto. (L. B.)

Posto de saúde
Abelardo Luz (ST) - Com luta organizada os trabalhadores de sete assentamentos conseguiram

a instalação de um posto de saúde. Nele são atendidas 50 pessoas por dia, abrangendo 300 famílias de todos os assentamentos do município, com acompanhamento de um médico a cada 15 dias.

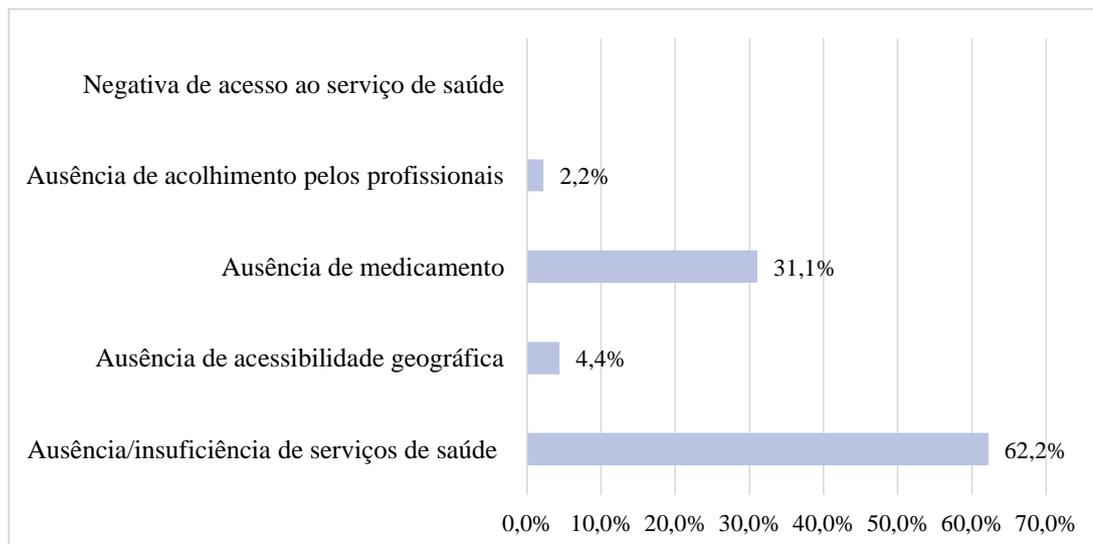
Aos pacientes é cobrada uma taxa simbólica. O projeto **nossa terra** libera uma pequena verba para o posto. A nova unidade sanitária Padre Ezequiel foi considerada pelas autoridades locais como a de melhor atendimento, infra-estrutura e pelo trabalho de conscientização desenvolvido em escola e encontros municipais. (L.B.)

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 95, 1990, p. 10)

c) Período 1993-2002

Assim como no primeiro período, o principal problema de acesso à saúde relatado pelo MST refere-se à ausência/indisponibilidade de serviços de saúde (62,2%), seguido da ausência de medicamentos (31,1%), distância geográfica dos estabelecimentos de saúde e custos com transporte (4,4%) e ausência de acolhimento (2,2%), não sendo capturado registros de problemas relacionados à negativa de acesso (Gráfico 3). Verifica-se alta nos percentuais relativos à falta de medicamentos, em particular na região Nordeste, enquanto observamos uma pequena queda nos problemas relacionados às categorias ausência/insuficiência de serviços de saúde e acessibilidade geográfica.

Gráfico 3 – Principais problemas de acesso aos serviços de saúde relatados pelo MST entre 1993 e 2002



Fonte: Boletins e Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1993-2002)

Conforme Tabela 6, quando analisamos os problemas de acesso por região do país é possível verificar que a ausência/insuficiência de serviços de saúde permanece como a primeira e principal barreira de acesso para as populações assentadas e acampadas nas regiões Centro-Oeste, (77,8%), Norte (71%), Sul (71,4%), Nordeste (40%) e Sudeste (40%). Entretanto, houve um aumento nos percentuais relativos à ausência de medicamentos quando comparado ao período anterior.

Tabela 6 – Principais problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1993 e 2002

PROBLEMAS DE ACESSO	CENTRO-OESTE		NORDESTE		NORTE		SUDESTE		SUL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausência/insuficiência de serviços de saúde	7	77,8	4	40	5	71,4	2	40	10	71,4
Ausência de acessibilidade geográfica	1	11,1	-	-	-	-	1	20	-	-
Ausência de medicamento	1	11,1	6	60	2	28,6	2	40	3	21,4
Ausência de acolhimento pelos profissionais	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7,1
Negativa de acesso ao serviço de saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	9	100	10	100	7	100	5	100	14	100

Fonte: Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1993-2002)

Verificamos a permanência dos problemas relacionados à ausência de serviços de saúde, insuficiência e precariedade dos serviços de saúde e pagamento de serviços de saúde. Os documentos revelam a indisponibilidade de serviços de saúde nos territórios em que estão os acampamentos e assentamentos do MST, como expressam esses trechos nas regiões Centro-oeste e Sul:

As 3 mil famílias acampadas não possuem **nenhuma assistência no que diz respeito à saúde**, educação e cesta básica. Já as famílias assentadas estão nas seguintes condições: [...] **não é garantido o atendimento médico** e as famílias enfrentam doenças como malária, hepatite, lepra e viroses tropicais desconhecidas (TERRA..., 1995, p. 11) (grifos nossos).

Em todos os acampamentos há fome, frio e **falta de assistência médica**. Este total abandono ocasionou, desde as últimas negociações, a morte de duas crianças: uma em São Miguel das Missões e uma no Acampamento de Não-Me-toque, vítimas de desnutrição (COLONOS..., 1993, p. 06) (grifos nossos) (Figura 13).

Figura 13 – Sem Terra relatam ausência de assistência médica nos acampamentos (Rio Grande do Sul)

Rio Grande do Sul

Colonos sem terra voltam a Porto Alegre cobrando as promessas



Cerca de 250 agricultores sem terra voltam a Porto Alegre a fim de mobilizar a sociedade e exigir o cumprimento das promessas feitas pelo presidente Itamar Franco e seu Ministério, no término da greve de fome. Os trabalhadores rurais chegaram no dia 29 de junho, realizaram um Ato Público na frente da Prefeitura de Porto Alegre e permaneceram acampados até o dia 5 de junho no Parque Redenção, no centro da capital.

Nas negociações ocorridas no dia 5 de abril deste ano, com o governo federal, ficou acertada a compra de 2460 ha. de terra para assentar imediatamente 170 famílias, a liberação emergencial de recursos, auxílio moradia para os assentados, alimentação para as famílias acampadas e um cronograma de assentamento para os restantes, que deveria ser iniciado 60 dias após audiência.

Hoje, continuam acampadas 580 famílias em São Miguel, 520 em Não-Me-Toque, 40 na Embrapa, em Bagé, 33 no Cedec em Santa Maria e 100 na Fazenda Anonni, em Sarandi. Dos acordos firmados com o presidente foram liberados apenas 600 ha. de terra e 30 mil kg. de feijão podre. O mesmo aconteceu com o

auxílio moradia e o de alimentação que não foi atendido pela LBA Nacional, assim como o Congresso Nacional não votou o pedido de verbas para assentar 40 famílias na área da Embrapa.

Em todos os acampamentos há fome, frio e falta de assistência médica. Este total abandono ocasionou, desde as últimas negociações, a morte de duas crianças: uma em São Miguel das Missões e uma no acampamento de Não-Me-toque, vítimas da desnutrição.

Durante a semana em que ficaram acampados em Porto Alegre, os colonos fizeram diversas mobilizações e visitaram as vilas da periferia da cidade, participando das reuniões do orçamento participativo promovido pela prefeitura de Porto Alegre, onde divulgaram e debateram com a população a luta do MST. Como forma de aproximar o trabalhador do campo com o da cidade, os colonos visitaram a metalúrgica Zivi Hércules, onde distribuíram produtos dos assentados para os operários, demonstrando que a luta por uma sociedade mais justa e digna, passa pela união dos trabalhadores.

(E. Dueñas)

Com relação à insuficiência dos serviços prestados e precarização da atenção, os boletins e jornais revelam a carência de profissionais de saúde para atender as demandas da população, número reduzido de unidades de saúde, ausência de agentes comunitários nos territórios, falta de recursos, interrupção de serviços, conforme os trechos abaixo:

Esta falta de recursos se reflete até na atividade de uma das grandes conquistas do setor de saúde do MST-ES: o TRANSCOL, um ônibus de visita aos assentamentos equipado com gabinete dentário, com capacidade de fazer tratamento de canal, um consultório ginecológico, clínico e pediátrico. Como o **governo vem alegando que não tem recursos**, as visitas do Transcol se limitam a aplicar flúor, limpar tártaro e dar aula de escovação, vacinas e consultas médicas (EM LUTA..., 1993, p. 06) (grifos nossos) (Figura 14).

Por outro lado, **os hospitais públicos não oferecem as condições necessárias de atendimento** e, além disso, os assentamentos, em sua maioria, ficam distantes das cidades (SAÚDE..., 1993, p. 07) (grifos nossos).

Figura 14 – Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra relatam insuficiência dos serviços de saúde e precarização da atenção

Espírito Santo

Em luta pela saúde dos Trabalhadores Rurais

Dona Maria milita pelos sem terra do Espírito Santo, mesmo antes de 85, quando o Movimento Sem Terra foi "oficializado" para os trabalhadores rurais. De lá para cá, ela sempre esteve junto com os trabalhadores nas ocupações de terra. Levou "cacete da polícia, alguns empurrões, cadeia..."

Ela continua lutando pela melhoria das condições de vida do trabalhador rural, mas agora, vem desenvolvendo um trabalho em outra trincheira. Ela coordena o Setor de Saúde do MST deste estado e, junto com outros companheiros, vêm gerando importantes avanços nesta área fundamental e tão desassistida no meio rural: a SAÚDE.

Já faz dois anos que ela vem conduzindo este setor. Ela foi convidada pela direção do MST para trabalhar nesta área, por que já havia trabalhado com enfermagem por quatro anos. O trabalho começou quando o MST conseguiu um projeto para realizar um curso para preparar agentes de saúde dos assentamentos para darem um acompanhamento para seus companheiros.

Assim, foi se formando uma equipe de saúde do Movimento. Uma parte ficou encarregada de negociar e buscar recursos e a maioria se espalhou pelas regiões, formando uma equipe de saúde para trabalhar na área, tornando-se referência para os assentados. D. Maria diz que para fazer parte de uma equipe, não é necessário ter curso de agente. Basta que sejam pessoas que se proponham a discutir e a ajudar quando surgem problemas de saúde no assentamento.

Em geral, segundo D. Maria, "os problemas mais comuns são com o transporte, a alimentação a falta de informação". Ela conta que muitas vezes o que falta é um pouco de conhecimento para buscar alternativas frente a alguns problemas de saúde. Por esta razão, o setor de saúde do MST-ES busca trabalhar sobretudo com a formação.

Ja foram feitos três cursos de agentes de saúde no Espírito Santo, onde os companheiros receberam aulas práticas e teóricas. Só a partir do segundo curso é que o governo colaborou com recursos. Entretanto os agentes formados pelo terceiro curso ainda estão a espera do estágio, pois o governo alega não ter dinheiro para bancar o material e eles ainda não se sentem seguros para trabalhar sem mais experiência prática.

Esta falta de recursos se reflete até na atividade de uma das grandes conquistas do setor de saúde do MST-ES: o Transcol, um ônibus de visita aos assentamentos equipado com gabinete dentário, com capacidade para fazer tratamento de canal, um consultório ginecológico, clínico e pediátrico. D. Maria conta que, como o governo vem alegando que não tem recursos, as visitas do Transcol se limitam a aplicar flúor, limpar tártaro e dar aula de escovação, vacinas e consultas médicas. Os primeiros assentamentos que receberam a visita dos Transcol foram os mais numerosos e com mais dificuldades e que muitas das crianças dessas áreas nunca tinham recebido qualquer tipo de vacina.

A Fitoterapia é uma alternativa

D. Maria acha que seria fundamental que os assentados



"Me sinto honrada em pertencer, em ser militante do Movimento Sem Terra. Eu acho que vou ficar muito triste quando for impedida mesmo. Eu tenho feito de tudo para continuar nesta luta". Dona Maria

acreditassem mais na fitoterapia (tratamento baseado em plantas e ervas), "pois aí eles descobririam que até comendo eles estão se curando, e, assim, evitam ter de tomar drogas da farmácia", pois, além de terem que pagar por eles, podem vir a adquirir vários outros problemas tomando estes remédios", avisa ela. Com a fitoterapia, D. Maria tem esperança de que, pelo menos, 80% dos problemas, seriam resolvidos. Entretanto, ela lamenta que o pessoal muitas vezes não acredita no agente que está lá na sua comunidade, em suas receitas simples. Então vão procurar recursos nos médicos. "Quando a gente vê que é coisa de médico, a gente manda para o médico. Agora, tem muita coisa que a gente mesmo pode resolver e que não é coisa de médico", afirma ela. Com isso, "os companheiros às vezes ficam uma semana atrás de uma ficha e só conseguem superlotar os ambulatórios, sem resolver seu problema", avalia ela.

Outra dificuldade enfrentada pelos agentes, é que os assentados muitas vezes os confundem, achando que eles são responsáveis para levarem seus filhos no médico, as mulheres para ganhar neném, etc. E aí, como ela diz, "as coisas começam a ficar tumultuadas e os agentes ficam sobre-carregados". Quando surgem estes problemas, D. Maria vai para o assentamento, convoca uma reunião e trata de explicar para a comunidade que não é essa a tarefa do agente, pois seu trabalho não pode virar assistencialismo. Segundo ela, o agente deve discutir e articular os assentados para exigirem seus direitos na área de saúde, procurando fazer lutas que tragam o bem comum, como a construção e o aparelhamento de postos de saúde e medicamentos.

Uma receita caseira de Dona Maria para curar a sarna

Juntar álcool concentrado ou absoluto com folhas de arruda maduras ou secas. Deixar três dias de molho e depois passar nas áreas atingidas.

SETEMBRO / 93

Os jornais também relatam a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que funcionam nas fazendas, organizados pelos latifundiários. Em regime de trabalho escravo e submetidos à precárias condições de vida e saúde, “há muitas pessoas que estão doentes, acidentadas, que não foram atendidas na fazenda e foram encaminhadas pelos fiscais do Grupo Móvel para os hospitais de Redenção” (180 TRABALHADORES..., 2002, p. 15), revelando a incapacidade de respostas às necessidades de saúde dessa população.

Nesse período identificamos a atuação de agentes comunitários de saúde (JST, nº 126, 1993) em áreas de assentamentos e acampamentos e aparece, pela primeira vez, a menção ao SUS nos jornais do MST, no exemplar de número 127 do Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1993). Nesse sentido, o Movimento descreve os problemas de acesso à saúde, reconhecendo as barreiras existentes no SUS, citando o caso das vítimas do Massacre de Eldorado do Carajás, que ilustra as dificuldades de garantir assistência integral à saúde.

Desde o massacre, estes companheiros perambulam pelos corredores de hospitais atrás de tratamento digno e necessário para as sequelas deixadas pelos tiros de balas dados pelos policiais militares. Até agora, a única coisa que conseguiram foi o desprezo por parte do governo e o agravamento das condições físicas. Devido as péssimas condições de tratamento médico, mais dois companheiros morreram após o massacre. Os Sem Terra pedem tratamento médico especial, mas a juíza entendeu que eles devem receber o tratamento médico oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (VÍTIMAS..., 2001, p. 07).

Os jornais ainda revelam que o MST entrou com processo judicial exigindo que “o Estado cumpra com os deveres aos quais se comprometeu, que é de prestar tratamento médico necessário a todas as vítimas” (GOVERNO..., 2002, p. 07), judicializando o acesso ao tratamento de saúde. Diante da não garantia do direito à saúde, encontramos nesse período notícias sobre a compra de serviços privados de saúde pela população do MST, sendo que as despesas com saúde incluem compra de remédios e pagamento de tratamentos, como evidencia trecho abaixo.

Em 1993 foi operada do ouvido, mas na caravana das mulheres pelo Salário Maternidade, em Brasília, foi agredida por um policial que deu um soco em seu ouvido e o fez infeccionar muito. Passou por várias cirurgias sem sucesso. Hoje ela está com câncer no ouvido e necessita de recursos para uma nova operação e compra de medicamentos. Teve que se desfazer de todos seus bens materiais para pagar advogados e seus tratamentos, tendo uma dívida altíssima com o banco (CAMPANHA..., 1996, p. 16).

A indisponibilidade de medicamentos é o segundo problema de saúde mais relatado pelo MST no período em análise, em particular nas regiões Nordeste (60%), Sudeste (40%), Norte (28,6%), Sul (23,1%) e Centro-Oeste (11,1%). Assim como no primeiro período, além do não cumprimento dos acordos pelos governos locais de garantia do acesso aos medicamentos, a atuação autoritária e violenta da polícia e de pistoleiros impedem o acesso de organizações parceiras nos acampamentos e assentamentos e a doação de medicamentos, alimentos, roupas, etc., como vemos a seguir:

O governo do Pará comprometeu-se em negociar com o INCRA o assentamento das 3500 famílias e enviar, em 12 dias, alimentos e 70 caixas de remédios para o acampamento. O Prazo passou e os remédios e alimentos não chegaram (A BRIGA..., 1997, p. 09).

As estradas de acesso à fazenda Rio Novo foram bloqueadas pela polícia, dificultando a entrada de alimentos, remédios e roupas. Em muitas madrugadas, bombas foram lançadas contra o acampamento (GOVERNO DO PARANÁ..., 1999, p. 13).

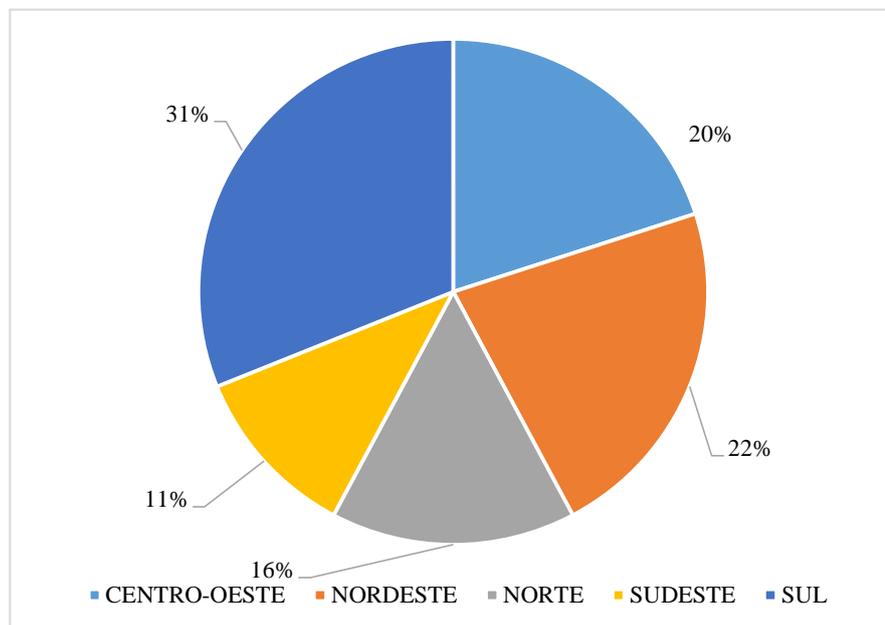
O MST também ressalta a postura autoritária e preconceituosa dos profissionais de saúde, que recriminam a vinculação à luta política e a situação em que vivem as mães e suas crianças nos acampamentos, como revela esse trecho: “aqui todo mundo tem bronquite e a gente tem medo de levar as crianças para o Hospital porque eles dizem que não é para criar os filhos nessas condições que nós estamos vivendo” (OLIVEIRA, C., 2002, p. 06) (*sic*). A falta de acolhimento e o estigma geram medo, e constituem mais uma barreira de acesso para essa população, problema identificado apenas na região Sul (7,1%).

Quanto às barreiras de acesso relativas à acessibilidade geográfica, a distância dos serviços de saúde aparece como o terceiro problema de saúde mais relatado pelo MST nesse período. Conforme Tabela 6, essa problemática foi identificada no Sudeste (20%) e Centro-Oeste (11,1%) do país e refere-se à distância entre os assentamentos/acampamentos dos serviços de saúde, não sendo identificado nesse período o pagamento de despesas com transportes para tratamento de saúde. O MST descreve a experiência no Mato Grosso evidenciando que “se precisarem de atendimento de primeiros socorros só encontrarão na cidade mais próxima, que fica entre 150 a 450 km de onde estão assentados, cujo acesso é por picadas e os doentes tem que ser carregados em redes” (TERRA..., 1995, p. 11).

Quando analisamos a distribuição dos problemas de acesso por região de saúde é possível identificar que as regiões Sul (31%) e Nordeste (23%) concentram o maior número de casos, conforme Gráfico 4. Entretanto, em todas as regiões do país as populações assentadas e

acampadas apresentam dificuldades de acesso ao sistema oficial de saúde, com grandes barreiras de acesso para a população do campo.

Gráfico 4 – Distribuição dos problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 1993 e 2002



Fonte: Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (1993-2002)

Os problemas de acesso e a busca pela garantia do direito fundamental à saúde sempre estiveram presentes nos debates e nas pautas de reivindicação e negociação com os órgãos públicos e governos, e fazem parte das diversas ações de mobilização organizadas pelo MST. As respostas às demandas de saúde dessas populações é resultado da organização política do MST e articulação com diversas organizações, movimentos populares, partidos e população em geral, que prestam apoio e contribuem com doações de alimentos, remédios, realizam campanhas de arrecadação, visitas, etc. O MST também reconhece a importância do apoio dos governos e prefeituras vinculadas aos partidos de esquerda, além da atuação dos “agentes de saúde que lhes garantem uma certa assistência médica” (ASSENTAMENTO..., 1993, p. 05).

O MST relata outras conquistas no campo do acesso à saúde nesse período, como “a construção de mini-postos nos assentamentos que são equipados com materiais como seringas, aparelhos de medir pressão, remédios, etc.” (SAÚDE... 1993, p. 07) (Figura 15); projeto TRANSCOL – um ônibus equipado para atendimento médico e dentário nos assentamentos e acampamentos do MST/ES (JST, nº 127, nº 129, 1993; nº 145, 1995) (Figura 15); construção de postos de saúde em assentamentos (JST, nº 132, 1993; nº 143, 1994; nº 162, 1996; nº 166,

1997; nº 221, 2002); contratação de agentes comunitários de saúde (JST, nº 127, 1993; nº 164, 1996; nº 201, 2000); aquisição de medicamentos (JST, nº 141, 1994).

Por fim, ainda é possível identificar, nos documentos, a posição do MST de defesa dos SUS e de programas oficiais, como no caso das Trabalhadoras Rurais do Rio Grande do Sul que exigem a implantação do Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (JST, nº 178, 1998). Como também na região amazônica, os trabalhadores e trabalhadoras rurais defendem “uma ofensiva para implementar programas de saúde preventiva e assistência sanitária em todos os seus assentamentos e acampamentos” (REGIONAL..., 1998, p. 07).

Figura 15 – MST conquista hospital móvel para atender assentamentos



Espírito Santo

Estado avança na Educação

No Espírito Santo, a preocupação com educação das crianças já existia mesmo antes da conquista do primeiro assentamento.

Em todas as discussões, as colocações iam no sentido da busca por uma escola diferente, onde as crianças aprendessem a verdadeira história do povo e assuntos relativos a sua vida e ao seu trabalho no meio rural.

No início era só uma idéia. Essa idéia começou a ser discutida profundamente e resultou em um primeiro rascunho de um projeto, com objetivos, metodologias e metas.

Para que este projeto tomasse corpo, houve ajuda de muitos companheiros e companheiras que tinham o mesmo sonho.

Contamos com a grande colaboração de monitores das Escolas Famílias Agrícolas, principalmente da EFA de Jaguaré de do Km 41 que já tinham longa experiência de uma educação alternativa para atender filhos de pequenos agricultores e meeiros.

Com a consolidação do MST no Espírito Santo, os novos assentamentos já começaram discutindo a proposta de uma educação que realmente ajudasse aos trabalhadores na

reflexão, análise crítica da realidade e que se preocupasse com a formação de sujeitos capazes de construir a sua história.

Conquistas

Em 1985, as três primeiras escolas atendiam 120 crianças. Com o avanço da luta, novas escolas foram surgindo.

Atualmente, existem 21 escolas, sendo que 6 atendem de 1ª à 8ª séries, atingindo mais de 1300 crianças.

Junto com a demanda das escolas, também surge a preocupação da sistematização do projeto de educação dos trabalhadores que foi encaminhado ao Conselho Estadual de Educação para ser apreciado. Finalmente, em dezembro de 1992, o Conselho deu parecer favorável ao projeto.

Apesar das muitas dificuldades enfrentadas, os resultados são compensadores. Muitos alunos já estão assumindo a luta desempenhando atividades dentro da organização dos assentamentos e do MST. Outros continuam os estudos de 2º grau, se preparando para o futuro da luta

pela reforma agrária. Além disso são desenvolvidos encontros de formação de professores, e o projeto vem ganhando como aliadas outras entidades que vêm prestando assessorias nos encontros e seminários.

Apesar destes bons resultados, a proposta de educação do MST ainda não chegou a todas as escolas dos assentamentos e ainda

há uma grande dificuldade de capacitar os professores técnica e politicamente e de envolver o conjunto do MST nas discussões permanentes. De qualquer modo, a caminhada da educação do MST no Espírito Santo avança e o setor já está colocando como meta chegar ao 2º grau. (A. Souza)

Saúde também é prioridade

Os assentamentos do Espírito Santo enfrentam muitos problemas em relação à saúde, pois a maioria dos trabalhadores são provenientes de famílias pobres, onde vivem em péssimas condições de vida como alimentação desequilibrada, moradias sem o mínimo de condições de higiene, falta de informação, etc. Por outro lado, os hospitais públicos não oferecem as condições necessárias de atendimento e além disso, os assentamentos, em sua maioria, ficam distantes das cidades.

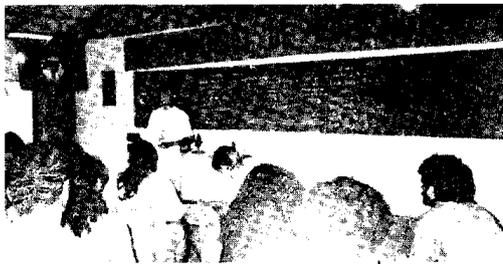
Diante destas inúmeras dificuldades, foi que em novembro de 1991 o MST promoveu o primeiro curso para formação de agentes de saúde dos assentamentos que foi dividido em três etapas que se encerraram em agosto de 92.

Hoje os assentamentos do estado contam com 40 agentes de saúde que foram preparados para contribuir na solução de alguns problemas enfrentados. Para a formação deste grupo, o MST contou com

o apoio do SUS (Sistema Único de Saúde) de São Mateus, da Emater, do Grupo SOS Plantas Medicinais, Hospital do Mepes (Movimento Educacional Promocional do ES) e médicos e enfermeiros interessados em contribuir com esta causa.

Com este grupo de agentes, estruturou-se um Setor de Saúde do MST que é composto por 5 pessoas, sendo que a coordenadora do setor é uma enfermeira assentada. Esta equipe faz toda a programação das atividades nos assentamentos, como palestras, cursinhos, articulações de estágios, formação de equipes de saúde nos assentamentos, audiências e reuniões com secretarias municipais e estadual de saúde.

O setor conseguiu conquistar a construção de mini-postos nos assentamentos que são equipados com materiais como seringas, aparelhos de medir pressão, remédios, etc.



MST conquista hospital móvel para atender assentamentos

Neste ano, o MST do Espírito Santo conseguiu, junto à secretaria estadual de saúde, a aprovação do Projeto Transcol que é um hospital ambulante, ou seja, um ônibus equipado para o atendimento médico e dentário. Ele atuará nos assentamentos de acordo com a programação elaborada conjuntamente com o setor de saúde do MST. O primeiro trabalho foi feito nos dias 22 e 23 de maio no Assentamento Vale da Vitória, onde foram realizadas consultas médicas, palestras, vacinação, apresentação de vídeos, fórum de discussão com entidades e a programação da visita de ônibus em outros assentamentos.

Este trabalho do Setor de Saúde vem trazendo inúmeros benefícios para os assentamentos e para a luta pela reforma agrária. Os cursos para novos agentes de saúde continuam sendo realizados e muitos pequenos agricultores das comunidades vizinhas dos assentamentos também estão

sendo beneficiados, o que vem repercutindo muito positivamente para a luta do MST no estado.

O Setor de Saúde do MST do Espírito Santo quer expandir esta proposta e esta experiência para os outros estados, para que os assentamentos do MST ofereçam as melhores condições possíveis de sobrevivência para o trabalhador rural.

A luta pela saúde é uma luta ampla que não apenas visa uma consulta médica ou uma seringa para aplicar injeção. É uma luta que busca uma mudança na estrutura da saúde pública brasileira; contra a corrupção, contra as péssimas condições de atendimento nos hospitais e pela realização de uma reforma agrária que ofereça condições dignas para que o trabalhador rural se fixe no campo sem ter que ir para as grandes cidades para obter atendimento médico de qualidade. (A. Souza)

Minas Gerais

Resistência e Luta dos Sem Terra de Minas Gerais

Em 1º de junho de 1993, cerca de 150 famílias de trabalhadores rurais sem terra ocuparam a Fazenda Califórnia. Uma parte dessas famílias estava acampada há mais de um ano, às margens da BR 116 do município de Carai, aguardando uma solução, já que o Incra às considerou excedentes do acampamento da Fazenda Aruega. Os 3.016 ha da fazenda foram desapropriados em junho de 1988, mas o processo se encontra no Supremo Tribunal de Brasília aguardando o parecer do juiz para que a posse seja emitida.

Nesta região, a do Vale do Rio Doce, é grande a concentração de terra. Para cada 1 hectare de lavoura cultivada, existe seis de pastagens. A maior parte

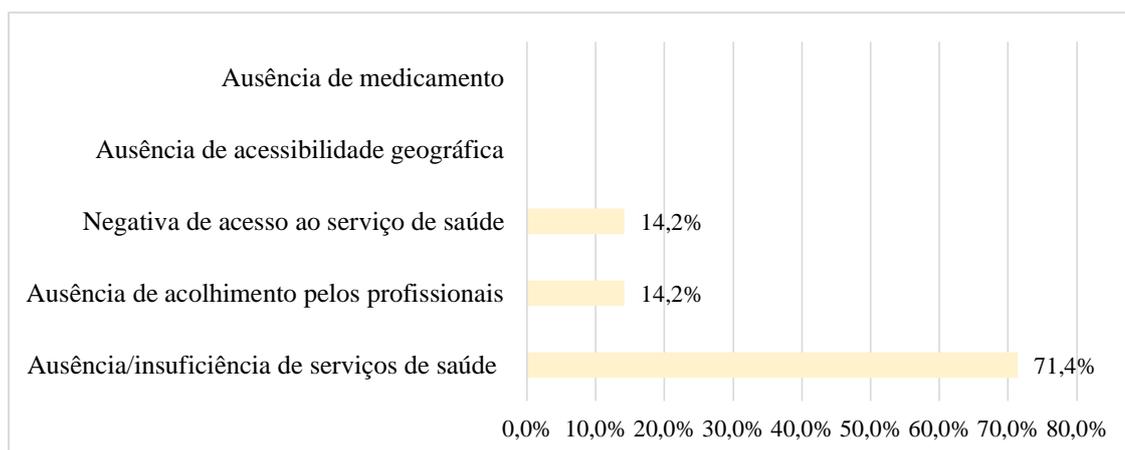
da população se encontra nas áreas urbanas. Em Governador Valadares, por exemplo, pouco mais de 2% da população vive na área rural. Em consequência da concentração da terra e da renda está aumentando cada vez mais o número de famílias.

No acampamento, é grande a expectativa e as famílias enfrentam grande dificuldade de alimentação, água e infraestrutura. Várias entidades e partidos políticos estão sendo solidários com as famílias do acampamento. A polícia militar fez uma barreira a 2 km do acampamento, de onde controla a entrada e a saída de pessoas. Os policiais declararam à imprensa que só agirão mediante mandado judicial. (G. Rodrigues)

d) Período 2003-2014

Assim como nos períodos anteriores, o principal problema de acesso aos serviços de saúde apontados pelos documentos refere-se à ausência/insuficiência de serviços de saúde (71,4%), seguido da ausência de acolhimento (14,2%) e da negativa de acesso ao serviço de saúde (14,2%) (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Principais problemas de acesso aos serviços de saúde relatados pelo MST entre 2003 e 2014



Fonte: Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (2003-2014)

Observa-se, também, que a ausência/insuficiência de serviços de saúde permanece como a primeira barreira de acesso para as populações assentadas e acampadas nas regiões Nordeste (100%) e Sul (75%). No Norte a metade dos registros dos problemas relatados no período refere-se ausência/insuficiência de serviços de saúde (50%), seguido da ausência de acolhimento pelos profissionais (50%) (Tabela 7). A região Sul concentra os casos de negativa de acesso ao serviço de saúde (25%) do período. Conforme ainda revela a tabela abaixo, há uma queda no número de casos de problemas de acesso nesse período nas regiões Norte, Sul e Nordeste, não sendo identificados registros nas demais regiões do país.

Tabela 7 – Principais problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 2003 e 2014

PROBLEMAS DE ACESSO	NORTE		SUL		NORDESTE	
	n	%	n	%	n	%
Ausência/insuficiência de serviços de saúde	1	50	3	75	1	100
Ausência de acessibilidade geográfica	-	-	-	-	-	-
Ausência de medicamento	-	-	-	-	-	-
Ausência de acolhimento pelos profissionais	1	50	-	-	-	-
Negativa de acesso ao serviço de saúde	-	-	1	25	-	-
TOTAL	2	100	4	100	1	100

Fonte: Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (2003-2014)

Assim como nos períodos anteriores, verificamos a permanência dos problemas relacionados à ausência e insuficiência de serviços de saúde e pagamento de serviços de saúde. Com relação a insuficiência dos serviços prestados os documentos revelam a indisponibilidade de serviços de saúde em acampamentos do MST na região Nordeste, como expressa esse trecho no estado de Alagoas (Figura 16):

Além disso, a ação visou exigir das autoridades medidas emergenciais, como distribuição de cestas básicas para as famílias que estão passando fome e liberação de sementes, água, energia elétrica e **instalação de postos de saúde** para os assentamentos (TRABALHADORES..., 2003, p. 07) (grifos nossos).

Figura 16 – Sem Terra denunciam a miséria e a indisponibilidade de serviços de Saúde nos acampamentos

Alagoas

Trabalhadores sem terra trancam BR-316

Cerca de 200 famílias de trabalhadores rurais sem terra do agreste de Alagoas realizaram um protesto em 12 de fevereiro na BR-316, rodovia que liga Arapiraca a Palmeira dos Índios. A interdição, que durou por volta de três horas, teve como objetivo despertar a atenção da sociedade para a situação de miséria em que vivem as crianças, mulheres e homens sem terra acampados em todo o Estado. Além disso, a ação visou exigir das autoridades medidas emergenciais, como distribuição de cestas básicas para as famílias que estão passando fome e liberação de sementes, água, energia elétrica e instalação de postos de saúde para os assentamentos.

As famílias já tinham promovido um trancamento na Rodovia AL-220 em 4 de fevereiro com as mesmas reivindicações. Na ocasião, os trabalhadores conseguiram agendar uma reunião com representantes do governo do Estado e de outras entidades, com o objetivo de buscar soluções para os problemas das famílias. Porém, nada foi decidido. O descaso das autoridades, aliado à falta de comida nos acampamentos, resultou em um novo protesto.

O MST obteve junto ao Governo de Alagoas, a distribuição de 1400 cestas básicas nos acampamentos do Movimento, a partir do dia 15/02. Apesar das cestas conterem apenas 1kg de cada alimento, a exigência foi

atendida principalmente pela força das mobilizações.

A negociação das outras exigências se deu em uma nova reunião, desta vez em Maceió, entre lideranças do MST, representantes do Governo do Estado, Comissão de Direitos Humanos da OAB, o superintendente do Incra e o Ouvidor Agrário Nacional, Gercino Silva.

Neste encontro ficou acertado com o Incra a liberação de mais 1500 cestas básicas para segunda-feira, 17/02. Até o fechamento desta edição já haviam sido liberadas, 2.300 das 3.100 cestas básicas prometidas. O Incra confirmou a liberação do restante dos alimentos até o fim de fevereiro. Segundo Marcone Alves, da direção estadual do MST, o Governo de Alagoas se comprometeu a iniciar em março, obras de infra-estrutura, como eletrificação e saneamento nos assentamentos de Nova Esperança e Jurema. Foi feita a promessa de que estas obras se estenderão aos outros assentamentos do Estado.

Também para março, ficou decidida a conclusão da Aduutora Multiuso Sertão Alto, com recursos do Incra. “A distribuição das cestas básicas e os encaminhamentos para infra-estrutura nos assentamentos deram, de imediato, para acalmar o pessoal. Só espero que a ajuda alimentar não acabe e que os encaminhamentos de infra-estrutura sejam realmente implementados”, conclui Marcone.

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 227, 2003, p. 07)

Quanto à insuficiência dos serviços disponíveis nos territórios, o MST descreve barreiras de acesso às unidades de saúde existentes, em particular da rede hospitalar. No Sul do Brasil, o Movimento relata dificuldades em acessar os hospitais municipais, como também a negativa do atendimento às crianças acampadas, como aparece nos trechos abaixo:

A marcha, que havia partido de Cruz Alta, realizou diversas palestras e ações de solidariedades com a sociedade, entre elas, um abraço simbólico em defesa do Hospital do Município de Júlio de Castilhos, **em protesto contra a falta de acesso à saúde das famílias acampadas** (FAZENDEIROS..., 2003, p. 06) (grifos nossos).

Por causa de problemas de desnutrição e diarreia, um bebê de cinco meses faleceu no acampamento, em 14 de março. As famílias suspeitam da água que utilizavam para beber e cozinhar, que era retirada de um córrego que passa no local. **O hospital público do município vizinho de Carazinho, se recusou a prestar atendimento médico à criança** (SEM TERRA..., 2006, p. 06) (grifos nossos).

No Norte do país, o MST relata as dificuldades de acesso ao sistema oficial de saúde pelas vítimas do massacre de Eldorado dos Carajás, a ausência de acolhimento/resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes e despesas com tratamento das sequelas deixadas pela violência contra os trabalhadores e trabalhadoras rurais. Para o Movimento, “a impunidade ainda impera, os envolvidos continuam livres e os sobreviventes seguem sem assistência médica e social” (DIREÇÃO NACIONAL DO MST, 2006, p. 02). “Além da falta de assistência médica, os sobreviventes de Carajás aguardam indenização da justiça. Muitas vezes, esse dinheiro é esperado para buscar tratamento para as sequelas em outros estados” (O ASSENTAMENTO..., 2006, p. 08).

Conforme trecho abaixo, o MST revela a magnitude da violência para a saúde pública, além dos efeitos diretos e indiretos, físicos, psíquicos e simbólicos para as populações que vivem nos territórios marcados pelo conflito agrário, além de denunciar a falta de resolutividade do sistema de saúde no cuidado e reabilitação daqueles e daquelas que foram vítimas da estrutura agrária brasileira.

Nos últimos anos, devido à gravidade dos ferimentos, mais três pessoas que foram baleadas no massacre morreram, elevando o número de assassinados para 22. A denúncia de que **o Estado não oferece assistência médica ou psicológica** – como ordenou a justiça- é comum entre os mutilados. “O Estado fala na mídia que dá assistência médica, mas isso não é verdade”, diz Antônio Alves, coordenador do grupo de mutilados do massacre. “Os médicos perguntam o que a gente tem, mas aí passam remédio de verme, dengue, essas coisas. Meu ouvido sai sangue, pus verde”, conta José Agarito, de 27 anos, que tomou um tiro no ouvido no dia do massacre (O ASSENTAMENTO..., 2006, p. 08) (grifos nossos) (Figura 17).

Assim como nos períodos anteriores, o autoritarismo e a violência no campo constituem barreiras de acesso à saúde para essas populações, provocam mortes por impedir o acesso aos serviços oficiais e contribuem para piora das condições de vida nesses territórios. Como revelam os trechos abaixo, a polícia impede a circulação de pessoas, a entrada de alimentos, etc., como também nega atendimento às pessoas que precisam ser encaminhadas às unidades de saúde.

A Brigada Militar dificultou a entrada e saída de pessoas no acampamento e a operação resultou na morte de um bebê de cinco meses em março. Os Sem Terra tentaram levar a criança, que estava com problemas de desnutrição e diarreia, para o hospital público do município de Carazinho, mas ela não resistiu. “Houve a demora na liberação de traslado para o atendimento médico”, constata o Comitê (COMITÊ..., 2006, p. 06).

Policiais cercaram o acampamento em uma sexta-feira e não deixaram entrar comida e nem mesmo o leite para as crianças. Passado o final de semana, os Sem Terra estavam praticamente sem comida. A polícia também se negava a levar as pessoas doentes ao hospital. As poucas que foram levadas eram interrogadas no hospital pelos policiais sobre as lideranças do acampamento. “As famílias estavam sitiadas em São Gabriel. O governo não faz a Reforma Agrária e ainda permite desmandos da polícia” (CASIRAGHI, 2009, p. 07).

Figura 17 – Mutilados pelo massacre seguem sem assistência médica e psicológica

ESPECIAL

8 JORNAL SEM TERRA – MAIO 2006

ESPECIAL

JORNAL SEM TERRA – MAIO 2006 9

O Assentamento 17 de Abril



No assentamento, cada família possui 25 hectares de terra

No mesmo ano do Massacre de Carajás, por causa da pressão da sociedade e da repercussão do caso em todo o mundo, a fazenda macazeira foi finalmente declarada improdutiva e destinada para fins de Reforma Agrária. Os Sem Terra construíram suas casas numa agrovia e próximo dali ficou a roça, onde cada família possui um lote de 25 hectares. Antes, a fazenda só tinha um dono, agora 690 famílias têm a posse da terra.

Há 35 mil cabeças de gado no assentamento e a produção diária de leite chega a 10 mil litros. Cada família produz seu próprio alimento e se organizam em uma cooperativa de trabalhadores e trabalhadoras rurais. "Hoje eu tenho minha terra, consegui anunar minha família, tenho casa para morar. O que temos hoje devemos a esses companheiros que morreram na luta", conta Miguel Pontes, que tomou um tiro na perna no dia do massacre.

Na área do lote cada família pratica a agricultura para subsistência e vende o que sobra. Todos e todas estão organizados em uma cooperativa de trabalhadores rurais. "Aqui estou produzindo arroz, milho, abóbora, banana, mamão. Começamos



As famílias produzem para sua sustentação. O que sobra é vendido

a produzir cacau e abacaxi. Tudo para sobrevivência de casa mesmo. Produzo 100 sacos de arroz, 60 de milho, 200 de mandioca por ano", diz Raimundo Gouveia, que esteve presente no dia do massacre e hoje é um dos coordenadores do assentamento.

A educação também é motivo de orgulho no assentamento 17 de Abril. A escola está presente na comunidade desde o início da luta, na época do acampamento. Hoje ela se chama Otzel Alves Pereira, em homenagem ao companheiro, de 17 anos, que foi assassinado em Carajás. Os cursos vão do ensino fundamental até o ensino médio. Além de cumprir o currículo tradicional, as aulas são voltadas para a realidade dos assentados. "Muitos pais de alunos não sabem ler e nem escrever. A gente tem até certa dificuldade de mandar tarefa para casa e os pais não podem ajudar. A questão é que eles não tiveram esta oportunidade que os filhos agora têm", explica a professora Lilian Margal da Silva.

O Assentamento de 17 de Abril carrega no nome todo o peso que foi o massacre. Mas a conquista da terra é comemorada todo dia na luta no MST. "Foi difícil até nos conseguirmos, mas depois foi só alegria e muito trabalho. Conseguimos transformar nossas vidas. No momento que você está acampado, você já está em cima da terra, você pode plantar, colher", conta Ildimar Rodrigues, um dos coordenadores do Assentamento.

Mutilados sem médicos ou indenização

Nos últimos anos, devido a gravidade dos ferimentos, mais três pessoas que foram baleadas no massacre morreram, elevando o número de assas-

Manifestações lembram companheiros que tombaram na luta pela terra

Uma década depois do Massacre de Eldorado dos Carajás, Sem Terra exigem justiça e Reforma Agrária

Em um país que se acredita democrático, dez anos depois do Massacre de Eldorado dos Carajás não há ninguém preso pelo crime. Em 17 de abril de 1996, 155 policiais militares do Pará cercaram as 1.500 famílias Sem Terra que reivindicavam a democratização da terra. Os soldados executaram 19 companheiros e feriram outros 69 no trecho conhecido como curva do "S", na rodovia PA-150. Depois de julgamentos turbulentos e denúncias de fraudes, os 144 policiais incriminados foram inocentados e apenas dois comandantes condenados. Major José Maria Pereira de Oliveira, que comandava as tropas de Parauapebas, foi condenado a 154 anos de prisão; o Coronel Mário Colares Pantoja, da tropa de Marabá, a 228 anos. Desde o ano passado, eles aguardam o recurso da sentença em liberdade.



No Distrito Federal, Sem Terra planta uma árvore para homenagear os mártires de Carajás

Foi para protestar contra essa situação de desleixo e impunidade da Justiça que o MST organizou em todo o país uma jornada de lutas para lembrar os companheiros assassinados e exigir agilidade no processo de democratiza-

ção da terra. Em abril, no mesmo local da chacina, jovens Sem Terra participaram do acampamento pedagógico.

"Sinto que aqueles que poderiam produzir alimentos, melhorar o país estão sendo mortos a cada dia pela falta de justiça"

Chico Buarque, cantor e compositor



Fotos de Sebastião Salgado foram expostas no Acampamento pedagógico

As 17h30, mesmo horário em que ocorreu o massacre, o tráfico na rodovia foi interrompido pelos manifestantes. Também foram realizados atos e manifestações em todo o estado do Pará.

Nas regiões Norte e Nordeste, famílias Sem Terra fizeram vigílias em Rondônia, ocupações na Bahia, manifestações na Paraíba e em Alagoas. No sul do país, os trabalhadores rurais caratrinenses fizeram uma marcha, já no Rio Grande do Sul, foram traçados 12 pontos de rodovias por 19 minutos para lembrar da morte dos companheiros no Pará.

Em Campos dos Goytacazes, no Rio de Janeiro, organizações sociais realizaram um ato em repúdio à impunidade e duas ocupações de terra em Minas Gerais. No Distrito Federal, parlamentares realizaram sessões solenes na Câmara dos Deputados Federais e na Assembleia Legislativa; no Mato Grosso, camponeses fizeram uma vigília em frente à sede da Justiça Federal de Goiânia; no Mato Grosso do Sul, cerca de cem trabalhadores e trabalhadoras rurais dos acampamentos Carlos Mariaghelli, Otzel Alves e Ernesto Che Guevara lotaram o Banco de Sangue da Santa Casa, da capital, tendo como lema que sangue de trabalhador é para salvar vidas e não ser derramado pela violência.



O sacrifício dos massacrados não foi em vão

Violência continua no Pará

A usadia dos latifundiários no Pará não se intimidou mesmo após o Massacre de Carajás. Em março de 1998, dois anos depois dos assassinatos, os companheiros do MST Onalício Araújo Barros e Valentin Serra, conhecidos como "Fusquinha" e "Doutor", foram mortos. Sete anos após o crime, a justiça do estado ainda não preparou o inquérito. Ninguém foi acusado ou preso. O caso está completamente parado: nenhuma audiência foi marcada nos últimos cinco anos.

A ação criminosa do latifúndio ocorre em todo o país. Em 20 de novembro de 2004, pistoleiros invadiram o acampamento Terra Prometida, em Felisburgo, em Minas Gerais e mataram cinco Sem Terra. Outras 12 pessoas foram feridas à bala. Barracos e a escola local foram queimados. Dos 18 pistoleiros que participaram da chacina, apenas três estão presos. "Infelizmente, a Justiça do país é lenta, só age em função dos mais pobres. Só vejo uma saída para aperfeiçoar o nosso processo democrático: fortalecer os movimentos e as mobilizações populares", acredita o teólogo Frei Betto.



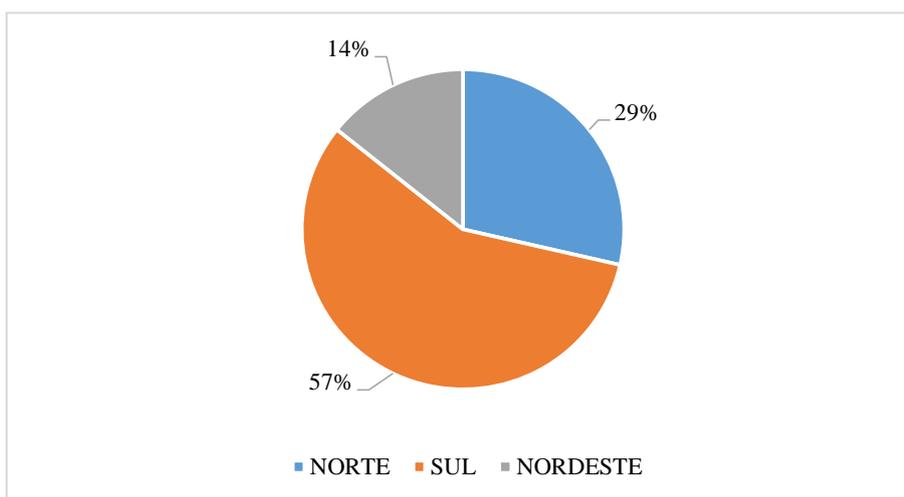
Na capital paulista, velas foram acesas em frente ao Tribunal de Justiça

"Tenho profunda dor com a impunidade que assola nosso país. Recuperar as vidas é impossível, mas que algum resgate seja feito através da nossa sociedade"

Leticia Sabatella, atriz

Por fim, quando analisamos a distribuição dos problemas de acesso por região de saúde é possível identificar que as regiões Sul (57%), Norte (29%) e Nordeste (14%) concentram o número de casos, conforme Gráfico 6. Entretanto, os dados descritos no tópico revelam que em todas as regiões do país as populações assentadas e acampadas apresentam dificuldades de acesso ao sistema oficial de saúde, com grandes barreiras de acesso para a população que vive no campo brasileiro.

Gráfico 6 – Distribuição dos problemas de acesso aos serviços de saúde por região do Brasil entre 2003 e 2014



Fonte: Jornais dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (2003-2014)

A análise dos três períodos revela que a principal barreira de acesso ao sistema oficial de saúde apontados pelos documentos analisados refere-se à ausência/indisponibilidade de serviços de saúde. O MST relata completo vazio assistencial nos acampamentos e a insuficiência e precariedade dos serviços nos territórios dos assentamentos. O pagamento com despesas em saúde é verificado em todos os períodos e revela os limites do sistema oficial de saúde em garantir o acesso integral à saúde das populações assentadas e acampadas.

A localização dos assentamentos e acampamentos em regiões rurais do país e as péssimas condições das estradas e do transporte constituem importantes barreiras de acesso ao sistema oficial de saúde, bem como as dificuldades de acesso aos medicamentos. Chama atenção a violência no campo e como os conflitos nesses territórios produzem mais dificuldades de acesso ao sistema público de saúde, quando as forças policiais impedem a entrada de apoio de outras organizações, atendimento médico ou a saída de pessoas feridas e/ou doentes para unidades de saúde da região. Inclusive, o MST relata a falta de acolhimento, tratamento

discriminatório e preconceituoso dos profissionais de saúde e órgãos públicos, constituindo mais uma barreira de acesso para essas populações.

Os principais problemas de acesso identificados pelo MST estão em consonância com os resultados apontados pela literatura que discute o acesso à saúde das populações que vivem no campo, as pesquisas realizadas pelo INCRA, pelo MST/UnB/MS, pelo Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – OBTEIA¹¹ e pela Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, Águas e Floresta. Os resultados aqui explicitados e as pesquisas revisadas evidenciam que a saúde do campo é muito mais precária quando comparada à organização dos serviços no espaço urbano, demonstrando que há muitas limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde. A organização dos serviços e ações de saúde, concentrada nas áreas urbanas do país, não está sendo capaz de enfrentar as iniquidades históricas e responder às necessidades de saúde das diversas populações que habitam esse território chamado Brasil – população do campo, água, floresta, das montanhas, dos pampas, marisqueiras, pescadores, ciganos, quilombolas, indígenas, ribeirinhas, etc.

A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família, como porta de entrada das pessoas no SUS, apresentam muitos limites e deficiências quanto à sua implantação nos territórios da área rural, apresentando pior desempenho em comparação às áreas urbanas. Assim, revelam-se incapazes de garantir a participação social destas populações no processo de territorialização, planejamento e tomada de decisões acerca da implementação de políticas e implantação de ações e serviços de saúde que priorizem os espaços em que se apresentam os maiores riscos socio sanitários à população. O acesso à saúde das populações que vivem no território rural, além disso, exige do SUS e das autoridades sanitárias o reconhecimento dos saberes e práticas produzidas pelas comunidades, de modo a qualificar o planejamento e a avaliação das ações intersetoriais e garantir uma formação crítica dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, que permita a ruptura com a lógica curativa e medicalizadora e que considere a determinação social da saúde do campo (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que a Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, águas e floresta, publicada em 2011, expressa a luta e a articulação dos

¹¹ O Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (OBTEIA) tem por objetivo construir e articular uma Teia de Saberes e Práticas envolvendo intelectuais e pesquisadores populares dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas e os gestores/as e trabalhadores/as do SUS com o propósito de contribuir para implantação da Política de Saúde para estas populações (OBTEIA, s/d).

movimentos populares para incorporação desta agenda no Estado. O Grupo da Terra, integrado pelos movimentos, instituições de pesquisa e pelo governo federal, teve papel central na formulação da política e na construção de estratégias de enfrentamento das demandas e necessidades de saúde destas populações. Os Planos Operativos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, no âmbito do SUS, estabeleceu eixos e estratégias para fomentar sua implementação e organizar as ações de saúde nos territórios: I – Acesso das populações do campo, da floresta e das águas à Atenção Integral à Saúde; II – Promoção e Vigilância em Saúde; III – Educação Permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação; IV – Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social; V – Monitoramento e Avaliação das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas.

Entretanto, apesar da robustez da proposta e do detalhamento das ações, sabemos que a sua implementação está determinada pela estrutura do Estado burguês, dominado pelo latifúndio agroexportador, pela correlação de forças políticas nos governos que se sucederam à sua formulação, pelos históricos desafios e dilemas do SUS, decorrentes da disputa entre projetos políticos distintos para o setor saúde¹², que incidem sobre financiamento, a gestão e a organização do sistema. Como resultado dessa disputa observa-se o sub-financiamento crônico, o predomínio de forças conservadoras e privatizantes na gestão do sistema, a defesa da saúde enquanto mercadoria, expressão do projeto *mercantilista* e que tem a saúde enquanto campo de expansão do capital, bem como os limites do projeto *racionalizador* que flexibiliza os princípios e diretrizes do SUS, abandona as ideias e propostas que compõem o projeto da Reforma Sanitária Brasileira e aposta nas políticas subordinadas ao ajuste fiscal, aos interesses do Estado e das forças/classes hegemônicas (PAIM, 2018).

¹² Com base na análise de Paim (2018), pode-se identificar, nas últimas três décadas, a configuração, coexistência, disputa e articulação de propostas provenientes de três projetos: o mercantilista, o revisionista ou racionalizador e o da RSB. O projeto *mercantilista* assume a saúde como mercadoria, é defendido pelo conjunto de forças políticas interessadas na redução do gasto público, em defesa do mercado, privatização da gestão do SUS e fortalecimento do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, o que se desdobra na desvalorização da participação e controle social do SUS através dos Conselhos e Conferências de saúde. Para os defensores desse projeto, a Saúde é considerada uma mercadoria e não um direito de cidadania, e o SUS pode limitar-se a um SUS “para pobres”, limitado à atenção básica, com privatização da gestão da atenção especializada e hospitalar, paralelamente à expansão de cobertura dos planos privados de saúde com subsídio estatal. O projeto da RSB, por seu turno, defende o “SUS constitucional”, fundado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e, portanto, propõe a superação do sub-financiamento e ampliação dos recursos públicos investidos na saúde, reforça a importância da democratização da gestão do sistema em todos os níveis, defende a necessidade de qualificação da gestão pública e a reforma do modelo de atenção com base na integralidade, melhoria da qualidade e humanização do atendimento. O projeto “racionalizador”, resulta da adaptação pragmática dos diversos governos às pressões oriundas do tensionamento entre os dois projetos polares, e se apresenta, heterogeneamente e por vezes, contraditoriamente, nas decisões adotadas no âmbito das instituições gestoras do SUS nos três níveis de governo.

5.3 Ações/práticas de saúde desenvolvidas pelo MST

a) Período 1981-1992

Os primeiros boletins já revelam a conformação de comissões de saúde nos acampamentos do MST (Figura 18), bem como a criação de associações e Cooperativas de Assentados, realizando discussões sobre os problemas de saúde, desenvolvendo práticas da “medicina popular” (farmácias comunitárias, homeopatia e assistência espiritual), cursos de primeiros socorros e cuidados em enfermagem, reivindicando direitos junto aos órgãos competentes.

Figura 18 – Organização de comissões de saúde nos primeiros acampamentos do MST

Colonos organizam Nova Ronda Alta

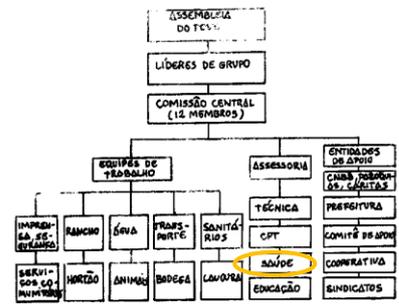
Em menos de um mês da existência de Nova Ronda Alta, os acampados que permaneceram mais de um ano na Encruzilhada Hatillo já organizaram praticamente todas as suas atividades. São 7 núcleos, com 30 famílias em média, distribuídos pelos 150 hectares do novo acampamento. Democriticamente organizados os sem terra buscam resolver seus problemas básicos como a organização territorial, que é a ocupação do espaço e está praticamente concluída. A infraestrutura física, compreendendo a construção de barracão para o Centro Comunitário e para a escola, além de outros confortos necessários. Outros problemas são os animais para uso coletivo, a produção, abrangendo o hortaliço, em processo final, a lavoura e a pesca. O crédito igualmente é um fator importante para os sem terra, dele dependendo a compra de edificações, assim como a comercialização.

A escolha dos líderes e a forma de solucionar cada um deles é feita por todos os posses do acampamento de Nova Ronda Alta. A assembleia do povo é o órgão máximo de decisões. Ela é convocada em média uma vez por mês para votação dos assuntos principais e leitura de comunicados. Depois, com menos poderes, vem os líderes de grupo de famílias, onde são tomadas a maior parte das resoluções para serem encaminhadas à Comissão Central, composta de 12 membros e encarregada da execução das decisões. Subordinada a esta comissão estão as equipes de trabalho, divididas em hortaliça, segurança e serviços comunitários. Esta última equipe funciona com um dia de trabalho por semana de cada família. Existem ainda as

deverá produzir para completar as doações em alimentos vindas das comunidades. Além de servir ao consumo interno, os acampados decidirão dar parte dos produtos para devolver aos trabalhadores um pouco da solidariedade que eles vem recebendo. Os sem terra concluíram, também, que não vale a pena produzir para a comercialização, pois além de ser insuficiente a quantidade produzida, os gastos em transportes tornariam os produtos muito caros. Há também a equipe de água e equinócio de animais, que já decidiu pela entrada no acampamento de 36 vacas de leite para servir à comunidade e 10 juntas de bois. A equipe de transportes e a da boiadeja, onde os sem terra poderão fazer pequenas compras. A aquisição dos produtos, vendidos na Bodega será feita coletivamente, para possibilitar o fornecimento a preço de custo.

Além desses serviços, os acampados também pediram, sem terra, a criação de uma comissão de saúde para atuar junto ao governo municipal. Para isso, pediram um técnico de saúde, um enfermeiro e especialistas em higiene e nutrição. A Comissão Pastoral da Terra, que já se reuniu nos acampamentos, também se reuniu com a fim de discutir que serviços os acampados estão desenvolvendo em seu trabalho, através de reuniões e reuniões com os líderes.

Por outro lado, os acampados também pediram, através do Secretário de Saúde presente, anteriormente, no acampamento criado pelo Conselho Terra, que os médicos junto com o atendimento, tentassem fazer a aquisição de medicamentos e materiais de higiene e nutrição, através das propostas do Governo, além de visitar os colônios com necessidades.



Fonte: Boletim Sem Terra (nº 20, 1982, p. 02)

No Boletim Sem Terra nº 10 (1981), a organização das comissões nos acampamentos incluiu o desenvolvimento de um conjunto de ações de prevenção e promoção da saúde, buscando evitar/combater processos destrutivos de diversas dimensões da reprodução social destas populações (geral-particular-singular), atuando no cuidado com o ambiente (higiene e saneamento), combate à fome e garantia da terra, como expressa esse trecho abaixo:

Para o bom funcionamento do acampamento, além da comissão central, da comissão da reza e dos grupos, existiam diversas comissões auxiliares, como a comissão da água, que se preocupava em cuidar das fontes, sua limpeza e ordem; a comissão de animação, que percorria diariamente o acampamento acolhendo os que chegam, orientando e ajudando a resolver os problemas internos; a comissão de limpeza, que se preocupava com a higiene ao redor dos barracos; e ainda com grande responsabilidade, a comissão de distribuição de alimentos, roupas e calçados recebidos da campanha de solidariedade. Todas estas comissões tinham por meta servir os companheiros para que todos juntos pudessem alcançar o objetivo: a Terra, para nela trabalharem e tirarem o sustento de suas famílias (O ACAMPAMENTO..., 1981, p. 02).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a forma de organização do movimento, em comissões, exerce papel central na luta contra a concentração da terra e no enfrentamento das precárias condições de acesso aos bens imprescindíveis à vida do grupo, buscando suprir necessidades básicas dos indivíduos e suas famílias. Conforme *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra* nº 74 (1988), em matéria denominada *Vamos à Luta*, o MST ratifica essa posição, assumindo que dentre as diversas articulações e estratégias de luta pela Reforma Agrária é preciso “trabalhar juntos às nossas bases, organizar os trabalhadores sem-terra nas comissões municipais e nas diversas comissões (saúde, educação, produção, associação, etc.) dentro dos acampamentos e assentamentos” (VAMOS..., 1988, p. 02).

Assim foram se conformando as comissões de saúde em diversos assentamentos e acampamentos pelo Brasil, como no caso do Paraná, em que os trabalhadores “estão organizados, com uma boa coordenação, avançam na perspectiva do trabalho coletivo. Existem as comissões internas: segurança, trabalho, negociação, mulheres, educação, saúde, jornal” (NOSSA TERRA..., 1989, p. 14). Em Santa Catarina, “através da implementação das executivas regionais, o MST pretende intensificar a criação de grupos de educação, saúde e produção” (MASSIFICAR..., 1990, p. 17).

No Mato Grosso do Sul, identificamos, também, o importante papel da Comissão Estadual de Assentados na criação das comissões, contando, inclusive, com a contratação de um assessor para desenvolvimento das ações. Conforme trecho abaixo, busca-se enfrentar as deficiências do Estado no campo da saúde, promover encontros e construir uma consciência sanitária que permita compreender e solucionar os problemas de saúde nesses territórios, buscando ampliar os processos de promoção e proteção da saúde em todas as dimensões:

[...] Procurando combater a deficiência do estado em relação a saúde, a Comissão Estadual de Assentados contratou um assessor. Está se formando, em cada assentamento, uma equipe de pessoas que discutem os problemas de saúde. As equipes possuem um coordenador, que participará do Encontro Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul, onde será tirada uma linha geral de trabalho dos assentamentos. O trabalho das equipes não substitui a ação do médico ou do próprio estado. Terá, basicamente, uma função política, contribuindo para que o povo aprenda a reivindicar os direitos junto aos órgãos competentes (LUTANDO..., 1988, p. 09).

Além das comissões, as associações e cooperativas de produção também têm papel estratégico na organização dos assentamentos, o que inclui a área da saúde. Segundo liderança do MST, “há experiências onde a associação está envolvida na área social: educação, saúde. Em outras, as atividades políticas e sociais ficam a cargo da coordenação do assentamento, com

as comissões” (A PRODUÇÃO..., 1990, p. 12). Para se manter na terra e assegurar os recursos e insumos necessários à produção, os trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra “[...] agora, depois de muito sofrimento, estão se organizando em associações. Em algumas, a terra é trabalhada em comum. Todas cuidam da educação e da saúde e aprendem a adotar a política agrícola que lhe convêm” (A BATALHA..., 1987, p. 15).

Assim, essas estratégias de organização dos acampamentos e assentamentos, em comissões, associações e cooperativas, cumprem papel central no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde desse grupo, o que inclui a utilização de práticas populares e tradicionais de saúde. Conforme experiência identificada no Mato Grosso do Sul:

Agora, no Assentamento da Padroeira do Brasil, a associação dos assentados organizou a equipe de saúde do assentamento, segundo seu presidente, [...], a equipe está orientando as famílias para cultivarem remédios caseiros, ensinando a preparar soro caseiro e assim vamos resolvendo os problemas de saúde que atingem a quase todas as famílias. É mais um exemplo do trabalho cooperativo (EQUIPES..., 1987, p. 04).

Ainda no que se refere à assistência à saúde, além do uso de medicamentos caseiros, identificamos as práticas de assistência espiritual, farmácias comunitárias e homeopatia, como expressa a luta no estado de Pernambuco: “os projetos do governo visam condicionar os sindicatos, mas os lavradores lutam de forma variadas: ocupações de terras, resistência, denúncia, ações judiciais, farmácias comunitárias” (BALANÇO..., 1989, p. 08).

O cuidado à saúde é prestado por organizações religiosas, a exemplo de enfermeiras e freiras que atuam na Pastoral da Terra, como também pelos sindicatos rurais e movimento popular de saúde. As freiras atuam na assistência espiritual, cuidados de enfermagem e uso de plantas medicinais, como revela trecho do Boletim Sem Terra nº 22, de 1982:

A irmã Vitória, responsável pelo acampamento dos sem-terra, vem agradando de forma surpreendente os colonos acampados, especialmente mulheres e crianças, os que mais sofrem com as precárias condições de vida. Além de enfermeira com larga experiência, ela estimula o uso de chás e remédios caseiros, o que tem dado bons resultados, pois os agricultores sempre foram acostumados com essa técnica e ultimamente estavam viciados em remédios de farmácia, como eles próprios admitem (NOVA..., 1982, p. 02).

Assim, o uso das práticas populares assume um caráter de ruptura com a lógica medicalizadora e individualizante, buscando atuar na perspectiva de prevenção dos problemas de saúde, no enfrentamento das estruturas de poder que produzem o adoecimento dos indivíduos e suas famílias. Em Rondônia identificamos que “o movimento popular de saúde dá assessoria

aos acampados que contam com uma farmácia homeopática” (RESISTÊNCIA..., 1990, p. 17). No Rio Grande do Sul, “uma caravana de dirigentes sindicais rurais e uma equipe de médicos [...] foram auxiliar na área de saúde e ouvir dos acampados a experiência de ocupação e despejo na área de Santo Augusto” (CHICO, 1984, p. 05).

Como explicitado no item sobre os problemas de acesso ao sistema oficial de saúde, a assistência à saúde é prestada ainda por profissionais de saúde que atuam vinculados às secretarias municipais de saúde, caso da Associação Gaúcha de Médicos Residentes – AGMR. Essa assistência é realizada em conjunto com os acampados e as enfermeiras freiras, e inclui diversas ações de prevenção e promoção da saúde, além do apoio político e do atendimento das urgências médicas:

A função primária do AGMR é enfrentar o problema da saúde, a partir dos recursos e conhecimentos dos acampados. Também é função da associação, a formação de voluntários de saúde, isto é, pessoas do acampamento aprenderão noções básicas de higiene e saúde, compondo uma comissão de saúde. Essa comissão já levantou questões sobre a higiene do acampamento, como condição da água e moradia. Ocorreram, também, discussões com dois grupos de mães, um com a participação de 20 mães em fase de amamentação, outra com 30 mulheres grávidas (ACAMPADOS..., 1981, p. 03).

Os boletins ainda revelam o papel da associação na formação de assentados para “a) detecção dos casos graves que necessitam atendimento médico imediato e que não possam ser tratados a nível caseiro; b) orientação quanto aos princípios básicos de higiene e saneamento” (MÉDICOS..., 1981, p. 06).

Outras ações de educação em saúde foram realizadas pelo MST, como o curso de enfermagem. Em 1989, no Espírito Santo, o Movimento realizou o primeiro laboratório organizacional do campo, capacitando assentados e pequenos agricultores de diversos estados do país para atuarem nas comissões, associações e cooperativas (JST, nº 85, 1989), buscando garantir a formação em massa dos trabalhadores e organizar o trabalho coletivo nos assentamentos, garantindo a permanência na terra e o aumento da produção, “muitos cursos foram realizados [...] apicultura, piscicultura, horticultura, administração, eletricidade, tratorista, datilografia, tricô, bordado, crochê, costura, pintura, enfermagem” (TRABALHAR..., 1989, p. 12) (Figura 19).

Figura 19 – Formação de militantes na área da saúde (Espírito Santo)

ESPIRITO SANTO

Laboratório experimental de centro

São Mateus (ST) - Com o objetivo de levar adiante a formação maciça dos trabalhadores, especificamente a capacitação de quadros organizadores de empresas rurais, para atuarem em coletivos, associações e cooperativas

que se estruturaram nos assentamentos, o MST realizou o 2º laboratório de centro, entre 10 e 25 de junho.

O local foi o centro de capacitação dos assentados e pequenos agricultores, no município de São Mateus. Par-

ticiparam 84 assentados, oriundos da BA, MG, SE, AL, CE e ES.

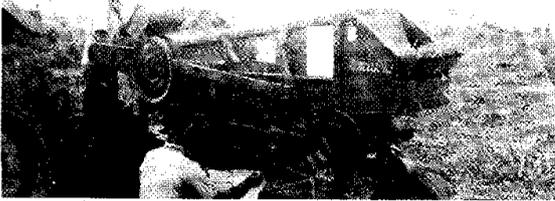
De acordo com a metodologia do laboratório, os participantes, de posse dos "insumos indivisíveis" e da infra-estrutura do centro de capacitação, organizaram uma empresa que denominaram Etroca (Empresa dos trabalhadores regionais organizando a cooperação agrícola) e durante 15 dias a administraram coletivamente.

Este exercício teórico e prático de organização visa à superação das formas artesanais de trabalho, herdadas do trabalho em pequena propriedade. Aparecem vícios como anarquismo, espontaneísmo, voluntarismo, subjeti-

vismo e aventureirismo, que atrapalham o desenvolvimento de qualquer empresa coletiva.

Durante o curso foram ministradas aulas de teoria da organização, agronomia, administração, mecânica, enfermagem, corte e costura, apicultura e datilografia.

Junto com os cursos se desenvolveram, também, trabalhos na área produtiva da horta, lavoura e construção, exercícios de organização e planejamento da produção, e se buscaram, junto à massa, o sustento e a manutenção do laboratório a partir do quinto dia.



Douglas Mansur

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 85, 1989, p. 12)

Além do curso de Enfermagem, em 1990, o MST realizou um curso de Agentes de Saúde, em nível nacional, no centro de formação do MST em Palmeira das Missões/Rio Grande do Sul. Segundo informa o jornal,

[...] os participantes estarão capacitados como agentes de primeiros socorros em doenças comuns como: diarreia, dor de cabeça, acidentes com ferimentos leves, pressão e também saberão identificar e distinguir a gravidade dos casos e, encaminhar aos devidos recursos. [...] esses agentes terão compromisso e capacidade de envolver mais pessoas, retransmitindo o aprendizado para que em cada acampamento e em cada assentamento, esse trabalho seja desenvolvido. Deverão realizar levantamento das ocorrências comuns e, saber como agir, nas diversas situações práticas que se vierem apresentar (AGENTES..., 1990, p. 05) (Figura 20).

Figura 20 – Formação de Agentes de Saúde

Agentes de saúde

Palmeira das Missões (ST) - Realizou-se nos meses de setembro e outubro, um curso em nível nacional de saúde, no centro de formação do MST, neste município.

Com início em 25 de setembro e término em 21 de outubro do corrente, tendo a participação de 12 cursandos, de São Paulo, Paraná, Rio Grande do Norte, Rondônia, Goiás, Ceará, Alagoas e Rio Grande do Sul.

Dr. Karem, principal assessora do curso informou que os participantes estarão capacitados como agentes de primeiros socorros em doenças comuns

como: diarreia, dor de cabeça, acidentes com ferimentos leves, pressão e também saberão identificar e distinguir a gravidade dos casos e, encaminhar aos devidos recursos.

Segundo Karem, esses agentes terão compromisso e capacidade de envolver mais pessoas, retransmitindo o aprendizado para que em cada acampamento e em cada assentamento, esse trabalho seja desenvolvido. Deverão realizar levantamento das ocorrências comuns e, saber como agir, nas diversas situações práticas que se vierem apresentar.

(Ernestino)



Ernestino Stachinski

Participantes do curso de saúde

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 98, 1990, p. 05)

Assim, buscando resolver as demandas dos assentados e acampados no campo da saúde, o MST fomenta a organização do setor desenvolvendo ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação. Essas ações garantem cuidado à saúde desse grupo, vigilância dos problemas de saúde nesses territórios e formação da consciência sanitária. Certamente, as comissões de saúde constituíram o embrião para conformação dos setores regionais, estaduais e nacional de Saúde do Movimento hoje.

Por fim, identificamos a atuação das comissões de saúde no cuidado aos caminhantes da 3ª Romaria da Terra no Rio de Janeiro, que teve por tema *Da terra escrava brota um clamor de justiça*:

Apesar da temperatura de mais de 30 graus, que provocou muitos desmaios de mulheres, algumas grávidas, e pessoas idosas, atendidas rapidamente pela equipe de saúde que se deslocava pela área numa Kombi, a caminhada prosseguiu animada até o centro comunitário do mutirão (PEREIRA, 1988, p. 06).

Esse trecho, além de elucidar o trabalho da equipe de saúde nas romarias, estratégia importante na luta pela terra, revela a determinação social da saúde das mulheres e pessoas idosas no campo. Inclusive, chama atenção a forte presença feminina dentro das comissões de saúde, o que expressa o histórico lugar assumido pelas mulheres na sociedade colonial/patriarcal – o lugar de cuidadora. A forte presença das mulheres na saúde é ratificada em matéria que descreve o I Encontro Estadual de Mulheres de Santa Catarina. “Durante o encontro ficou claro que as mulheres atuam com muita garra e coragem nas ocupações. Também nos assentamentos, organizam equipes de saúde, educação, moradia e assumem cargos de coordenação política” (ENCONTRO..., 1989, p. 13). Entretanto, revela, também, a luta das mulheres para romper com a lógica de poder de gênero, lógica colonizadora, escravocrata e patriarcal que forjou a sociabilidade no campo brasileiro. Para as mulheres trabalhadoras Sem Terra, “nossa libertação e emancipação depende de uma profunda transformação da sociedade capitalista e da construção de uma sociedade socialista” (ENCONTRO..., 1989, p. 13).

b) Período 1993-2002

Esse período é marcado pelo fortalecimento do setor de saúde do MST e ampliação das suas ações no território nacional, bem como pela articulação com outras instituições/organizações, caso das Universidades públicas e privadas, movimentos populares

que atuam na saúde, Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde, identificando o SUS enquanto importante apoiador de suas ações.

O MST segue fomentando a conformação de equipes e comissões de saúde em seus acampamentos e assentamentos, enquanto se ampliam as ações de prevenção, promoção e assistência à saúde nos espaços em que já estão constituídas. Inclusive, em 1995, o MST de Goiás promoveu uma semana de formação massiva, buscando garantir a formação política de suas bases, incentivar a criação de equipes de saúde e constituir espaços de discussão e negociação com os poderes locais pela garantia de suas necessidades fundamentais, conforme trecho abaixo:

Entre os dias 25 e 31 de março, as 280 famílias acampadas no município de Itapirapuã estiveram envolvidas em um curso que teve como objetivo conscientizar os acampados sobre a necessidade de se organizar internamente, estimulando o surgimento de lideranças e formando equipes de finanças, saúde, educação, alimentação e animação. Durante o curso, foram realizadas negociações com a prefeitura e a secretaria de saúde do município, onde foram colocados os problemas de saúde e alimentação do acampamento (MST..., 1995, p. 11).

Além do estado de Goiás, nesse período é possível identificar a formação de equipes de saúde em outros estados do país, como São Paulo (JST, nº 131, 1993), Maranhão (JST, nº 146, 1995) e Alagoas (JST, nº 161, 1996). Os jornais ainda revelam a formação e estruturação dos Setores Estaduais de Saúde do Espírito Santo e do Mato Grosso do Sul, instâncias responsáveis por articular diversas ações e incentivar a constituição dos setores/equipes de saúde nos assentamentos e acampamentos de cada estado.

Dentre as ações realizadas nesse período, a estratégia de formação de agentes de saúde cumpriu papel fundamental na ampliação do escopo de ações dentro do MST e na estruturação dos setores estaduais de saúde, como revela a experiência do Espírito Santo:

Com este grupo de agentes, estruturou-se um Setor de Saúde do MST que é composto por 5 pessoas, sendo que a coordenadora do setor é uma enfermeira assentada. Esta equipe faz toda a programação das atividades nos assentamentos, como palestras, cursinhos, articulações de estágios, formação de equipes de saúde nos assentamentos, audiências e reuniões com secretarias municipais e estadual de saúde (SAÚDE..., 1993, p. 07).

Além das atividades acima elencadas, “o agente deve discutir e articular os assentados para exigirem seus direitos na área da saúde, procurando fazer lutas que tragam o bem comum, como a construção e o aparelhamento de postos de saúde e medicamentos” (EM LUTA..., 1993,

p. 06). Os jornais ainda revelam que 40 agentes de saúde do MST atuam nos assentamentos do Espírito Santo e sua formação nesse estado “contou com o apoio do SUS (Sistema Único de Saúde) de São Mateus, da Emater, do Grupo SOS Plantas Medicinais, Hospital do Mepes (Movimento Educacional Promocional do ES) e médicos e enfermeiras interessados em contribuir com esta causa” (SAÚDE..., 1993, p. 07).

O Setor de Saúde do Mato Grosso do Sul foi criado em 1993, e contou com a contribuição de universitários e com a Fundação Nacional de Saúde (FNS). Segundo Vera Lúcia Dias, coordenadora do setor estadual nesse período, “no princípio, o objetivo era somente fornecer medicamentos e atendimento de prevenção a doenças como a verminose, que atingia intensamente as crianças do acampamento” (SOLIDARIEDADE..., 1996, p. 09). Entretanto, em 1994, o setor iniciou a formação de agentes de saúde, ampliando as ações nos acampamentos e assentamentos do estado, conforme revela a militante:

Em 1994 foi dado início a cursos de formação para os militantes “dispostos a levar a frente este trabalho”, conta Vera. Eles se tornaram agentes de saúde e passaram a atuar e começaram a atuar nos assentamentos e acampamentos do Mato Grosso do Sul, preocupados inclusive em distribuir seu conhecimento com outros companheiros, que logo passaram a ter o mesmo papel em suas comunidades. Em todos os acampamentos, sempre há um agente de saúde que, além de ensinar a prevenção de doenças, é responsável por levar os companheiros nos postos de saúde ou hospitais, em casos que precisam de um acompanhamento médico. Vera conta que o trabalho é voluntário e estes agentes trabalham junto com os acampados e assentados para conscientizarem os mesmos a manterem a higiene em seus barracos (SOLIDARIEDADE..., 1996, p. 09) (Figura 21).

A coordenadora ainda ressalta o apoio da FNS na formação dos agentes de saúde, no saneamento básico, no fornecimento de “kits” sanitários para perfuração de poços artesianos e de medicamentos alopáticos. Entretanto, quanto ao uso de medicamentos, o setor de saúde tem priorizado a medicina alternativa através da manipulação dos remédios caseiros.

Figura 21 – Curso de Agentes de Saúde do MST (Mato Grosso do Sul)

Estados

MATO GROSSO DO SUL

Setor de Saúde do MST

Solidariedade ajuda a curar

Em 93, no acampamento Rio Brilhante, o MST começou a articular o setor de saúde do estado, com a ajuda dos universitários René André e Paulo Ito.

Vera Luísa Dias, hoje assentada em Nioaque, coordena o setor no estado e conta que, no princípio, o objetivo era somente fornecer medicamentos e atendimento de prevenção a doenças como a verminose, que atingia intensamente as crianças do acampamento.

Em 1994, foi dado início a cursos de formação para os militantes “dispostos a levar a frente este trabalho”, conta Vera. Eles se tornaram Agentes de Saúde e passaram a atuar nos acampamentos e assentamentos do Mato Grosso do Sul, preocupados inclusive em distribuir seu conhecimento com outros companheiros, que logo passaram a ter o mesmo papel em suas comunidades.

Em todos os acampamentos, sempre há o agente de saúde que, além de ensinar a prevenção de doenças, é responsável por levar os companheiros nos postos de saúde ou hospitais, em casos que precisam de

um acompanhamento médico. Vera conta que o trabalho é voluntário e estes agentes trabalham junto com os acampados e assentados para conscientizarem os mesmos a manterem a higiene em seus buracos.

“Percebemos que a questão da saúde é muito mais complexa do que imaginávamos, pois ao atender alguém com dedicação”, diz Vera, “acolhe e escuta, contribuindo para que a pessoa entre em processo de recuperação”. Para ela “a solidariedade é um grande remédio e é o que também está faltando nos setores de saúde do nosso país”.

Os medicamentos do setor são fornecidos pela secretaria da Saúde e pela FNS (Fundação Nacional de Saúde), mas os agentes têm dado prioridade à medicina alternativa, através da manipulação de remédios caseiros.

Além de fornecer remédios a FNS também ajuda o setor na formação dos agentes de saúde, no saneamento básico e fornecendo “kits” sanitários para perfuração de poços artesanais.



Curso de agentes de saúde do MST - MS

Vera agradece a todos os agentes e pessoas que tem apoiado assessorado o MST e, portanto, mais vida e disposição para trabalhar na nossa mãe, a TERRA”.
povo conseguir ter mais saúde, dignidade e, portanto, mais vida e disposição para trabalhar na nossa mãe, a TERRA”.

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 164, 1996, p. 09)

Nesse período em análise, a formação de agentes de saúde também foi identificada no estado de Sergipe. Conforme trecho abaixo, o MST de Sergipe assume a terminologia agentes de saúde do meio rural e realiza seminário em parceria com o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e Universidade Federal de Sergipe (UFS):

O MST/SE realiza seminários de capacitação para agentes de saúde do meio rural, com a participação do MOPS (Movimento Popular de Saúde) e da UFS (Universidade Federal de Sergipe). A proposta é discutir temas como higiene, farmácia viva (cultivo de plantas medicinais), alimentação alternativa, noções básicas de primeiros socorros e DST/AIDS (SEMINÁRIOS..., 1998, p. 07) (Figura 22).

Conforme revelam os trechos dos jornais acima elencados, trata-se de um período de ampliação das parcerias do MST com movimentos, universidades e instituições da área da saúde na realização das ações de saúde nos territórios dos assentamentos e acampamentos. Dentre essas experiências, em 1998, no estado de São Paulo, o MST realizou um projeto de atenção à saúde bucal garantindo atendimento odontológico e ações de promoção da saúde (Figura 22). O projeto resultou de um convênio entre a Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP) e a Cooperativa de reforma agrária de Promissão (COORAP), de modo que os assentados passaram a ser atendidos por professores e estudantes do último semestre de odontologia.

Segundo relata o MST, “a escola da agrovila Campinas foi adaptada para o atendimento, que inclui extração, obturação, restauração e orientações básicas de higiene bucal. A proposta é desenvolver um trabalho mais efetivo de saúde preventiva, numa segunda etapa do projeto” (ATENDIMENTO..., 1998, p. 07). O convênio ainda assegura a troca de experiências entre alunos, professores da área de Comunicação Social e trabalhadores Sem Terra, contribuindo para formação na área de rádio, dentro do assentamento. Para o Movimento, essas estratégias têm papel central no combate à criminalização do MST e na construção de apoio da sociedade na luta pela terra no Brasil.

Figura 22 – Ações de Saúde Bucal em parceria com a Universidade (SP)

ESTADOS

SÃO PAULO

Atendimento odontológico em assentamento

Atendimento odontológico no próprio assentamento, numa iniciativa pioneira no Estado. É o que vem ocorrendo há dois meses no assentamento Reunidas, no município de Promissão. O projeto é resultado de um convênio entre a Unimep (Universidade Metodista de Piracicaba) e a Coorap (Cooperativa Regional de Reforma Agrária de Promissão). Os assentados são atendidos por professores e estudantes dos últimos períodos do curso de Odontologia da universidade. Cerca de 220 trabalhadores rurais já receberam tratamento.

Em 11 de julho, ocorreu a terceira visita ao assentamento. A escola da agrovila Campinas foi adaptada para o atendimento, que inclui extração, obturação, restauração e orientações básicas de higiene bucal. A proposta é desenvolver um trabalho mais efetivo de saúde preventiva, numa segunda etapa do projeto. É o que explica o professor Carlos Sidney Silveira, que considera a iniciativa importante na formação profissional dos universitários.

A opinião é compartilhada por Graziela Piuvezam, estudante do 7º período, que participou das três visitas. "A experiência proporciona um crescimento profissional e pessoal", analisa. Graziela aponta um aspecto



ESTUDANTES E PROFESSORES REALIZAM ATENDIMENTO NO ASSENTAMENTO

interessante do projeto: a oportunidade de ter contato direto com os assentados. "Antes não tinha opinião formada sobre a luta dos sem terra, porque só sabia o que a imprensa divulgava. Hoje sei que a Reforma Agrária é uma saída para o país", defende. A mesma situação foi vivenciada pelo professor Sidney, que diz ter ficado surpreso com a organização no assentamento. "A mídia destaca que o assentamento não dá certo, que é problemático. O que estou vendo aqui é uma realidade com-

pletamente diferente. Deu certo". A parceria com a Unimep abrange também o setor de educação. Bolsas de estudo serão destinadas aos trabalhadores rurais. O convênio prevê, ainda, uma troca de experiências entre sem terra, estudantes e professores do curso de Comunicação Social da universidade. A ideia é proporcionar uma melhor capacitação técnica aos trabalhadores rurais, especialmente na área de rádio. O convênio com a Unimep é uma importante conquista do MST/SP.

Sementes

agroecológicas

Bionatur:

produto da

Reforma Agrária

A Cooperal (Cooperativa dos Agricultores Assentados), fundada em 12 de julho no município de Hulha Negra (RS), tem como objetivo desenvolver a produção e criar alternativas para a pequena propriedade familiar. Como está localizada no sul do estado, onde predominam grandes propriedades com base na pecuária extensiva, os assentados têm priorizado a consolidação de um Plano de Desenvolvimento Sustentável para a região.

Através da produção de sementes agroecológicas Bionatur, está sendo consolidada mais uma etapa fundamental para o sucesso do desenvolvimento da cooperativa e dos seus associados. Na produção das sementes não foram usados agrotóxicos nem substâncias tóxicas ou agressivas ao homem e à natureza. A semente pode ser germinada para a produção de brotos para o consumo humano.

Na safra 97/98, a Bionatur proporcionou atividades para 12 famílias assentadas. Na safra 98/99, aumentaram a área e o número de agricultores. Eles trabalham hoje com cenoura, cebola, abóbora, melão, couve-flor, brócolis, repolho, entre outras.

João Rockett, coordenador do projeto e especialista na área, define o que significa a produção das sementes Bionatur: "O uso das sementes agroecológicas é a garantia do resgate da biodiversidade, dos cultivos, das questões sociais, culturais e econômicas, que formam a base da agricultura sustentável. Desenvolver esse projeto em um assentamento da Reforma Agrária revela a reapropriação destes meios pelos agricultores". Em breve, ocorrerá o lançamento nacional das sementes agroecológicas Bionatur.

Concraab (Confederação das Cooperativas de Reforma Agrária do Brasil)

PARÁ

MST chega em Castanhal

Em 11 de julho, 1.700 famílias sem terra montaram acampamento no município de Castanhal, região nordeste do Pará. A área foi cedida por um trabalhador rural. É o primeiro acampamento do MST naquela região. A polícia tem ido diariamente ao local, a mando do secretário de Segurança Pública do Estado, Paulo Sette Câmara. Caso haja violência contra os trabalhadores, a responsabilidade é do governo estadual. Não existe explicação para a presença dos policiais no acampamento. A polícia não é a instituição competente para tratar de questões relacionadas à Reforma Agrária.

PARAÍBA

Ocupada fazenda do governador

Cerca de 80 famílias sem terra ocuparam a fazenda Sítio Volta - Olho D'água, no município de D. Inês, região do Brejo Paraibano, em 6 de julho. A área tem 1.500 hectares improdutivos e pertence ao governador José Maranhão (PMDB). As famílias foram despejadas oito horas após a ocupação, sem que fosse apresentada liminar de reintegração de posse. Para protestar contra a ação ilegal e reivindicar uma solução, os sem terra acamparam na sede do Incri por um dia. Ficou acertado que o órgão definirá uma área para o assentamento das famílias. Elas estão no acampamento Borborema, em Píripituba.

SERGIPE

Seminário para agentes de saúde

OMST/SE realiza seminários de capacitação para agentes de saúde do meio rural, com a participação do MOPS (Movimento Popular de Saúde) e da UFS (Universidade Federal de Sergipe). A proposta é discutir temas como higiene, farmácia viva (cultivo de plantas medicinais), alimentação alternativa, noções básicas de primeiros socorros e DST/AIDS.

O primeiro seminário ocorreu de 13 a 17 de julho e reuniu representantes dos municípios de Japoatã, Pacatuba, Propriá e Neópolis. De 27 a 31 de julho, em Cristinápolis, aconteceu o segundo evento. No município de Simão Dias, região agreste, os debates serão de 3 a 7 de agosto. O último seminário será em Poço Redondo, sertão do Estado, no período de 10 a 15 de agosto.

Outra experiência ocorreu na Paraíba, qual seja, o estágio de vivência organizado pelos estudantes do Diretório Central dos Estudantes (DCE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), das áreas de Ciências Humanas, Psicologia, Pedagogia e Saúde. Conforme narra o MST,

A troca de experiências entre os universitários e os companheiros Sem Terra ocorreu no Assentamento Canudos, no município de Cruz do Espírito Santo, no mês de abril. Os estudantes “se mudaram” por uma semana para o assentamento. Solidariedade e construção de novos valores fizeram parte do encontro. Muitas atividades foram realizadas: organização da biblioteca, exibição de vídeos sobre a luta pela terra, palestras e oficinas sobre noções básicas de higiene, alcoolismo, prevenção de DST/AIDS, verificação de pressão e glicemia, trabalho voluntário na produção com os assentados e promoção de atividades recreativas com as crianças (TROCA..., 1999, p. 07).

Estudantes de Agronomia, Medicina e Jornalismo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul também realizaram atividades de extensão em assentamentos do MST do estado. Segundo o Movimento, a parceria tem permitido o desenvolvimento da agroecologia (livre de venenos), o acompanhamento semanal das crianças pelos estudantes de medicina, bem como a criação de um programa na rádio universitária denominado *Sintonia da Terra*. Quanto às ações de saúde, orientados pela perspectiva da prevenção,

[...] eles desenvolvem com os assentados curso de esclarecimento sobre diversos assuntos ligados à saúde, de forma a que eles precisem o mínimo possível deles. Também acompanham com bastante atenção ao desenvolvimento das crianças, periodicamente pesadas e medidas e sempre com suas dores de garganta e ouvido atendidas. Quando surge um problema mais complicado, os estudantes logo enviam para o médico do Posto de Charqueadas (PARCERIA..., 1995, p. 06).

O tema da saúde está bastante presente em eventos realizados pelo MST nesse período, como também a atuação do setor de saúde em congressos do MST, cursos de formação, seminários e marchas nacionais. Faz-se necessário lembrar que esse é um período de grandes marchas e de encontros nacionais do MST, revelando a incorporação do setor de saúde na estrutura organizativa do Movimento e no atendimento à saúde dos Sem Terra.

Uma estratégia importante construída pelo MST foi o I Acampamento Nacional realizado em Brasília, em agosto de 1996, com representantes de todos (163) os acampamentos do país (JST, nº 161, 1996). Dentre as diversas ações de articulação, ocupação, atos públicos, visitas, assembleias, manifestações, organização interna, atividades culturais, etc., o Movimento realizou atividades de formação política, tendo a saúde como um dos temas

abordados, como revela o seguinte trecho: “a noite era dedicada às oficinas de rádio, vídeo e saúde, oferecidas pela UnB (Universidade de Brasília), que teve uma atuação muito importante na assessoria de algumas aulas” (ACAMPAMENTO..., 1996, p. 08).

Identificamos, também, a atuação da equipe de saúde no Acampamento Nacional Eldorado dos Carajás, em Brasília, iniciado em setembro de 2001 como parte da Jornada de Luta Nacional pela Reforma Agrária. O Acampamento é resultado da articulação de trabalhadores e trabalhadoras rurais do MST, Movimento dos Pequenos Agricultores – MPA, Movimento dos Atingidos por Barragens – MAB, CPT e Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais – ANMTR e contou com a participação de aproximadamente 1.200 integrantes de 20 estados do Brasil. Chama atenção a capacidade de organização política e a estrutura de funcionamento do acampamento nacional, muito parecidos com os acampamentos e assentamentos do MST, como revela o trecho abaixo:

Bem cedinho toca a “cachorra”, uma peça de metal usada em tratores. É o aviso da hora de acordar e se preparar para mais um dia da Jornada de Luta. Depois de tomar o café, as equipes se organizam para as tarefas do acampamento. Equipe de saúde, alimentação, água, infra-estrutura, segurança, educação, formação, cultura e comunicação. Cada um tem uma tarefa neste acampamento. Cada um cuida do bem-estar de todos e fortalece o companheirismo (ACAMPAMENTO..., 2001, p. 13) (Figura 23).

Figura 23 – Equipe de saúde do MST no Acampamento Nacional Eldorado dos Carajás

e s p e c i a l

Acampamento nacional denuncia descaso com a Reforma Agrária

No dia 3 de outubro completou um mês que cerca de 1200 trabalhadores rurais estão acampados, em Brasília, no acampamento nacional Eldorado do Carajás. Quem passa perto do Ginásio Nilson Nelson, no centro da capital federal, pode até se perguntar sobre o que faz aquele povo acampado em lonas pretas, tendo ao centro uma grande lona colorida. A pergunta pode ser feita pelo simples fato de que durante todo esse tempo, o governo FHC e os submissos meios de comunicação ocultam uma mobilização nacional dos trabalhadores rurais do MST, MPA, ANMTR, MAB e CPT, que representam milhares de famílias do campo de 20 Estados. Eles estão acampados para exigir Reforma Agrária no país. Além disso, buscam diálogo com o governo para resolver a situação de milhares de famílias sem terra e exigem condições para produzir para os que já estão assentados.

Numa clara demonstração sobre quais interesses defendem e a serviço de quem estão, a imprensa brasileira tenta esconder as mobilizações e o acampamento nacional dos sem terra das notícias, para que não seja revelado o descaso do governo FHC com a Reforma Agrária e a agricultura. Mas, volta e meia lá aparece, por alguns segundos, no “horário nobre”, trabalhadores e trabalhadoras rurais protestando. No Palácio do Planalto, no Ministério do Desenvolvimento Agrário, pelas ruas de Brasília. Alguém pode se perguntar de onde surge este povo. Mas este povo está lá, bem pertinho, acampado, exigindo uma solução para seus problemas.

Bem cedinho toca a “cachorra”, uma peça de metal usada em tratores. É o aviso da hora de acordar e se preparar para mais um dia da Jornada de Luta. Depois de tomar o café, as equipes se organizam para as tarefas do acampamento. Equipe de saúde, alimentação, água, infra-estrutura, segurança, educação, formação, cultura e comunicação. Cada um tem uma tarefa neste acampamento. Cada um cuida do bem-estar de todos e fortalece o companheirismo.

Na hora do estudo, todos vão à lona colorida, gritam palavras



de ordem, cantam e recebem os amigos e amigas que contribuem na discussão da conjuntura e da realidade brasileira. Dom Tomás Balduino – presidente da CPT e o presidente do Tribunal Regional Federal, Fernando da Costa Tourinho Neto, são algumas das personalidades que estiveram presentes nestes debates, que enriquecem os conhecimentos dos camponeses e conscientizam da necessidade de mais ações contra o modelo neoliberal imposto pelo governo, não só para a agricultura, mas para toda a sociedade.

E as ações necessárias se traduzem nas mobilizações que acontecem todos os dias. A exigência de audiência com o presidente é um dos objetivos, já que, em agosto, na audiência com o Ministério de Desenvolvimento Agrário nada foi resolvido. O pedido foi protocolado, mas todos sabem que sem pressão nada acontece por parte do governo. E as marchas e vigílias são constantes.

Luta conjunta

O Grito dos Excluídos uniu os camponeses com o povo da cidade. A greve dos funcionários públicos gerou atividades conjuntas, de solidariedade mútua, como os cafés da manhã com os funcionários do Incra - também em greve, e a marcha com o Sindágua, contra a privatização da água, mal que atinge a população da cidade e do campo. Um dos momentos mais emocionantes do acampamento foi a presença do comando nacional de greve dos professores universitários em um grande encontro com os camponeses mobilizados. Um momento

de muitos abraços, simbolismo e canções para animar a luta.

A proposta de trabalhar a dimensão cultural no Acampamento Nacional Eldorado do Carajás dá ainda mais vigor em cada atividade de rua ou interna. A música, o teatro, as manifestações populares – capocira e maracatu, a mística e o rádio são temas de oficinas que funcionam todas as tardes com a participação massiva dos acampados. E há também salas de aula para a Educação de Jovens e Adultos e para a Ciranda Infantil.

E assim, depois de um dia agitado com muitas atividades, as noites se transformam em momentos de lazer e cultura com música, teatro de mamolengo, embolada, bumba-meu-boi, apresentados por artistas locais apoiadores do MST e pelos camponeses que trazem presentes a arte da cultura popular.

Troca de experiência

A comunicação do Acampamento se dá através de debates realizados nas escolas, igrejas e comunidades. A distribuição do *Jornal Sem Terra Especial* atingiu mais de cem mil pessoas do plano piloto e das cidades satélites. Nas marchas realizadas pela cidade, as pessoas demonstram o apoio e chegam para uma conversa.

E mais que isso, ouvem as histórias das pessoas que estão ali, mobilizadas, que revelam o descaso do governo com a situação na agricultura. É assim que o bloqueio é furado e o apoio da sociedade é conquistado. Realmente é perigoso demais para o governo que esta luta apareça na TV!

Assim, a atuação da equipe de saúde do MST no acampamento nacional pode revelar uma maior legitimidade do setor de saúde na estrutura organizativa do MST, bem como a sua capacidade de solucionar as demandas e necessidades de saúde de seus/suas militantes no momento de execução de suas táticas e estratégias de luta pela terra no Brasil.

A ação do Setor de Saúde do MST também esteve presente na Marcha Nacional por Reforma Agrária, Emprego e Justiça que chegou em Brasília em 17 de abril de 1997, após 60 dias de caminhada, como relata trecho abaixo:

Há também equipes de alimentação, higiene, saúde, segurança, barracas e a coordenação da marcha. Todos os grupos e equipes fazem as discussões dos problemas que devem ser resolvidos. Todos contribuem de forma igual para o bom andamento da marcha, independentemente do estado ou região que veio (MARCHA..., 1997, p. 09).

Os jornais ainda revelam a atuação do setor de saúde no cuidado à saúde dos caminhantes da marcha nacional, a presença de ambulâncias e carros de apoio, com profissionais de saúde e cuidadores, e o uso de medicamentos alopáticos e homeopáticos (JST, nº 168, 1997).

Outro evento de grande relevância realizado pelo MST foi o 4º Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra que ocorreu em Brasília, entre 07 e 11 de agosto de 2000, e contou com a participação de mais de 11 mil delegados de todas as regiões do país e 45 organizações estrangeiras. É possível identificar nos documentos diversas orientações da Direção Nacional para organização das delegações, dentre elas, que “cada ônibus deverá ter um Coordenador e um responsável pelas seguintes equipes: alojamento, alimentação, embelezamento, disciplina, saúde, limpeza” (MST..., 2000, p. 11).

Além da constituição de equipes de saúde que compõem e acompanham suas delegações, o Congresso Nacional garantiu estruturas de cuidado à saúde, como barracas de saúde por estado, atuação da equipe nacional de saúde e acompanhamento da saúde das crianças, conforme trechos abaixo:

[...] A equipe nacional de saúde, que se manteve em atividade durante todo o congresso, também contribuiu para que tudo corresse bem na ciranda infantil. Todos os dias, duas pessoas permaneciam no local para cuidar da saúde da criança [...]. Um aspecto fundamental para realização do 4º Congresso Nacional foi o funcionamento da equipe nacional de saúde. Montada em uma das salas do próprio ginásio onde aconteciam as plenárias, a equipe trabalhou dia e noite para resguardar o bem-estar de nossos delegados e delegadas, atendendo os casos que não podiam ser resolvidos nas próprias barracas de saúde montadas pelos estados [...] (A SAÚDE..., 2000, p. 18) (Figura 24).

Figura 24 – Atuação da Equipe de Saúde no 4º Congresso Nacional do MST

4º CONGRESSO NACIONAL DO MST

CIRANDA INFANTIL

"A escola mais legal que eu já vi na minha vida é essa daqui, a ciranda". As razões para que a pequena Carolina, de apenas cinco anos, goste mais da ciranda infantil do que até mesmo da escola tradicional são muitas, mas entre elas está o fato de se poder brincar e aprender mais livremente, sem ter que seguir sempre o que a professora manda.

Pela importância que tem para o MST e como já é comum nas atividades do movimento, no acampamento deste 4º Congresso havia um grupo especial de participantes, os nossos sem terrinha. Entre as barracas de lona preta destacavam-se três de lona amarela. Era um corredor especial para abrigar o futuro da Reforma Agrária.

Com Carolina, aproximadamente 200 crianças, de zero a seis anos, participaram da ciranda infantil. E para segurar o pique e manter a criançada bem cuidada enquanto suas mães e seus papais estavam em plena atividade, trabalharam quase 90 educadores e educadoras infantis. Entre atividades educativas e recreati-

vas, crianças e educadores aprenderam mutuamente.

Há três meses atuando no setor de educação infantil, Air Trindade, do Paraná, diz surpreender-se muito com o que o trabalho na ciranda tem lhe ensinado. Se antes pouco brincava, agora assume ter se tomado o maior "bagunçeiro". Segundo ele, acompanhar Carolina não foi tarefa fácil: "ela é muito esperta e me corrige quando eu erro".

Carolina, por sua vez, não poupa críticas ao seu educador: "As vezes ele tem uma idéia e ela tá errada, então eu dou uma idéia legal para ele". Pensa um pouco mais e ressalta o que ele tem de bom: "uma coisa boa é que ele sabia quem eu era e sempre me achava", diz com seu jeito sapeca.

O sucesso da ciranda neste congresso foi fruto do planejamento feito pela coordenação nacional e das contribuições enviadas pelos estados. Segundo Terezinha Bonato, uma das coordenadoras da ciranda, foi realizado anteriormente um trabalho de formação para coordenadores e coordenadoras e, por outro lado, foi fundamental a



Companheira do setor de saúde do MST presta atendimento durante o evento

participação dos pais no trabalho desenvolvido.

A equipe nacional de saúde, que se manteve em atividade durante todo o congresso, também contribuiu para que tudo corresse bem na ciranda infantil. Todos os dias, duas pessoas permaneciam no local para cuidar da saúde da criançada. Assim, unindo todas as forças, foi possível garantir a participação dos Sem Terrinha em mais esta atividade de fortalecimento da nossa organização.

A SAÚDE NO CONGRESSO

Um aspecto fundamental para realização do 4º Congresso Nacional foi o funcionamento da equipe nacional de saúde. Montada em uma das salas do próprio ginásio onde aconteciam as plenárias, a equipe trabalhou dia e noite para resguardar o bem estar de nossos delegados e delegadas, atendendo os casos que não podiam ser resolvidos nas próprias barracas da saúde montadas pelos Estados.

Felizmente, durante os cinco dias não houveram muitos casos graves a serem atendidos e poucas pessoas tiveram que ser encaminhadas para hospitais. Entre aquelas que tiveram que ir ao

hospital, houve uma feliz surpresa, o nascimento de mais um sem terrinha, que teve seu nome escolhido ainda durante o congresso, a partir das sugestões dadas por muitas pessoas. O nascimento de Carlos Ernesto..... emocionou a todos e foi festejado com muita alegria.

Como nos demais espaços do congresso, trabalhar na equipe de saúde também proporcionou momentos de rica troca de conhecimentos e experiências. A enfermeira suíça Odile Lorenzini-Colombi, que prestou serviços na equipe disse ter aprendido muito com o trabalho, pois não conhecia bem algumas terapias alternativas, como massagem e o uso de ervas e argila para curar. Um aspecto muito positivo, segundo ela, é que a equipe era multidisciplinar, proporcionando que todos aprendessem um pouco mais.

Grande parte do material usado pela equipe foi enviado pelos próprios assentamentos, que produzem remédios caseiros à base de ervas. Por essa razão, Odile destaca que "deu para conhecer um pouco como se trabalha a saúde nos assentamentos. Agora eu acredito muito nas ervas, porque eu vi o seu efeito".



Pedagogia do MST: crianças aprendem e se divertem durante 4º Congresso

Agosto-2000

18

Jornal Sem Terra

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 203, 2000, p. 18)

O Movimento ainda ressalta a importância do trabalho multidisciplinar, a troca de experiências com profissionais de saúde de outros países e a utilização de terapias alternativas, como uso de argila, ervas medicinais e massagens, destacando que parte dos produtos e medicamentos utilizados pela equipe de saúde é produzido e enviado pelos assentamentos do MST.

Ainda é possível identificar a atuação do setor de saúde no cuidado de mais de 2.500 jovens que participaram do 3º Curso sobre Realidade Brasileira, organizado pelo MST e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Segundo matéria publicada, “foram quase 90 companheiros empenhados nas tarefas de infraestrutura, segurança, comunicação, secretaria, mística e animação, ciranda infantil, saúde e na Loja da Reforma Agrária. A equipe de saúde, por exemplo, atende diariamente cerca de 250 pessoas” (JOVEM, 2001, p. 11).

O setor de saúde do MST também atuou no 4º Curso sobre Realidade Brasileira, realizado de 26 de janeiro a 06 de fevereiro de 2002, na UNICAMP, com a presença de mil jovens de diversos assentamentos e acampamentos do MST. Dentre as diversas temáticas discutidas e com a participação de muitos intelectuais brasileiros, os jovens debateram “*Sexualidade, DST/AIDS e SUS x Movimentos Sociais com o Setor de Saúde MST* (este último com o prof. Nelson Rodrigues dos Santos (UNICAMP)” (JOVENS..., 2002, p. 03). Assim, o trecho expressa o protagonismo do setor de saúde do MST em fomentar discussões sobre o SUS e em parceria com pesquisador e militante do movimento sanitário brasileiro, o professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Nelson Rodrigues dos Santos.

O MST também relata ações no campo da Saúde produzidas pela Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais, instância constituída por diversos movimentos de camponesas do Brasil, dentre eles o MST, que historicamente organizam a luta pela Reforma Agrária, Previdência Social e Salário Maternidade. Dentre as diversas pautas definidas pelas Trabalhadoras do Campo está o tema *Mulher e Saúde*, o que inclui ações de cuidado com o corpo e a defesa de uma política de saúde integral para as mulheres, como revela o trecho abaixo:

Trabalhamos com duas questões: a política de saúde em si, o conhecimento do corpo. Então, além de promovermos cursos sobre cuidados com o corpo e a saúde da mulher, nós cobramos do Estado políticas públicas de saúde. Este ano procuramos participar das Conferências Municipais de Saúde, exigindo que acontecesse e contasse com a participação das mulheres trabalhadoras rurais. Nós levamos a bandeira do Plano de Saúde Integral da Mulher, por uma saúde pública de boa qualidade e pela implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) (LUTA..., 1996, p. 07).

O trecho ainda ressalta a decisão das Mulheres do Campo pela ocupação das Conferências Municipais de Saúde enquanto espaço de luta pelo direito à saúde das mulheres e implantação do SUS pelo Estado brasileiro. Nesse sentido, as mulheres Sem Terra ocupam as instancias de participação no SUS enquanto prática política importante, além de desenvolver

diversas ações de prevenção no campo da Saúde da Mulher.

O debate sobre a saúde integral das mulheres e a participação política das mulheres no SUS também esteve presente em atividades que marcaram o Dia Internacional da Mulher (08 de março), no ano de 2002. A mobilização nacional, coordenada pela Articulação Nacional de Trabalhadoras Rurais e MST, foi marcada por audiências, atos públicos, eventos, estudos, debates, caminhadas, ocupações, acampamentos, atividades culturais, etc., em todo país. Na Bahia, nas dependências da UFBA, as mulheres realizaram o II Acampamento Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais defendendo a “importância da mulher no enfrentamento do projeto neoliberal e na luta por seus direitos à saúde, à reprodução, à não-violência, ao saber, ao trabalho, ao lazer e ao salário digno” (UNIÃO..., 2002, p. 10). Em Alagoas, as mulheres levantam “bandeiras como a implantação de um sistema de saúde com participação popular e controle social; implantação da Reforma Agrária e de uma política agrícola; e a garantia de documentação e cidadania a todas as mulheres” (MOBILIZAÇÃO..., 2002, p. 09).

Além das ações de saúde realizadas pelas mulheres do MST, da atuação do setor de saúde do MST em cursos, congressos, acampamentos, marchas, etc., o tema da saúde aparece em encontros, cursos e seminários organizados pelo MST nesse período. Em 1998, entre 09 e 12 de agosto, as mulheres do MST do Mato Grosso realizaram o I Encontro Estadual de Mulheres do MST/MT, abordando temas relacionados à saúde. Segundo o Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 182, 1998), o encontro contou com a participação de 110 mulheres de 21 assentamentos do estado e teve como objetivo a troca de experiências. A notícia ressalta ainda que “entre os temas debatidos estão a luta por saúde e sexualidade da mulher” (JST, nº 182, 1998, p. 07), bem como a realização de audiências com secretários do governo do estado. No Maranhão, as mulheres assentadas e acampadas criaram uma Coordenação Regional para discussão permanente dos direitos das mulheres, além de construir o Encontro estadual das Mulheres no estado. Entre os temas discutidos “estão a situação da saúde e da educação nas comunidades e um Projeto Popular para o Brasil” (MULHERES..., 1998, p. 07).

Identificamos, ainda, o primeiro Seminário sobre DST e AIDS realizado pelo MST do Piauí, em parceria com o Ministério da Saúde, em dezembro de 2002 (JST, nº 217, 2002); *Teatro de higiene bucal em Alagoas* como parte das atividades da Jornada Nacional dos Sem Terrinha por Escola, Terra e Dignidade (JST, nº 205, 2000); oficina de saúde bucal realizada no IV Encontro Estadual dos Sem Terrinha na Paraíba (JST, nº 216, 2001), além de campanhas de doação de sangue em Minas gerais (JST, nº 171, 1997), Sergipe (JST, nº 168, 1997) e Mato Grosso (JST, nº 201, 2000). Cabe ressaltar que as campanhas de doação de sangue fazem parte do conjunto de estratégias de luta organizadas pelo MST, presentes nas jornadas nacionais,

encontros de jovens, ocupações, atos públicos, etc.

Quanto ao uso das práticas de cuidado, denominada pelo MST como *medicina alternativa* ou *medicina popular*, há uma grande ampliação do uso da fitoterapia, homeopatia, massoterapia, argiloterapia, alimentação alternativa, cultivos de farmácias vivas e hortas medicinais nos assentamentos e acampamentos do MST, o que inclui a produção de remédios, chás, xaropes, pomadas, tinturas (álcool e ervas), fitocosméticos, etc., que subsidiam as atividades do setor de saúde nos estados e eventos nacionais e permite o cuidado dentro dos territórios. O MST também defendeu a terapia comunitária enquanto alternativa de cuidado à saúde mental, ao participar da “Campanha de Autofinanciamento do livro Saúde Mental – a comunidade como apoio” (JST, nº 139, 1994, p. 14).

Além do uso da medicina popular nos diversos eventos e estratégias de luta organizadas pelo MST, conseguimos identificar a manipulação e uso das ervas medicinais, criação de farmácias vivas ou populares e hortas medicinais em sete estados do país, como Rondônia (JST, nº 123, 1993), Espírito Santo (JST, nº 129, 1993), São Paulo (JST, nº 131, 1993), Maranhão (JST, nº 139, 1994), Pernambuco (JST, nº 163, 1996), Mato Grosso do Sul (JST, nº 164, 1996) e Rio Grande do Sul (JST, nº 202, 2000).

Para o MST, o uso das ervas medicinais “garante medicina preventiva e uma maior autossuficiência na área da saúde” (SITUAÇÃO..., 1993, p. 07) e assistência imediata em casos de simples resolução. O Movimento ressalta que o uso e produção de medicamentos naturais assegura o acesso aos medicamentos pelos trabalhadores, tendo em vista o alto custo dos medicamentos industrializados, além de não causar dependência e efeitos colaterais como os medicamentos sintéticos. “Outro aspecto importante é o fato de a farmácia está conservando uma tradição popular que faz das ervas o caminho mais curto para a recuperação dos doentes” (MULHERES..., 1994, p. 10). Entretanto, os jornais também revelam a descrença na medicina alternativa, como expressa trecho abaixo:

[...] seria fundamental que os assentados acreditassem mais na fitoterapia (tratamento baseado em plantas e ervas), pois aí eles descobririam que até comendo eles estão se curando e, assim, evitam de tomar drogas da farmácia, pois além de terem que pagar por eles, podem vir a adquirir vários outros problemas tomando estes remédios (EM LUTA..., 1993, p. 06).

O cultivo das plantas medicinais foi amplamente fomentado nesse período, constituindo tema do Caderno de Saúde nº 2, publicado pelo Setor Nacional de Saúde em 1999. Trata-se de um programa denominado “Terra e Saúde” ou Farmácia Viva, que articula o Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Farmanguinhos, Petrobrás, Universidades, INCRA

e a Comunidade Solidária (MST, 1999b) (Figura 25).

Figura 25 – Caderno de Saúde nº 2 produzido pelo Setor Nacional de Saúde do MST



Fonte: MST (1999b)

Através da criação de um complexo agrofarmacêutico, constituído de horta e laboratório, busca-se produzir medicamentos e consciência de classe, capaz de produzir autonomia e autossuficiência no campo do cuidado à saúde e forjar consciência política nos assentamentos e acampamentos do país. Em matéria publicada no *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra* (nº 195, 1999), o MST relata que

O programa deve ser um espaço para buscar, através da produção de medicamentos, solucionar os problemas básicos de saúde da população, dentro e fora de nossos assentamentos e acampamentos. Devemos transformá-lo num espaço de aglutinação do povo. Através dos problemas de saúde, devemos ir politizando, mostrando para o povo quem são de fato os responsáveis por esta situação em que vivemos (TERRA..., 1999, p. 16) (Figura 26).

Figura 26 – Produção de medicamentos fitoterápicos nos assentamentos (Programa Terra e Saúde Viva)

SAÚDE

Terra e Saúde Viva: nossa luta

Preocupado com o descaso do governo, o coletivo de Saúde do MST vem buscando alternativas populares para o nosso povo. Uma dessas é o programa Farmácia Viva — que por problemas com o patenteamento passa a se chamar Terra e Saúde Viva.

As reflexões do programa Terra e Saúde Viva devem aumentar a compreensão da luta pela saúde efetiva, dando impulso para refletir também sobre a nossa melhoria de vida, o resgate de trabalhos comunitários. Enfim estaremos nos educando para a saúde.

A Lei 8.080/90, que regulamenta as questões da Saúde define: “a Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outras, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” Portanto, lutando pela Reforma Agrária efetiva, estamos lutando pela saúde dos trabalhadores e isto é fundamental.

A aproximação do MST com a Fiocruz (Fundação Osvaldo Cruz), representada pela Farmanguinhos, teve início com o Programa Farmácia Solidária, através do qual foram distribuídos Kits de remédios para as áreas indicadas pelo MST. O sucesso do programa credenciou o MST como um bom parceiro para as ações da Fiocruz.

Propondo uma parceria, a Petrobrás propôs ao Ministério da Saúde que convertesse a sua dívida para com a Petrobrás em um programa social de saúde. Assim, sabiamente, a Fiocruz, apresentou o Programa Farmácia Viva em áreas de assentamento. O programa foi aceito pelo Ministério da Saúde e pela Petrobrás. Desta forma teve início os trabalhos do Programa Farmácia Viva.

O programa farmácia viva, conta basicamente com complexo agrofarmacêutico constituído de

horta e laboratório. O complexo, em pleno funcionamento tem capacidade de produzir medicamentos para atender 40 mil pessoas. Ele contempla 3 estágios, sendo o primeiro da produção de ervas, o segundo de produtos padronizados para o mercado (beneficiamento) e o terceiro que refere-se à distribuição do produto final.

Este programa deverá se auto-sustentar no quarto ano após a sua implantação. Nos três primeiros anos contará com recursos do Ministério da Saúde e de outros parceiros.

No programa existem outras instituições envolvidas, além do MST, Fiocruz, Petrobrás e Ministério da Saúde. Se faz presente também a Comunidade Solidária, Universidades e o Inbra.

OBJETIVOS

O programa deve ser um espaço para buscar, através da produção de medicamentos, solucionar os problemas básicos de saúde da população, dentro e fora de nossos assentamentos e acampamentos.

Devemos transformá-lo num espaço de aglutinação do povo. Através dos problemas de saúde, devemos ir politizando, mostrando para o povo quem são de fato os responsáveis por esta situação em que vivemos.

Desenvolver através de um programa de saúde popular, a assistência social para todos. O acesso à saúde é uma das áreas mais sensíveis do nosso povo, mas este trabalho assistencial não poderá de maneira alguma se transformar em paternalismo e alienação e sim em um espaço para reduzir os problemas e



DIANTE DO DESCASO DO GOVERNO, TRABALHADORAS SEM TERRA BUSCAM ALTERNATIVAS POPULARES

mobilizar o povo para a luta.

Construção e elaboração de um novo modelo de saúde alternativa, que resolva os problemas do povo e seja adaptado a cada realidade combinando a descoberta científica com a sabedoria popular, baseado em novos princípios e valores, que seja acessível as grandes massas.

Constituir nesta prática da saúde popular, novos valores, destacando-se a defesa à vida e a solidariedade humana.

Constituir um espaço de articulação com outros setores da sociedade, como por exemplo as Universidades e organizações comunitárias das diversas localidades.

Organizar a mobilização comunitária nos assentamentos a partir de uma dimensão social e não apenas econômica.

ORGANICIDADE

O acompanhamento não será obra apenas do Setor de saúde, mas sim de toda a organização do MST. O Programa Terra e Saúde Viva é um tremendo instrumento organizador e

mobilizador, dos assentados, bem como da população local. Será uma grande oportunidade para experimentarmos novos métodos e lograr alianças com a sociedade.

O Programa Terra e Saúde é um programa estadual e não regional, por mais que a região e o assentamento sejam os responsáveis pela execução. Falamos isto para reforçar a idéia de que o Laboratório é de responsabilidade estadual, rompendo com a lógica regional.

Quanto a implantação do Programa Terra e Saúde no Estado, deve-se observar os seguintes aspectos:

- O assentamento definido deverá ser em área onde o MST tem organização (que seja de fato uma base real do movimento).
- Ter um responsável político local. Ter a compreensão que não se trata de um gerente mas de um coordenador político do programa.
- Ter um responsável político estadual, que responderá perante a Direção Estadual pela coordenação do Programa Terra e Saúde.
- Organizar uma equipe especial para acompanhamento do programa composta por uma pessoa do SCA e do Setor de Saúde.
- Nacionalmente constituir um coletivo formado pela Concrab, Setor da Saúde e um Coordenador Técnico.

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 195, 1999, p. 16)

Assim, o MST evidencia que o projeto constitui uma estratégia de resistência, de disputa política, de luta contra as políticas neoliberais, uma alternativa de cuidado popular diante do descaso do governo e das necessidades do povo brasileiro. Busca-se construir um novo modelo de saúde popular, que articule sabedoria popular e conhecimento científico e que seja capaz de

produzir práticas de cuidado à saúde fundamentados na defesa da vida, na solidariedade humana e preservando a natureza (JST, nº 195, 1999; MST, 1999b).

Desta forma, o MST nega o mercado de medicamentos e constrói estratégias para ampliação do projeto popular de saúde, incorporando as práticas populares de cuidado enquanto pauta de reivindicação e negociação com Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde, como revela a experiência de Rondônia: “na jornada de maio, o trabalho com homeopatia fazia parte de pauta de negociação com a secretaria da saúde. Nós conseguimos assegurar a possibilidade de a secretaria vir a apoiar economicamente esta iniciativa” (NICOLAU..., 1993, p. 04). As ações de saúde do MST também fizeram parte das pautas de reivindicações e negociações realizadas com o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC). Como resultado das massivas mobilizações organizadas pelo MST ao longo do ano 2000, o governo se comprometeu em garantir a criação de seis hortas medicinais e a contratação de 5 mil agentes de saúde, com recursos/fonte do Ministério da Saúde. Segundo matéria publicada no Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 203, 2000), o governo assumiu repassar R\$ 240 mil para o Programa Farmácia Viva e aplicar R\$ 3,4 milhões na contratação de agentes de saúde para os assentamentos.

A saúde no meio rural e a valorização da medicina tradicional foi discutida no I Congresso Latino-Americano de Organizações do Campo, realizado em Lima, no Peru, em fevereiro de 1994. Dentre as diversas organizações camponesas que atuam no Brasil e fizeram parte da delegação brasileira, integrantes do MST participaram do Congresso que debateu diversas temáticas, o que incluiu a discussão e a troca de experiências na área da saúde. A declaração final do denominado *Congresso de Lima* ressalta o trabalho que as organizações do campo vêm desenvolvendo na América Latina e o compromisso com a prevenção, promoção e cuidado em saúde dos povos do campo (quilombolas, camponeses, indígenas, etc.) e valorização da medicina tradicional, como revela esse trecho: “nossas organizações camponesas se responsabilizam pela saúde nas zonas rurais, impulsionando campanhas preventivas, de difusão, capacitação, programas e revalorização da medicina tradicional” (DECLARAÇÃO..., 1994, p. 15).

A ampliação do escopo de ações pelo MST, que inclui as práticas tradicionais de saúde, também pode ser explicada pela criação do Coletivo Nacional de Saúde, em 1999, e a publicação de cartilhas orientando as atividades do setor em nível nacional, conforme Quadro 2. Informações sobre o surgimento do Coletivo Nacional aparecem no Jornal nº 307, publicado em 2010, indicando que este Coletivo foi criado oficialmente em 1999, como revelou o Coordenador Nacional do Setor:

A saúde sempre fez parte da vida do Movimento, nas ocupações, por exemplo, sempre tinha uma equipe para cuidar de quem adoecesse. Em 1998, começamos a fazer uma discussão mais completa, a partir de uma pesquisa nacional do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de Brasília, sobre a realidade de saúde nos acampamentos e assentamentos. Em 1999, constituímos então o setor de saúde, dentro da organicidade do Movimento (TAVARES, 2010, p. 04).

Essa parceria entre o MST, o Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UNB e o Ministério da Saúde foi responsável pela realização da 1ª Oficina Nacional de Saúde do MST, momento de reafirmação do SUS e seus princípios, identificação dos valores e princípios orientadores do trabalho do Setor de Saúde, além de constituir um espaço privilegiado para o aprofundamento de temas relacionados à área da saúde, como o conceito de Saúde, a política de Saúde no Brasil e as instâncias de participação e controle social no SUS (UNB, 2001). Esses debates orientaram a programação e realização de cursos do MST, promovendo a estruturação e organização do setor de saúde nos estados, assim como a formação de seus militantes no campo da saúde, o que incluiu a formação de profissionais de saúde. Portanto, o conjunto de atividades realizadas pelo MST, no período em análise, é resultado da constituição e amadurecimento do Setor, de sua incorporação e legitimidade na estrutura organizativa do Movimento e da sua capacidade em capilarizar as ações de saúde em território nacional.

Quadro 2 – Cadernos e livro produzidos pelo Setor Nacional de Saúde

ANO	DOCUMENTOS
1999	Lutar por saúde é lutar pela vida (Caderno de Saúde nº 01) (MST, 1999a)
1999	Programa Terra e saúde: Das plantas construindo uma nova saúde (Caderno de Saúde nº 2) (MST, 1999b)
2000	Doenças Sexualmente Transmissíveis: Conhecer para evitar (Caderno de Saúde nº 3) (MST, 2000a)
2000	Cultivo de Plantas Medicinais (Caderno de Saúde nº 4) (MST, 2000b)
2000	Construindo o conceito de saúde do MST (Caderno de Saúde nº 05) (MST, 2000c)
2001	Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária (Relatório de Pesquisa) (UNB; MST, 2001).

Fonte: Elaboração própria

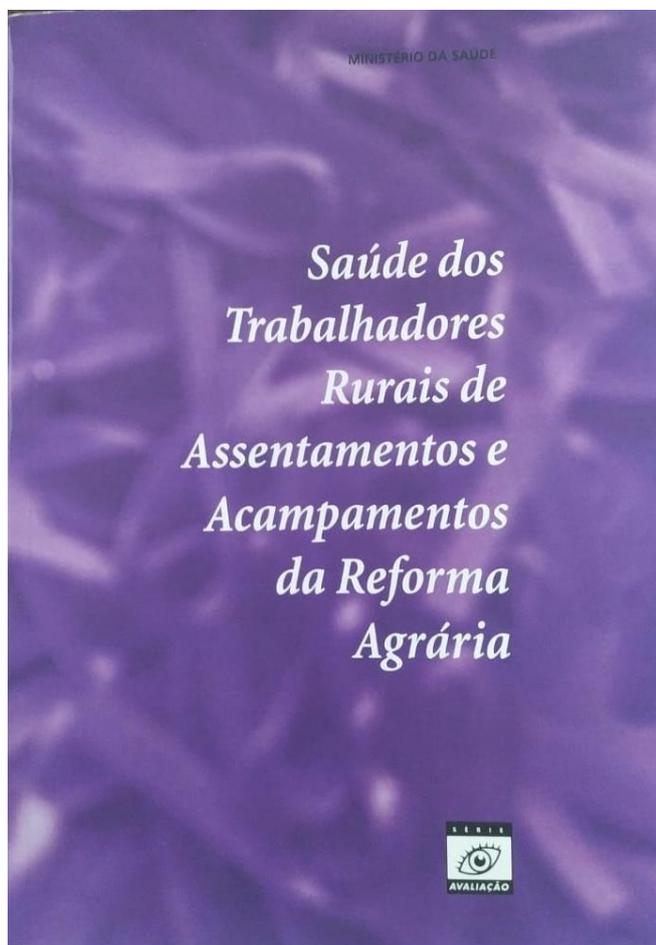
Inclusive, muitas ações realizadas pelo MST e aqui descritas, tiveram como conteúdo as temáticas que estão presentes nas cartilhas, como o SUS, DST/AIDS e o uso e cultivo das plantas medicinais. Cabe ressaltar ainda que essa parceria foi responsável por realizar uma pesquisa sobre as condições de vida e saúde das populações assentadas e acampadas. O trabalho de pesquisa foi realizado por pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (UnB) e militantes do MST, com apoio da Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da

Saúde, abrangendo 4.347 famílias assentadas e 3.560 famílias acampadas de todas as regiões do país (Figura 27).

Portanto, a pesquisa publicada em 2001, pela editora do Ministério da Saúde, é resultado da ação de centenas de acampados e assentados que estiveram envolvidos na sua realização, constituindo uma prática fundamental de conhecimento e reflexão sobre as condições de vida e saúde nesses territórios

Nesse sentido, o setor de saúde do MST elenca muitas conquistas nesse período, tais como a construção de postos de saúde, insumos, equipamentos, etc., visitas de profissionais de saúde nos territórios do MST, unidades/consultórios móveis, contratação e formação de agentes de saúde, financiamento das farmácias vivas, parcerias e articulações institucionais, além das conquistas mais amplas que compõe o projeto da reforma agrária popular.

Figura 27 – Pesquisa realizada pelo MST em parceria com a Universidade de Brasília e Ministério da Saúde, publicada em 2001



Fonte: UnB; MST (2001)

c) Período 2003-2014

A sistematização dos dados nesse período revela a continuidade das ações do MST na conformação do setor de saúde, produção de hortas agroecológicas e medicinais, participação em eventos e estratégias de luta organizadas pelo Movimento, articulações e parcerias com outras instituições. Chama atenção o empenho do MST na formação de profissionais de saúde, o que inclui médicos, epidemiologistas, técnicos em saúde ambiental, técnicos de enfermagem, saúde comunitária, Especialização Técnica em Política e Saúde, Práticas Alternativas e Tradicionais em Saúde, etc., formados nas escolas do MST e universidades brasileiras e estrangeiras, caso específico dos militantes formados na Escola Latino-americana de Medicina em Cuba e na Venezuela.

Nos jornais desse período identificamos a constituição de equipes de saúde no estado do Pará (JST, nº 261, 2006) e do setor de saúde em acampamento no estado de Santa Catarina. Conforme Figura (28) abaixo, o setor de saúde, intitulado “Che Guevara”, não seria parte apenas da estrutura organizativa do assentamento, mas teria um espaço físico para funcionamento, sendo inaugurado nos festejos de aniversário do assentamento (JST, nº 242, 2004). A notícia ainda ressalta a importância do convênio assinado pela Cooperativa do assentamento (Cooperunião), a prefeitura e a Caixa Econômica Federal para construção de moradias, o que certamente trará melhores condições de vida e saúde aos trabalhadores e trabalhadoras rurais.

Figura 28 – Assentamento em Santa Catarina inaugura Setor de Saúde

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 242, 2004, p. 06)

Quanto ao uso das ervas medicinais e/ou produção dos medicamentos fitoterápicos, é possível identificar experiências nos estados do Paraná (JST, nº 250, 2005), Goiás (JST, nº 274, 2007), Bahia (JST, nº 281, 2008; nº 299, 2009), Ceará (JST, nº 299, 2009) e Alagoas (JST, nº 299, 2009). No Paraná, os trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra “criaram um laboratório de ervas medicinais para manipular plantas e produzir medicamentos fitoterápicos, que são produzidos a partir de extratos naturais de plantas frescas ou secas” (ASSENTAMENTO..., 2005, p. 06). O laboratório manipula 33 tipos de ervas, todas cultivadas na horta de plantas medicinais, produzindo pomadas, tintura, balas para gripe e vermes, sabão e xampu que são vendidos por preço de custo em eventos, mobilizações e feiras do MST. O Movimento ressalta os benefícios do uso das plantas medicinais nos assentamentos, como a redução da procura pelo sistema oficial de saúde, explicita suas críticas à indústria farmacêutica e os projetos de ampliação do laboratório, formação de pessoas para manipulação das plantas e a estruturação de uma farmácia fitoterápica. Identificamos, ainda, o uso das plantas medicinais e produção de remédios caseiros em Goiás e na Bahia. Entretanto, na Bahia, foi criado “um centro de saúde natural onde os acampados recebem tratamento básico de saúde com ervas e remédios caseiros” (BECHARA; MAGALHÃES, 2008, p. 10).

Uma novidade nesse período são os “Quintais Produtivos”, ambientes com pequenas

hortas para o plantio de raízes, tubérculos, árvores frutíferas, plantas medicinais e ornamentais. Financiado pelo Programa Habitacional Rural, essa experiência foi identificada nos estados de Alagoas, Bahia e Ceará e faz parte do projeto de construção de moradias alternativas no meio rural, utilizando técnicas de bioconstrução e práticas de mutirão (JST, nº 299, 2009).

O tema do uso das ervas medicinais também esteve presente no 2º encontro de agroecologia do Rio de Janeiro, realizado na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. (JST, nº 306, 2010). Enquanto organização que compõe a Articulação de Agroecologia do Rio de Janeiro, o MST participou do evento defendendo a agroecologia nos termos da Reforma Agrária popular, matriz de produção centrada na economia solidária, produção de saúde pelas plantas medicinais e preservação da biodiversidade, uso e proteção das sementes crioulas, educação do campo e produção de conhecimento e alimentação agroecológica.

O MST do Paraná também participou da 6ª Jornada de Agroecologia cujo tema foi *Cultivando Biodiversidade e colhendo soberania alimentar*. A notícia, publicada no Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 274, 2007), ratifica o compromisso do Movimento com a produção livre de venenos, o que inclui alimentos e a produção de medicamentos fitoterápicos. Para uma assentada do estado, “nosso alimento não tem veneno e das 33 famílias do assentamento, ninguém precisa ir ao médico” (CARRANO, 2007, p. 06), o que expressa a perspectiva da agroecologia como produção de saúde, além de garantir autonomia dos povos e segurança alimentar.

A relação entre as práticas agroecológicas e a saúde também foi identificada no Pará, o LAPO – Lote Agroecológico de Produção Orgânica. Para os assentados responsáveis pela experiência,

[...] LAPO proporciona saúde pelo fato de ter alimentos diversificados, livres de veneno e de transgênicos, ter atividade física e lazer: me divirto com os dois cães, com as aves e com os pássaros. Com o verde das plantas e com o perfume das flores[...] é no LAPO que encontramos as condições para o trabalho como forma de humanização, o prazer de comer o que produzimos e diversas e boas relações sociais [...] (ROCHA, 2010, p. 06) (Figura 29).

Assim, para o MST, “é fácil de perceber que saúde e agroecologia caminham juntas. É só entendermos a saúde em um conceito amplo, como é para o MST: ‘a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime’, ou que ter saúde é ser feliz, ter prazer e viver com dignidade” (ROCHA, 2010, p. 06). A notícia ainda destaca a importância dessa experiência para formar consciências dentro do Movimento, demonstrando as possibilidades concretas de produzir com sustentabilidade ambiental, econômica e social.

Figura 29 – Agroecologia e Saúde

Saúde e agroecologia em assentamento no Pará

ANDRÉ CARLOS ROCHA
SETOR DE SAÚDE

É FÁCIL DE PERCEBER que saúde e agroecologia caminham juntas. É só entendermos a saúde em um conceito amplo, como é para o MST: “a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime”, ou que ter saúde é ser feliz, ter prazer e viver com dignidade. É preciso entender também a agroecologia como uma filosofia de vida, um modo de se relacionar positivamente com as pessoas e com a natureza.

No Pará, uma experiência sintetiza esse encontro: é o LAPO. O Lote Agroecológico de Produção Orgânica é uma experiência que acontece no

Assentamento Mártires de Abril, na ilha de Mosqueiro e é uma iniciativa e responsabilidade de uma família assentada, que conta com o apoio de

muitas pessoas de dentro e de fora da organização. Para o casal, dona Teo e seu Mamede, é um prazer viver e construir essa experiência. Para eles,

o LAPO proporciona saúde pelo fato de ter alimentos diversificados, livres de venenos e de transgênicos, ter uma atividade física e lazer: “me divirto com os dois cães, com as aves e com o canto dos pássaros. Com o verde das plantas e com o perfume das flores”. Dona Teo acrescenta que “é no LAPO que encontramos as condições para o trabalho como forma de humanização, o prazer de comer o que produzimos e diversas e boas relações sociais”.

A experiência contribui ainda na formação e conscientização de outras pessoas, semeando a idéia da saúde e da agroecologia para todo o Movimento, mostrando que é possível produzir sem agredir o meio ambiente, respeitando a natureza e garantindo soberania alimentar.



Para dona Teo, experiência promove condições para o trabalho como forma de humanização

6

JORNAL SEM TERRA • MARÇO 2010

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 301, 2010, p. 06)

Faz-se necessário destacar que o período em análise é marcado por profundas críticas ao agronegócio e suas corporações transnacionais e a construção de estratégias de luta contra o uso de transgênicos no país, o que pode explicar a ampliação das experiências agroecológicas pelo MST e o debate sobre saúde e agroecologia. A ampliação das experiências de produção agroecológica nos territórios do Movimento possibilitou algumas premiações e reconhecimento nacional, caso da Cooperativa Central dos Assentamentos do Rio Grande do Sul e alguns assentamentos do estado, que receberam o Certificado de Tecnologia Social da Fundação Banco do Brasil e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) pela produção de hortas agroecológicas (JST, nº 235, 2003).

Para um dirigente do MST citado no JST, em 2008, o assentamento é um espaço de organização e resistência, o que inclui a permanência no território e a garantia dos direitos fundamentais à moradia, educação, saúde, lazer, etc. Nesse sentido, a resistência passa pela defesa da agroecologia, pela produção e prevenção da saúde, cultivo interno e a comercialização das ervas medicinais. Reconhece o avanço do MST na produção e manipulação das plantas medicinais, mas ressalta o desafio de introduzir essa produção no mercado. Para o MST, resistir ao ataque do agronegócio e sua “revolução verde” é romper com a lógica da indústria farmacêutica. “As mesmas indústrias que produzem veneno, produzem também os remédios, como é o caso da Bayer. Nosso princípio deve ir além de produzir alimentos saudáveis, e também produzir remédios preventivos e naturais” (AUGUSTO, 2008, p. 05).

Nesse sentido, articulado com diversos movimentos sociais e organizações do campo, pesquisadores, universidades, estudantes, o MST participou da *Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida*, lançada no Dia Mundial da Saúde, 07 de abril de 2011, com uma marcha em Brasília e diferentes atividades realizadas nos estados do Brasil. Dentre as diversas exigências apresentadas às autoridades, houve uma solicitação para que o Ministério da Saúde “organize um novo padrão de registro, notificação e monitoramento no âmbito do SUS dos casos de contaminação por agrotóxicos” (OS PRÓXIMOS..., 2011, p. 11) (Figura 30).

Figura 30 – MST participa da *Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida*

REALIDADE BRASILEIRA Tarefa central é organizar, ampliar e consolidar os comitês nos municípios e estados

Os próximos passos da campanha contra os agrotóxicos

FERNANDA JATOBA
SECRETARIA OPERATIVA DA VIA CAMPESINA
E DA CAMPANHA CONTRA OS AGROTÓXICOS

AGROTÓXICO MATA! Foi a partir desse alerta que realizamos o Seminário Nacional contra o uso dos Agrotóxicos, em setembro de 2010. Movimentos sociais, ambientalistas, organizações ligadas à área da saúde, pastorais sociais, estudantes e pesquisadores das universidades aprofundaram o debate sobre os agrotóxicos.

Dai nasceu a Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida, que tem a tarefa de articular comitês nos estados, envolver o maior número de organizações, produzir material de agitação, fazer formação e trabalho de base.

Na jornada de lutas das mulheres, em março deste ano, a campanha contra os agrotóxicos foi pautada com centralidade. E o Dia Mundial da Saúde, em 7 de

Temos o desafio de fazer o trabalho político com a nossa base sobre os perigos dos agrotóxicos

abril, foi o marco para o lançamento da campanha. Fizemos um grande lançamento nacional com uma marcha em Brasília.

A campanha já foi lançada em 12 estados, em todas as regiões do país, com diferentes atividades: audiências públicas no parlamento, feiras de produtos da Reforma Agrária, distribuição de alimentos produzidos sem agrotóxicos, seminários de estudos e atos públicos de denúncia.

Acertamos em pautar a questão dos agrotóxicos nesse momento. Primeiro porque o Brasil é desde 2008 o campeão mundial no consumo de venenos e os reflexos estão vindo à tona. Até a mídia está pautando os reflexos dos agrotóxicos para a saúde humana.

Segundo, porque essa questão é a maior contradição do agronegócio. A contaminação por agrotóxicos é uma ameaça à saúde e a vida humana e desmascara o

discurso do agronegócio, que não tem como produzir sem utilizar veneno e cada vez tem menos argumentos em sua defesa.

Em terceiro lugar, esse tema nos coloca em condições de dialogar com setores da sociedade com os quais não conseguimos por meio de outras pautas. A campanha possibilita também desgastar cada vez mais a imagem do agronegócio com trabalhadores da cidade, que consomem os alimentos envenenados.

Nossas tarefas

Cabe aos movimentos sociais da Via Campesina fortalecer a campanha e organizar nossa militância, para que

mentário “O veneno está na mesa”, que acaba de ser finalizado pelo cineasta Silvio Tendler.

Nos estados em que fizemos o lançamento, é preciso consolidar e ampliar os comitês com outras forças que ainda não se envolveram. É a partir dos comitês que acontecem as atividades de formação e preparação da militância, distribuição de material e informações, organização das lutas e atividades de agitação. Para isso, os movimentos da Via Campesina têm papel importante. Devemos assumir a tarefa, ter responsáveis e tomar a frente do processo.

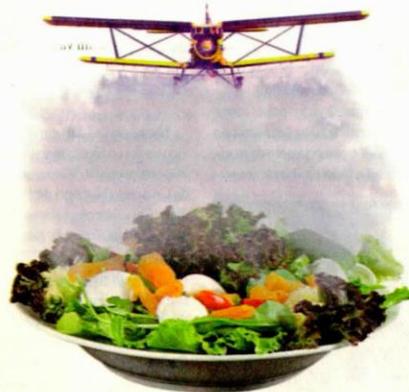
Temos o desafio de colocar a campanha nas ruas. É preciso fazer a denúncia por

nas marchas e fincá-la nos acampamentos. Será o momento de fazer agitação e propaganda, entrar em cada escola, igreja, associação, envolver os trabalhadores da cidade e conscientizar o povo sobre quem está lutando pela vida e quem age pelo lucro e produz a morte.

Nossas exigências

Conheça a pauta da campanha dos agrotóxicos que será apresentada às autoridades em agosto:

- 1 – Exigir que o Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) e o Banco Central determinem no Manual de Crédito Rural e nos Planos Safra a proibição de utilização dos créditos oriundos do Pronaf para a aquisição de agrotóxicos, incentivando a aquisição/utilização de insumos orgânicos e a produção de alimentos saudáveis;
- 2 – Exigir da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a reavaliação periódica de todos os agrotóxicos autorizados no país, além de aprofundar o processo de avaliação e fiscalização da contaminação de água para consumo público e ampliar os alimentos;
- 3 – Que os governos estaduais e municipais, assembleias legislativas e câmaras de vereadores proíbam a pulverização aérea (feita pela aviação agrícola) de agrotóxicos;
- 4 – Que o Ministério da Saúde organize um novo padrão de registro, notificação e monitoramento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) dos casos de contaminações por agrotóxicos;
- 5 – Que haja fiscalização por parte do governo, IDEC e PROCON para que se cumpra o código do consumidor, garantindo que todos os produtos alimentícios apresentem no rótulo o agrotóxico utilizado na produção, dando opção ao consumidor de optar por produtos saudáveis;
- 6 – Aumentar a fiscalização do Ministério do Trabalho e demais órgãos responsáveis às condições de trabalho dos trabalhadores expostos aos agrotóxicos, desde a fabricação na indústria química até a utilização na lavoura;
- 7 – Exigir que os Ministérios Públicos Estaduais e Federal, e organismos de fiscalização do meio ambiente fiscalizem com maior rigor o uso de agrotóxicos e as contaminações;
- 8 – Exigir dos governos a retirada de isenções fiscais e incentivos dados à produção, importação e comercialização de agrotóxicos no Brasil.



Cada brasileiro consome em média 5,2 litros de agrotóxicos por ano
Até quando vamos engolir isso?

estejamos preparados para enfrentar o desafio de dialogar com a sociedade, assim como enfrentar a reação da burguesia. Nesse sentido, um dos principais desafios é a organização dos comitês.

É preciso construir a campanha nos estados e nas regiões, pois é lá que a luta ganha vida. Onde ainda não ocorreu o lançamento, o momento é bastante propício. Podemos associar a campanha ao lançamento do docu-

meio do enfrentamento com as empresas transnacionais. Somente dessa forma conseguiremos apontar com clareza quem são os inimigos do povo brasileiro e estabelecer a relação entre agrotóxicos e o modelo de produção agrícola.

Com esse objetivo, estamos construindo nossa jornada de lutas em agosto, na qual o combate aos agrotóxicos é uma pauta central. Temos a tarefa de levar essa bandeira para todas as capitais, carregá-la

Identificamos a participação do setor de saúde do MST em diversos eventos/encontros e lutas. O Setor atuou diretamente na atenção e cuidado dos seus militantes na Marcha Nacional de 2005, no 14º Encontro Estadual do MST/MT (JST, nº 300, 2010), e na 12ª Feira da Reforma Agrária do Maranhão (JST, nº 315, 2011). Segundo exemplar número 251 (2005) do Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 320 militantes capacitados em primeiros socorros e fitoterapia atuaram na Marcha Nacional prestando cuidados em saúde, além de contar com o apoio de 06 ambulâncias (JST, nº 307, 2010). Realizada em maio de 2005, a Marcha Nacional por Reforma Agrária contou com a participação de 12 mil marchantes, percorrendo mais de 200 quilômetros, em que “militantes de cada estado, identificados por coletes de diferentes cores com o símbolo do movimento, dividiam-se em setores de saúde, segurança, infraestrutura e comunicação” (SUPTITZ, 2009, p. 14), possibilitando que as fileiras de trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra percorressem o país na luta pela reforma agrária.

Além de equipes de saúde atuando na Marcha Nacional e no 14º Encontro Estadual do MST/MT, o Setor de Saúde do Maranhão participou da 12ª Feira da Reforma Agrária do estado. “Um dos espaços inovadores dessa edição da feira foi a Tenda de Educação Popular em Saúde, onde ocorreram debates, exposições, orientações sociais e uma vasta programação em torno das práticas de saúde” (SORIANO, 2011, p. 07). A programação noturna contou com CineClub, com exposição do documentário de Silvio Tendler *O veneno está na mesa* (2011)¹³.

O Setor de saúde do MST também atuou em parceria com os setores de Educação e Juventude, contribuindo nos debates sobre a saúde da criança e dos jovens que ocorreram no Curso de Formação de Arte-Educadores do Campo sobre a Cultura da Infância (JST, nº 311, 2011) e na Jornada da Juventude Sem Terra (JST, nº 313, 2011). A saúde também fez parte da programação do Encontro Estadual de Jovens do MST/ES (JST, nº 266, 2006) que, dentre outras temáticas, abordou a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

A formação técnica, política e ideológica dos militantes do MST constitui uma das principais estratégias do Movimento, entretanto, chama atenção a grande quantidade de militantes formados no período em análise. Através das suas escolas e em parceria com as Universidades brasileiras e estrangeiras o MST realizou cursos de alfabetização de jovens e adultos, ensino básico, fundamental e médio, técnico, superior e pós-graduação, muitos financiados pelo Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA). Os jornais revelam a formação de nível técnico ou superior em agronomia, pedagogia, magistério,

¹³ CINEAMAZÔNIA. *O veneno está na mesa*. Direção: Silvio Tendler. Youtube, 02 ago. 2011. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8RVAgD44AGg>>. Acesso em: 15 ago. 2021.

História, Técnico Agrícola, Gestão de Assentamentos, etc., realizados em Universidades Federais e Estaduais em todas as regiões do país.

No campo da Saúde, conforme figura 31, conseguimos identificar a oferta de cursos de nível técnico em Enfermagem, Técnico em Saúde Comunitária, Especialização Técnica em Saúde Ambiental e Especialização Técnica em Política e Saúde, realizados pelo Instituto de Educação Josué de Castro (MST) e/ou em parceria com a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade de Pernambuco (UPE) e Fiocruz (JST, nº 250, nº 255, 2005; nº 270, nº 276, 2007; nº 300, nº 305, nº 307, nº 308, 2010). Identificamos, ainda, o Curso de Práticas Alternativas e Tradicionais em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde, realizado pelo MST do Rio de Janeiro, formando profissionais para atuarem com práticas da medicina tradicional chinesa e fitoterapia em 28 áreas de assentamentos e acampamentos do estado (JST, nº 285, 2008).

Figura 31 – Cursos realizados pelo MST na área da Saúde

ENTREVISTA Para discutir a saúde de forma integral, é necessário romper com a lógica da doença

“Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime”

Lutar por Reforma Agrária é lutar pela vida, por melhores condições de habitação, trabalho, educação, produção. Tudo isso é uma luta por saúde, na concepção do Setor de Saúde do MST. Além de defender um sistema público de saúde, que seja integral, equânime e universal, aperfeiçoando cada vez mais o Sistema Único de Saúde (SUS), a luta precisa ser ampla, por uma outra forma de organização da sociedade e reprodução da vida. **André Rocha**, da Coordenação Nacional do Setor de Saúde (SUS), fala ainda sobre o mercado de medicamentos, as transnacionais e o modelo de formação de profissionais.

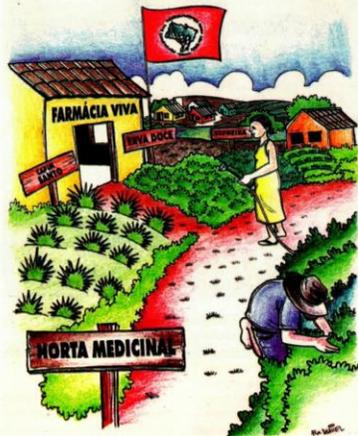
JUANA TORRES
SETOR DE COMUNICAÇÃO

JST: Como começou a discussão de saúde no Movimento?

André Rocha – A saúde sempre fez parte da vida do Movimento; nas ocupações, por exemplo, sempre tinha uma equipe para cuidar de quem adoecesse. Em 1998, começamos a fazer uma discussão mais completa, a partir de uma pesquisa nacional do Ministério da Saúde, em uma parceria com a Universidade de Brasília, sobre a realidade de saúde nos acampamentos e assentamentos. Em 1999, constituímos então o setor de saúde, dentro da organicidade do Movimento.

JST: Como é a luta do Movimento por políticas públicas de saúde?

AR – A luta do Movimento é de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), dos seus princípios, como sistema público, universal, integral e equânime. Essa sempre foi uma luta nossa, da saúde como direito. O SUS foi uma conquista para



os trabalhadores, dentro do contexto de redemocratização do país, a partir da Conferência Nacional de Saúde de 1986. Em 1988, é garantido na Constituição que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado. Houve um processo de desmonte, iniciado no governo Collor e depois no governo FHC, que promoveu uma privatização disfarçada da saúde, por uma terceirização dos serviços.

JST: Há especificidades para a saúde no meio rural?

AR – Precisamos entender que o SUS precisa ser diferente no campo e na cidade. Se as pessoas na cidade já se queimam de algumas lacunas do sistema, no meio rural essas lacunas são bem maiores. Em conjunto com outros movimentos sociais, universidade

para garantir, para que eles atendam com qualidade as famílias no meio rural. Outro exemplo é em relação aos agrotóxicos. Sabemos que há ausência ou sub notificação de casos de mortes e doenças pelo uso de venenos. Os camponeses e camponesas adoecem e morrem pelo uso de agrotóxicos e isso não é notificado. Outra diferença é no campo da formação, nas próprias universidades. Os profissionais precisam ter uma orientação mais focada, conhecer a realidade, fazer estágios rurais.

JST: O SUS é suficiente como política pública de saúde?

AR – É bem complicado falar do SUS, porque, por um lado, o sistema é uma referência no mundo pela garantia da saúde como direito. Mas, por outro, precisamos denunciar a precarização atual, a pouca quantidade de profissionais, a fragilidade nos serviços de atendimento, a ênfase mais direcionada para a cura e não para a prevenção das doenças. Consideramos que o foco deveria ser a prevenção e a promoção da saúde. Com isso, 80% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos em unidades básicas, com menos recursos e menos danos às pessoas.

JST: Para fazer a luta pela saúde, o Movimento se articula com outras organizações, faz alianças com outros grupos?

AR – A gente se articula tanto com organizações mais setoriais da saúde, como também com organizações mais amplas, outros movimentos sindicais, de luta pela terra. Avaliamos que a luta por saúde não pode ser setorial, isolada das lutas maiores da sociedade. O SUS, na legislação, nas suas diretrizes e princípios, se coloca como universal, integral, equânime. Só que o sistema capitalista não é universal, não prega a integralidade e muito menos a equidade, a justiça. E para se construir o SUS e consolidá-lo como está na lei, somente em outros marcos de socie-

dade. Ou seja, a luta pela saúde precisa estar colada a outras lutas. Nesse sentido, o MST joga um papel importante, de inclusive trazer outras organizações para essa luta mais geral. Na Conferência de Saúde de 1986, a base do SUS, o relatório vai dizer que a saúde não é só uma questão de doença, ela é determinada por várias condições, de emprego, habitação, lazer, trabalho, renda, educação, transporte. E coloca ainda a questão do acesso aos serviços de saúde e acesso e posse da terra, como determinantes da saúde. Quando esse texto foi para a Constituição para referendar o SUS, todos os artigos entram, menos o acesso e posse da terra. Isso demonstra como o latifúndio e a concentração da terra são problemas fundamentais do nosso país.

“O mercado de medicamentos hoje é o maior mercado depois da indústria bélica. E são as empresas líderes do mercado de agrotóxicos”

JST: Como lutar por Reforma Agrária é lutar por saúde?

AR – Lutar por Reforma Agrária é lutar pela vida. Lutar por saúde também é lutar pela vida. É um caminho de mão dupla. Quando a gente luta por Reforma Agrária, não é só para distribuir a terra, é ter habitação, trabalho, alimentação saudável, educação, transporte, etc. E isso é saúde, no entendimento do próprio SUS. Mas há outras questões importantes, no processo da luta em si. Quando a gente faz uma ocupação, monta um acampamento, as pessoas começam a se organizar, assumem sua vida. Pessoas que historicamente não tiveram direito de exigir seus direitos. A partir do momento em que elas se põem em luta, elas assumem sua vida. E isso é ter saúde. Saúde pra gente é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime, inclusive a doença. Mas é também lutar contra o latifúndio, o agrotóxico.

JST: Como é a atuação das transnacionais do ramo da saúde?

AR – Podemos ampliar para falar do complexo médico-hospitalar-farmacêutico. O sistema de saúde não é focado na questão primária, na prevenção,

Nossos cursos na área de saúde (concluídos e em andamento)

- Técnico em Saúde Comunitária (RS/BA/AM/PR), Ijex, Regional Amazônica
- Técnico em Enfermagem (PE/RN)
- Medicina em Cuba
- Medicina na Venezuela
- Especialização Técnica em Saúde Ambiental para a População do Campo (em parceria com a Fiocruz)
- Especialização Técnica em Política e Saúde (em parceria com a Fiocruz)

mas na parte curativa, nos hospitais. A saúde não gera lucro, o que gera lucro é a doença. O mercado de medicamentos hoje é o maior mercado depois da indústria bélica. E são as mesmas empresas líderes do mercado de agrotóxicos, Basf, Bayer... As empresas criam o agrotóxico, que gera dor de cabeça, depois a mesma empresa vende o remédio para a dor de cabeça. E a pessoa vai adoecer de novo, porque resolveu o sintoma, mas não a causa. Existe uma lógica desde o início do século passado, que organizou o sistema de educação médica nos Estados Unidos, que se espalhou para o mundo, inclusive para Cuba, que é o modelo flexneriano, de Abraham Flexner, financiado pela fundação Rockefeller. É um modelo que focaliza o biológico, a parte curativa, a especialidade. Ou seja, o médico cuida da parte mínima: a cutícula da unha esquerda... Cada médico cuida de uma parte do corpo, se você tem um problema, tem que fazer uma peregrinação, de médico em médico. Esse modelo de formação se espalhou, e é financiado por essas indústrias. Os profissionais são os mesmos que trabalham no sistema público e no sistema privado.

JST: Como seria uma formação com uma proposta integral?

AR – Precisamos resgatar várias coisas que ficaram perdidas na história. A gente precisa entender o ser humano como um ser social, cultural, não só como um ser biológico. E nessa integralidade, para poder agir, não precisa negar o curativo. Um livro importantíssimo de saúde não fala em saúde. É um livro do Engels, “Situação da classe operária na Inglaterra”, do século XIX. Naquela época, a Europa fervilhava em transformações.

E a classe operária vivia em condições péssimas de saúde. As fábricas não tinham janelas, jornadas de trabalho extensivas, de até 18 horas, homens, mulheres e crianças no mesmo espaço, sem ventilação, sem banheiro, sem saneamento, sem local para alimentação... uma insubridade total. Assim, o conceito de saúde que nasce naquela época está ligado diretamente à maneira como as pessoas vivem, suas condições de trabalho. Ou seja, a saúde, a doença, a morte, tudo está ligado ao modo de produção. Depois entra uma lógica da unicausalidade, com o processo de isolamento das bactérias, de encontrar motivos “científicos” para as doenças. Então muda para a lógica da doença. O problema não é mais como se vive, mas uma lógica do remédio. A lógica de tratar a saúde como não ter doenças é uma lógica capitalista. Isso se espalhou pelo mundo.

JST: O que é possível avançar no modelo de saúde, para enfrentar o poder das grandes empresas hoje?

AR – Precisamos primeiro entender que os medicamentos são um direito. Mesmo porque os medicamentos nascem de um conhecimento popular, das plantas medicinais. A luta pela quebra das patentes dos medicamentos é fundamental, inclusive porque dá prejuízo ao capital. E significa não colocar a saúde como mercadoria. Precisamos recuperar o conhecimento tradicional, o cuidado, as massagens. Outro processo importante é cuidar da alimentação. Hoje consumimos plástico. Não há preocupação com um alimento saudável, com as receitas caseiras, balanceadas. Podemos avançar também na construção de um conceito mais amplo de saúde, de

promoção da saúde, de valorização da vida. A saúde perpassa a relação com o outro, com o meio ambiente, com a forma de produção da vida e da existência. A forma como se estabelecem as relações sociais determina nossa saúde, nossa felicidade ou que institui a dor, doença e sofrimento.

JST: Como é a atuação do Setor de Saúde no Movimento?

AR – Temos atuação permanente nos acampamentos pedagógicos, marchas, encontros nacionais. E tentamos não ficar só nessa questão curativa, que é importante e necessária, mas nos preocupamos também com a questão da informação, do cuidado, da higiene, da hidratação. Temos atuação também nas áreas de acampamento e assentamento na questão do cuidado e do saneamento. Outra frente de atuação são os cursos (veja box).

JST: Quais os principais desafios do Setor hoje?

AR – Estamos com três desafios centrais. O primeiro é na questão da organicidade, nas áreas, nos estados e nacionalmente. Outro desafio é inserir os educandos dos cursos de saúde – os técnicos, médicos vindos de Cuba – na organização e nas lutas. Muitos acabam se formando e não são incluídos em espaços coletivos do Movimento. Um outro desafio, constante, é inserir a discussão da saúde no conjunto da organização. Precisamos inserir essa discussão nas reuniões do Movimento, inclusive para pensar a formação da saúde, entender seu papel estratégico, do papel da saúde dentro do projeto de Reforma Agrária Popular e na Revolução Brasileira.



Complexo médico-hospitalar farmacêutico alimenta lógica de doença

Quanto à educação superior em saúde, os jornais descrevem a articulação do MST com os governos de Cuba e da Venezuela para formação de profissionais nas áreas de Medicina e Epidemiologia, através da Escola Latino-Americana de Medicina (ELAM) (JST, nº 242, 2004; nº 276, nº 278, 2007; nº 296, 2009). Segundo os jornais, o MST encaminha jovens militantes para a ELAM desde 1999, apostando na massificação da formação de profissionais de saúde orientados por uma perspectiva comunitária e vinculado aos interesses da classe trabalhadora. Para um médico formado em Cuba, “a medicina hegemônica exercida no Brasil, mercantilista e capitalista, nasce com modelo importado dos EUA no período da ditadura e se caracteriza por ser supra especializada, positivista e biologicista, negando o modo como as pessoas vivem” (BECHARA, 2007, p. 11). Para a estudante alagoana da 8ª turma da ELAM/Cuba,

A grande diferença na formação em medicina em Cuba em relação a outros países está no modelo de saúde proposto, que no caso cubano é intrinsecamente associado ao modelo de sociedade. Num lugar onde todos usufruem igualmente da produção e dos direitos sociais, a concepção de saúde não pode reproduzir a lógica de “mercantilização da vida”, ou do mercado da saúde. A saúde promovida por Cuba é humanitária, portanto, preventiva de enfermidades (SORIANO, 2009, p. 07) (Figura 32).

Figura 32 – Militantes do MST estudam Medicina em Cuba

ESTADOS Formação em Cuba leva em conta construção de valores e cuidado com a saúde da família

Medicina como política popular

RAFAEL SORIANO
SETOR DE COMUNICAÇÃO DO MST



A FORMAÇÃO de médicos em Cuba é referência internacional não é de hoje. Desde a Revolução Cubana, a política de saúde da ilha caribenha vem se desenvolvendo na concepção de coletividade que permeia todo o regime. Das formas de decisão política às expressões artísticas, tudo respira a Revolução, e é nesse ambiente que vemos inserido o Sistema de Saúde Pública – aproximado da visão global de sociedade sem classes.

A Escola Latino-Americana de Medicina (Elam) existe desde 1998, quando, após o Furacão Mitch ter assolado a América Central, o então presidente Fidel Castro idealizou um programa de formação de médicos para 23 países na América. Entre as diversas organizações sociais que participam do projeto de formação de médicos, o MST sempre enviou jovens para compor as turmas de brasileiros, acreditando na importância da massificação da formação em saúde a partir de uma visão comunitária. Neste momento, há três núcleos de base do MST funcionando em Cuba. Em entrevista para o **Jornal Sem Terra**, a estudante alagoana da 8ª turma da Elam, Jediane Rodrigues, ressalta como “é um privilégio fazer parte do Projeto Elam, pelo MST, por sua luta histórica no Brasil e pela participação nas atividades desenvolvidas em conjunto com os cubanos lá”.

Uma formação diferencial para médicos

A grande diferença na formação em medicina de Cuba em relação a outros países está no modelo de saúde proposto, que no caso cubano é intrinsecamente associado ao modelo de sociedade. Num lugar onde todos usufruem igualmente da produção e de direitos sociais, a concepção de saúde não pode reproduzir a lógica de “mercantilização da vida” ou do mercado da saúde, como nos alerta Jediane. A saúde promovida por Cuba é humanitária, portanto preventiva de enfermidades.

A ética médica socialista não é alcançada por cadeiras específicas sobre Marxismo na Elam (estas só existem para os estudantes cubanos), mas pela participação nas atividades políticas do regime cubano e em atividades do próprio MST.

Segundo Jediane, “é fundamental para nossa formação a participação em atividades periódicas com a sociedade cubana. O MST é sempre convocado, por exemplo, para servir uma vez por semana no Instituto Cubano de Amistad con los Pueblos (Icap)”, instituição que centraliza as intervenções de solidariedade a Cuba em todo o mundo. “Dava pra perceber a mudança de valores naquelas pessoas que foram estudar lá e antes não estavam diretamente ligadas às demandas populares”, afirma a médica cearense formada nas turmas de brasileiros na Elam, Maria da Paz.

Os estudantes brasileiros estão imersos num Sistema Público de Saúde que destina 85% de suas despesas e funções para a saúde da família (atenção básica). Os outros 15% do sistema estão divididos entre as policlínicas (uma a cada 500 famílias) e os grandes centros hospitalares. Há um estigma de que médicos formados em Cuba são qualificados apenas em atenção básica. “Isso é falso”, afirma Maria da Paz. “Além de a atenção básica ser um elemento de alta complexidade dentro da medicina, estamos formados e prontos para atuar também na medicina hospitalar, mesmo lutando contra o atual modelo ‘médico-hospitalar-farmacêutico brasileiro’”.

Médico em Cuba, no Brasil é o quê?

Para exercerem as funções médicas aqui no Brasil, os diplomados pela Elam precisam revalidar seu diploma, procedimento normal para quem se forma fora. Mas para os estudantes de Medicina que vêm de Cuba, a lógica parece mais reversa. Não bastasse as regras de equiva-

lência entre as grades curriculares, há em curso uma articulação em nível internacional, capitaneada pelas chamadas “entidades médicas”, que questiona o modelo de educação em saúde cubano e defende abertamente a recusa a esses médicos, como a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina – CFM.

“Há um mito construído por essas entidades de que os médicos formados em Cuba poderiam implementar o Socialismo a partir da assistência familiar”, condena Josiano Macedo, potiguar também formado na Elam.

Na periferia de Fortaleza está uma iniciativa que aos poucos se torna referência para os que voltam médicos de Cuba. O Projeto Madalena, realizado no assentamento 25 de Maio, funciona como um estágio do programa de residência de medicina da família em 13 comunidades de Sobral e Fortaleza. O Programa, vinculado à UFC (Universidade Federal do Ceará), promove ações nas linhas da educação em saúde, do atendimento médico e da promoção de atividades políticas propostas pelo MST. Na etapa final do projeto, será publicado um documento sobre “Qual a política de saúde para o meio rural?”, com um diagnóstico de doenças registradas e capacidades de atendimento. Maria da Paz garante que “a concepção de promoção e educação de saúde já melhorou nessas localidades”. É uma evidência de que modelos de saúde voltados para a realidade pobre, no nosso país, contribuem para a efetivação de direitos sociais e alteração da situação em que vivem as comunidades.

Feira em escola do campo

MARIA ELEUSA MOTA SANTANA
SETOR DE EDUCAÇÃO MST – MG



A escola está localizada no campo e recebe alunos e alunas, filhos e filhas de trabalhadores e trabalhadoras dos laranjais, canaviais, granjas, fazendas, sítantes, pequenos produtores e de quatro assentamentos do MST: Emiliano Zapata, Canudos, Eldorado dos Carajás e Flávia Nunes, no município de Uberlândia, no Triângulo Mineiro.

É sabido que as escolas públicas em geral enfrentam dificuldades financeiras. Contudo, o descaso dos órgãos públicos é ainda maior quando se trata de uma escola localizada no campo. Assim, para ajudar nas festinhas de formatura e outras demandas dos jovens, a escola, juntamente com os estudantes, organizou uma feira de produtos produzidos pelos alunos e seus familiares no campo, como o mel, as frutas, verduras, legumes, leite, tubérculos, ovos e quitandas.

A feira transformou-se em festa, numa animação total, porque as crianças e adolescentes participaram integralmente do evento, antes, durante e depois: doando produtos, organizando o espaço da feira, vendendo os produtos e gerenciando o dinheiro obtido. Geralmente, os principais consumidores da feirinha são os professores e funcionários da própria escola, que são da cidade.

Produto fresco, auto-estima em alta

Como todos valorizam os produtos por serem fresquinhos e geralmente orgânicos, os alunos e alunas do campo aumentam sua auto-estima. Ao verem que seus produtos, que passam despercebidos no seu dia-a-dia, são muito valorizados pelas pessoas da cidade, começam a entender a importância da relação campo-cidade em suas vidas.

Lembro que no início minha filha ficava com vergonha de levar verduras para a feira, e queria que eu fizesse quitandas. Por mais que eu dialogasse com ela sobre a valorização dos nossos produtos orgânicos, a vergonha persistia. Foi apenas quando vi seus professores valorizando os ovos de galinha caipira, em detrimento dos ovos de galinha de granja vendidos na cidade, que ela se entusiasmou em levar os produtos que produzíamos no assentamento.

Além da valorização do povo camponês e sua produção, a feira poderá ser utilizada como um projeto multidisciplinar e interdisciplinar, articulando as várias áreas do conhecimento, podendo percorrer várias disciplinas como a matemática, biologia, geografia e história.



Alunos da Elam participam de atividades pedagógicas e políticas em Cuba

Nesse sentido, “os médicos Sem Terra querem exercer a profissão de medicina no Brasil com base nos valores socialistas e humanistas. Não basta atender o paciente que está doente, mas também conhecer sofrimentos e misérias humanas” (BECHARA, 2007, p. 11). As matérias publicadas sobre esse tema ainda ressaltam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais médicos para reconhecimento dos diplomas, em decorrência das pressões exercidas pelas entidades médicas e indústria farmacêutica, além de ressaltar a oportunidade de formar jovens negros e pobres, que jamais teriam oportunidades nas universidades brasileiras.

O MST elenca um conjunto de atividades que seus militantes têm realizado após os processos de formação na área da saúde, inserindo-se em diversos setores do movimento, contribuindo com a luta da classe trabalhadora, atuando em ações intersetoriais, na produção e habitação saudável e saneamento ecológico, etc. (JST, nº 300, 2010). Os médicos Sem Terra trabalham no Programa de Saúde da Família, em unidades localizadas nas periferias das capitais e nas zonas rurais dos municípios do interior do país (Figura 33). Identificamos, também, a atuação de militantes, educadores, técnicos em enfermagem, enfermeiros e médicos do MST nas enchentes que ocorreram em 2010, em Pernambuco (JST, nº 305, nº 306, 2010) (Figura 34). Mais de cem trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra, orientados pela perspectiva da solidariedade, atuaram em parceria com a Universidade de Pernambuco e o Exército Brasileiro, prestando atendimento médico de urgência às famílias atingidas, realizando a limpeza de ruas e escolas, atendimento domiciliar às populações da área rural, ações de educação em saúde, organização das famílias desabrigadas e na reorganização do atendimento das unidades básicas de saúde

Figura 33 – Médicos do MST formados em Cuba trabalham nas periferias de Fortaleza (CE)

REALIDADE BRASILEIRA Comunidades pobres do Ceará são atendidas com método cubano de saúde preventiva

Médicos Sem Terra rompem com lógica elitista

CASSIA BUCHARA
ENVIADA ESPECIAL A FORTALEZA (CE)

A COMUNIDADE de Vila Velha 4 é uma ocupação urbana em uma região de preservação ambiental, na periferia de Fortaleza. Durante as chuvas, a área coberta de mangues sofre com enchentes e alagamentos. Cerca de doze mil pessoas vivem na comunidade onde não há praticamente a presença de nenhum serviço público. Mas que hoje, chegam os médicos do MST formados em Cuba.

Cerca de quatro mil pessoas recebem atendimento de saúde nessa comunidade pobre do Ceará, que é uma das sete em que estes médicos atuam. Ao todo, 23 profissionais da saúde graduados pela Escola Latino-Americana de Medicina (Elam), estão fazendo residência no estado nordestino.

Em Fortaleza, nas comunidades de Vila Velha 4, Padre Palhano e Barra do Ceará, há oito médicos Sem Terra e quatro de outras entidades; no município de Sobral, interior do Estado, são 12, dos quais sete do Movimento.

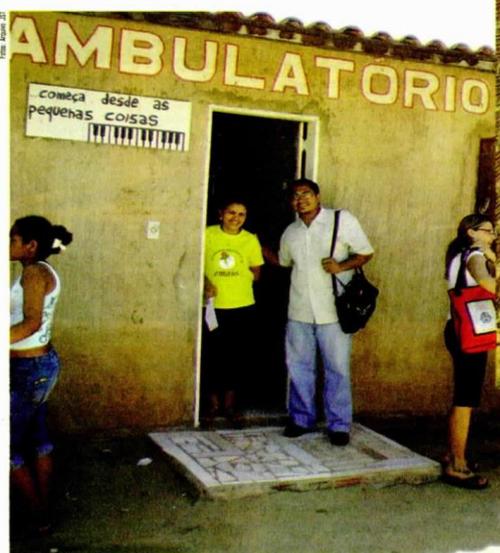
As atividades se dividem em atendimento nos postos municipais e visitas às famílias, além de plantões, ambulatórios e aulas da residência médica. No caso de Sobral, as visitas são feitas em áreas rurais onde não existe atendimento médico e em áreas de Reforma Agrária.

"Na época em que eu cheguei aqui não tinha nada. Nem casa", diz Seu Raimundo, que tem 13 filhos e é um dos primeiros moradores de Vila Velha. "Sou analfabeto e não me sinto cidadão. Me sinto um escravo. Cidadão tem que ter estudo, trabalho e moradia digna. Eu não tenho nada disso, só nossos médicos maravilhosos".

Medicina humanista

A concepção médica de Cuba faz diferença no atendimento no posto de saúde João Medeiros. "Os médicos têm transformado a realidade da comunidade. Atendem pelo menos 40 a 50 pessoas. Eles são médicos não só da dor física, mas da dor humana também", diz Airton, de uma organização não-governamental da comunidade.

Para Saulo Rodrigues, médico do MST na comunidade de Vila Velha 4, "A medicina hegemônica exercida no Brasil, mercantilista e capitalista, nasce como modelo



Saulo Rodrigues é um dos 23 médicos que atuam em Fortaleza

importado dos Estados Unidos no período da ditadura e se caracteriza por ser supra-especializada, positivista e biologicista, negando o modo como as pessoas vivem". A qualidade da medicina cubana tem reconhecimento internacional, até mesmo pelos maiores inimigos da ilha. A prioridade é o paciente e rompe com a lógica elitista onde quem tem dinheiro vive e quem não tem morre. Por isso, os médicos Sem Terra

querem exercer a profissão de medicina no Brasil com base nos valores socialistas e humanistas. Não basta atender o paciente que está doente, mas também conhecer sofrimentos e misérias humanas.

Para Maria Antonia, representante da Embaixada de Cuba no Brasil, são em comunidades pobres como Vila Velha 4 que os médicos vindos da ilha devem atuar. "É motivo de satisfação para qualquer

revolucionário ver jovens formados em Cuba em comunidades como essa, onde realmente deveriam estar". Apesar de toda a formação acadêmica, experiência prática e vontade de atender as comunidades da cidade e do campo esquecidas pelo sistema de saúde, eles têm enfrentado muitas dificuldades para regularizar o diploma para atuar no Brasil (veja quadro).

Enquanto isso, os médicos jovens de movimentos sociais que, de outro modo raramente teriam a chance de estudar medicina aqui no país, tentam trabalhar por meio de acordos com governos estaduais e municipais, como é o caso das Prefeituras de Fortaleza e de Sobral, no Ceará. E pessoas como Seu Raimundo, da comunidade de Vila Velha 4, podem enfim receber o atendimento médico que até então era negado.

Regularização do diploma ainda está na Câmara

Os diplomas dos médicos formados em Cuba não são reconhecidos pelas faculdades brasileiras e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que alegam incompatibilidade da grade curricular. A Comissão de Relação Exteriores da Câmara dos Deputados aprovou, em setembro, um projeto que torna automática a validação de diplomas de brasileiros formados na Elam. No entanto, o projeto precisa passar por mais três comissões antes de seguir para o Senado.

Segundo os médicos do MST, a compatibilidade curricular passa de 75%, dependendo da faculdade, e o Conselho atua para impedir que os formados em Cuba ocupem o lugar dos brasileiros no mercado de trabalho. Os dados do Ministério da Saúde mostram que existem mais de mil municípios

brasileiros sem nenhum médico. O próprio governo reconhece a contribuição que os médicos formados em Cuba podem dar ao atendimento de saúde no Brasil, integrados ao Programa de Saúde da Família (PSF).

Inspirado na experiência da ilha - que tem sistema de saúde universal e gratuito, mesmo em vilarejos mais remotos - os médicos formados em Cuba são especialistas em PSF. Na ilha socialista há, em média, um médico para cada 170 pacientes, sendo um número superior ao dos Estados Unidos, que tem um para 188 pacientes, segundo a Organização Mundial de Saúde. Os profissionais da saúde vindos de Cuba sofrem também pressão da indústria farmacêutica por causa da prática de medicina baseada na prevenção e não na mercantilização.

Figura 34 – Militantes profissionais de saúde do MST atuam em enchentes (PE)

ESTADOS Brigada com militantes, técnicos em enfermagem e médicos presta solidariedade às vítimas das chuvas no PE

Solidariedade em meio à destruição

CASSIA BECHARA
SETOR DE COMUNICAÇÃO DO MST



"POR QUE as chuvas desse ano deixaram tanta destruição?", perguntou um militante da Brigada de Solidariedade Che Guevara, do MST, a crianças de um abrigo na cidade de Água Preta, Zona da Mata Sul de Pernambuco. As crianças se entreolharam e responderam, quase em coro: "Foi castigo de Deus!".

Castigo de Deus ou dos homens? Ao longo de vários anos a monocultura da cana-de-açúcar transformou a Zona da Mata em uma das regiões mais pobres do país. As matas deram espaço à cana e o povo, sem trabalho, sem terra e sem alternativa econômica foi empurrado para as chamadas 'áreas de risco' das cidades.

Sem essas matas nos topos de morros e nas encostas, que serviam para proteger os rios e que formavam barreiras contra os grandes volumes de águas, os rios transbordaram e as águas tomaram conta de tudo. Só em Pernambuco foram 20 mortes, mais de 26 mil desabrigados e 55 mil desalojados, em 68 municípios afetados. Em Água Preta, 41,4% da população ficou desabrigada.

Frente a tanta destruição, o MST convocou seus militantes, técnicos em enfermagem e médicos formados em Cuba, para prestarem solidariedade às vítimas dessa catástrofe nem tão natural.



Brigada discute causas por trás das enchentes

A esses militantes, se juntaram médicos e profissionais da saúde ligados à Universidade de Pernambuco. Assim, foi formada a Brigada de Solidariedade Che Guevara, que encerrou seus trabalhos oficialmente no dia 12 de agosto.

Nos primeiros momentos, a Brigada trabalhou no apoio emergencial, fazendo a limpeza de ruas e escolas e o atendimento à saúde das famílias atingidas. No segundo momento, o foco do trabalho foi a organização das famílias, que estão em abrigos, nos engenhos e no atendimento domiciliar às populações da área rural, na educação em saúde e na reorganização do atendimento básico à saúde no município.

"Soluções" do poder público e dos usineiros

Uma das situações mais complicadas é a das famílias que vivem nos engenhos de cana-de-açúcar e perderam suas casas. "O que podemos fazer? Os usineiros não permitem que as famílias reconstruam suas casas naquele local. Para eles, a enchente foi uma solução, pois já não queriam mais que os trabalhadores vivessem nos engenhos. Vamos jogá-los para viver nas ruas da cidade?", perguntou o secretário de Agricultura do Município de Água Preta, durante uma das reuniões do comitê de crise.

Encontro mostra força da agroecologia no Rio de Janeiro

Atividade reuniu 250 trabalhadores rurais, estudantes, técnicos, professores e pesquisadores



O 2º ENCONTRO de Agroecologia do estado do Rio de Janeiro, com o tema "Caminhos da transição agroecológica pela soberania alimentar", na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFFRJ), contou com 350 participantes, no município de Seropédica.

Trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa, integrantes de comunidades tradicionais, jovens, estudantes, técnicos, professores e pesquisadores envolvidos em experiências agroecológicas no estado participaram da atividade, entre 5 e 7 de agosto.

A Mostra Saberes e Sabores apresentou a expressividade da agroecologia

nos temas da Reforma Agrária, da economia solidária, da agricultura urbana, da saúde (pelas plantas medicinais), das sementes crioulas, da construção do conhecimento agroecológico, da educação do campo e do consumo e alimentação agroecológica.

Os participantes – junto com suas organizações, que compõem a Articulação de Agroecologia do Rio de Janeiro – saíram do encontro fortalecidos em torno da luta pela Agroecologia no estado, inclusive nas áreas urbanas.

Ao final do encontro, como resultado dos debates da plenária, dos seminários e das trocas de experiências, foram elaboradas uma carta e a agenda



Participantes se comprometem com articulação da agroecologia no estado

de luta da Articulação de Agroecologia, além de moções sobre transgênicos e agrotóxicos e sobre o limite da propriedade da terra.

Para as famílias que vivem nos abrigos, o governo do Estado encontrou outra "solução". As barracas do Rotary (grande barraca de *camping*, sem divisão, onde cabem, amontoadas, seis pessoas). O município quer colocar dez pessoas. As famílias não podem levar nenhum pertence. A cozinha e os banheiros são comuns e não há espaço de lazer para as crianças. Por conta dessa situação difícil para as famílias, o Movimento continuará organizando a população afetada no campo e na cidade para que busquem suas próprias soluções. E lutem por elas.

Apoio da sociedade marca encontro no MT

DA REDAÇÃO



O ATO POLÍTICO e festa de comemoração dos 15 anos das lutas e conquistas do MST no Mato Grosso, realizado no assentamento Dorcelina Follador, em Várzea Grande, representou uma demonstração do apoio da sociedade às lutas dos Sem Terra, entre 12 e 14 de agosto.

"O caminho apontado pelos meus pais é uma questão de princípio: estar sempre juntos dos trabalhadores, que são explorados e oprimidos pela burguesia e pelo capital. Quero confraternizar com vocês pelos 15 anos de lutas tão árduas", afirmou a professora aposentada da Universidade Federal do Rio de Janeiro Anita Prestes, filha de Olga Benário e Luiz Carlos Prestes.

"Estar aqui é o compromisso do nosso governo com o Movimento, parabenizando pelos 15 anos de lutas e conquistas. Tenham certeza que, com essa unidade – e o governo fazendo um pouco mais, e vamos fazer mais – o Movimento vai avançar e ter as suas conquistas", afirmou o governador do Mato Grosso, Silval da Cunha Barbosa (PMDB).

Os violeiros Zé Geraldo e Zé Pinto fizeram apresentações musicais.

Veja vídeo sobre o ato político em www.mst.org.br/15-anos-do-mst-no-mato-grosso

Entretanto, o Coordenador Nacional do Setor de Saúde relata o desafio para “inserir os educandos dos cursos de saúde – os técnicos, médicos vindos de Cuba – na organização e nas lutas. Muitos acabam se formando e não são incluídos em espaços coletivos do Movimento” (TAVARES, 2010, p. 05). Ressalta, ainda, o desafio da organização do setor nas áreas de assentamento e acampamento, nos estados e nacionalmente, como também a incorporação do debate da saúde nas reuniões e estruturas organizativas do Movimento. Para o dirigente nacional, a saúde tem papel estratégico na Reforma Agrária Popular e na Revolução Brasileira.

A ação de cooperação entre o MST/Via Campesina e países da América Latina tem possibilitado a construção de ações de cuidado e tratamento à saúde dos brasileiros e brasileiras. Desde 2007 a Via Campesina de Rondônia tem organizado caravanas com trabalhadores e trabalhadoras rurais e urbanos para tratamento oftalmológico, com médicos cubanos que estão em missão na Bolívia. Segundo o MST, “mais de 10 mil pessoas já receberam gratuitamente o tratamento de catarata, glaucoma e pterígio (carne crescida no olho)” (COORDENAÇÃO ESTADUAL DA VIA CAMPESINA DE RONDÔNIA, 2009, p. 12), ressaltando que “enquanto os países capitalistas enviam a outros países soldados para matar gente, Cuba forma e envia profissionais para salvar vidas” (COORDENAÇÃO ESTADUAL DA VIA CAMPESINA DE RONDÔNIA, 2009, p. 12).

Nesse período, também verificamos a doação de sangue enquanto estratégia de luta e ação de solidariedade e compromisso com a vida. Como parte das atividades da Jornada contra o Agronegócio e Violência: por Reforma Agrária e Soberania Alimentar, organizada em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, as trabalhadoras Sem Terra realizaram campanhas de doação de sangue e/ou leite materno nos estados do Espírito Santo, Sergipe, Pernambuco e Mato Grosso (JST, nº 302, 2010) (Figura 35). Identificamos, também, a doação de sangue pelos Educandos do curso Técnico de Enfermagem, promovido pela Universidade de Pernambuco (UPE) em convênio com o MST, mobilizados em decorrência da falta de estoque no Hemocentro (JST, nº 255, 2005).

Figura 35 – Mulheres do MST doam sangue e leite materno na Jornada Nacional de luta contra o agronegócio e a violência



Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 302, 2010, p. 08-09)

A análise das ações e práticas desenvolvidas nos períodos analisados permite perceber que os primeiros boletins publicados pelo Movimento, em 1981, já revelam a preocupação do MST com o tema da saúde, a conformação de comissões de saúde nos acampamentos do MST, bem como nas Cooperativas de Assentados, realizando discussões sobre os problemas de saúde, desenvolvendo práticas da “medicina popular” (farmácias comunitárias, homeopatia, assistência espiritual), cursos de primeiros socorros e cuidados em enfermagem, reivindicando direitos junto aos órgãos competentes. O segundo período é marcado pela criação do Setor Nacional e Estaduais de Saúde do MST, participação do movimento nas Conferências e Conselhos de Saúde, formação de agentes de saúde, parcerias com Universidades no desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde, além de atuar na organização de seminários, cursos, produção de cadernos e no cuidado à saúde de sua população nos congressos, marchas e feiras agroecológicas realizadas pelo país. Entre 2003 e 2014, o MST amplia seu escopo de ações e suas articulações com outras organizações, como o Ministério da Saúde e Fiocruz, como também promove a formação técnica e superior de seus militantes na área da saúde, como no caso dos médicos e médicas formadas em Cuba e na Venezuela que atuam nas periferias do país e nos territórios do MST.

Verifica-se uma grande ampliação das práticas tradicionais e populares de cuidado ao longo dos períodos analisados, com importante participação das mulheres no cultivo das hortas medicinais e produção de fitoterápicos. Dentre as atividades de cuidado é possível identificar a massoterapia, ervas medicinais, fitoterapia, homeopatia, argiloterapia, alimentação alternativa,

terapia comunitária e cultivos de farmácias vivas e hortas medicinais nos assentamentos e acampamentos do MST, além dos laboratórios criados em parceria com diversas instituições, responsáveis pela produção de pomadas, tinturas, balas para gripe e vermes, sabão e xampu, que são vendidos por preço de custo em eventos, mobilizações e feiras agroecológicas do MST. O Movimento explicita, em diversos documentos, que a produção dos medicamentos é uma ação central do projeto de saúde popular, buscando produzir consciência sanitária e de classe, romper com a lógica de medicalização dos corpos e produzir autonomia e autossuficiência no campo do cuidado à saúde.

Chama atenção o número de ações do MST no campo da educação em saúde, do volume de cursos, encontros, seminários e congressos realizados e destinados para todas as gerações: adultos, velhos, juventude do MST e Sem Terrinhas, assim como a atuação do setor de saúde no atendimento e cuidado dos seus militantes, em diversos eventos e estratégias de luta, a exemplo das marchas e acampamentos nacionais. Ainda no que tange à promoção da saúde, o debate sobre a agroecologia surge com grande centralidade no segundo e terceiro períodos, pensada não apenas enquanto matriz ou processo de produção agrícola, de alimentos saudáveis, mas também enquanto trabalho cooperativo, produção e troca de saberes, de novas relações de vida e saúde no campo e na cidade. O MST defende o equilíbrio ecológico e social, uma relação sociedade/humanidade x natureza orientada para a produção da vida digna e plena, de ruptura com as estruturas de opressão e de subordinação da natureza aos interesses das corporações e do lucro.

Nesse sentido, a promoção da saúde significa não somente a construção de ambientes mais saudáveis, de vigilância do solo, da água, do cuidado com a saúde dos animais domésticos, etc., mas de uma sociedade fraterna e igualitária, em que a dignidade e emancipação humana constituem elementos para promover a vida e a saúde. Aqui cabe evidenciar a importância das ações e estratégias de vigilância popular¹⁴ da saúde e do ambiente realizadas pelo MST desde a sua constituição, construindo espaços para pensar os problemas concretos dos territórios e construir respostas coletivas às necessidades de saúde de forma participativa, cientificamente qualificada e de diálogo com os saberes populares e ancestrais.

Assim, os dados e informações apresentadas revelam que o MST tem atuado e se mobilizado para construir condições territoriais, modos de viver e trabalhar e espaços

¹⁴ Conceito cunhado pelos movimentos populares e organizações do campo e da cidade que na ausência da ação estatal e de políticas sociais efetivas têm produzido conhecimentos e respostas aos problemas e necessidades de saúde em seus territórios, além de atuar na constituição de espaços formativos dos diversos sujeitos envolvidos orientados pelos princípios da educação popular em saúde (CARNEIRO; PESSOA, 2020).

saudáveis/protetores, assim como para reparar, compensar e mitigar os danos que geram processos destrutivos à saúde de suas populações. A organização política do MST através das comissões, regionais e setores estaduais e nacional de saúde foi capaz de desenvolver um conjunto de ações de prevenção e promoção da saúde, buscando evitar/combater processos destrutivos de diversas dimensões (geral-particular-singular), buscando atuar no cuidado com o ambiente (higiene e saneamento), combate à fome, garantia da terra e fim do latifúndio.

5.4 Bases conceituais do projeto do MST no campo da saúde: reforma agrária e direito à vida

A síntese do programa de Reforma Agrária do MST está presente na cartilha *Programa Agrário do MST*, publicada em 2014 (Figura 36). O documento é fruto de muitos debates e discussões que precederam o VI Congresso Nacional do MST e de reflexões que ocorreram em cursos de formação, nas instâncias estaduais e nos coletivos dos diferentes setores. O Programa apresenta um diagnóstico da realidade agrária brasileira, uma crítica à hegemonia do capital financeiro e das empresas transnacionais no campo (agronegócio) e a defesa de sua proposta de Reforma Agrária Popular.

O Movimento ressalta a impossibilidade de uma Reforma Agrária clássica burguesa, apoiada pela burguesia industrial ou pelas forças nacionalistas, enfatizando que houve uma mudança na natureza do capital, marcado pela mundialização e financeirização, integrando o capital em escala mundial, através das empresas multinacionais e transnacionais. Para o MST, esse processo de entrada do capital globalizado na agricultura brasileira e a implementação do modelo de desenvolvimento econômico neoliberal impõem aos camponeses a luta pelas terras agrícolas e por um novo modelo de agricultura. Chama a atenção, portanto, para a necessidade de enfrentar outra correlação de forças no campo, marcada pela permanência de velhos atores – o latifundiário tradicional, e entrada de novos atores - grandes proprietários rurais, o capital financeiro e as empresas transnacionais, configurando uma articulação da burguesia com grande poder de coerção e de construção de consensos, com forte capacidade de penetração no Estado. Nesse sentido,

As raízes da Reforma Agrária Popular não estão somente no esgotamento objetivo da reforma agrária clássica. Mais que isso: as raízes da reforma agrária popular brotam e crescem de um único lugar – o enfrentamento dos sujeitos trabalhadores contra as forças do capital. Que agora se agrava com sua crise civilizatória e se apropria, violentamente, de todos os bens da natureza, da saúde e da cultura popular para transformar tudo em mercadoria, em lucro! (MST, 2013, p. 52).

Figura 36 – Caderno do Programa Agrário do MST



Fonte: MST (2013)

Assim, o projeto de Reforma Agrária Popular se insere na luta contra o capital, o que inclui a luta pelo acesso e a democratização da terra, mas também a disputa sobre o controle das sementes, da agroindústria, da tecnologia, dos bens da natureza, da biodiversidade, das águas e das florestas. A luta do MST e o programa de reforma agrária buscam contribuir com as mudanças estruturais de caráter popular, por um novo projeto de país voltado aos interesses e necessidades do povo brasileiro, construído com todas as forças populares e capaz de articular os trabalhadores da cidade, os movimentos camponeses e demais setores sociais interessados.

Buscamos assim, com a luta pela reforma agrária popular, acumular forças, obter conquistas para os camponeses e derrotas para as oligarquias rurais, organizar e politizar nossa base social, ampliar e consolidar o apoio da sociedade à nossa luta. É dessa forma que iremos construir nossa participação nas lutas de toda a classe trabalhadora para construir um processo revolucionário, que organize a sociedade e um novo modo de produção, sob os ideais do socialismo (MST, 2013, p. 33).

O Programa agrário do MST também tem como um dos seus fundamentos a produção agroecológica, livre de agrotóxicos, fertilizantes químicos, herbicidas, sementes transgênicas, etc. A produção deve ser desenvolvida com o controle dos trabalhadores sobre o processo de trabalho, sustentadas por relações sociais livres da exploração, alienação e opressão de classe, raça e gênero. Busca-se assegurar a produção de alimentos saudáveis em profunda conexão e respeito à natureza, respeitando a biodiversidade e suprimindo as necessidades do povo brasileiro e demais povos.

Nesse sentido, o projeto de Reforma Agrária Popular reúne um conjunto de propostas e medidas amplas, a partir de alguns eixos centrais: 1. A democratização da terra; 2. Água: um bem da natureza em benefício da humanidade; 3. Organização da produção agrícola; 4. Nova matriz tecnológica que mude o modo de produzir e distribuir a riqueza na agricultura; 5. Industrialização; 6. Política agrícola; 7. Educação no campo; 8. Desenvolvimento da infraestrutura social nas comunidades rurais e camponesas, e; 9. Mudanças na natureza do Estado e em sua estrutura administrativa.

É no eixo 8 – Desenvolvimento da infraestrutura social nas comunidades rurais e camponesas – que estão as propostas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e da garantia do direito à saúde das populações que vivem no campo. Para o MST, o plano de reforma agrária popular deve “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” (MST, 2013, p. 33).

Assim, o projeto de Reforma Agrária Popular exige a garantia de serviços sociais capazes de responder às demandas e necessidades dos trabalhadores e trabalhadoras no campo, o que inclui a Saúde. Esta posição do Movimento foi identificada em diversos boletins e jornais e revelam que “a luta do MST não é apenas a terra, é resgatar a dignidade e lutar para que todos tenham verdadeiro direito à vida” (MARCHA... 1997, p. 08).

Um dos primeiros boletins publicados pelo MST já revela essa posição, afirmando a importância da infraestrutura dentro dos acampamentos do MST. Os colonos de Nova Ronda Alta, localizado no Rio Grande do Sul, descrevem a organização do acampamento em

comissões e equipes de trabalho e a importância do trabalho coletivo para resolução das necessidades de moradia, construção de escolas, centro comunitário, animais para uso coletivo, hortas, etc. Como também, ressalta que “o crédito igualmente é um item importante para os sem-terra, dele depende a compra de adubos e sementes, assim como a comercialização, habitação, educação, saúde e as atividades comunitárias” (COLONOS... 1982, p. 02).

A ausência de bens e serviços fundamentais à vida nos acampamentos e assentamentos ameaça a implantação do projeto de reforma agrária do MST. Inclusive, para o MST, o adoecimento, a profunda vulnerabilidade desse grupo e as mortes causadas pelas precárias condições de vida ameaçam a permanência dessas populações nos territórios. O sofrimento fragiliza as famílias e reduz a capacidade de resistência dos trabalhadores e trabalhadoras rurais na luta pela terra. A ausência de infraestrutura no campo compromete a organização dos assentamentos e veda as possibilidades de reprodução social do grupo, conforme trechos abaixo:

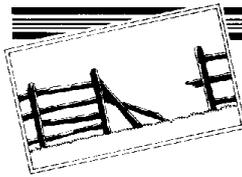
A demora na implantação da infraestrutura mínima, principalmente a construção de escolas e posto de saúde, bem como estradas, está comprometendo o futuro do assentamento de 380 famílias nos 10 mil hectares da fazenda Imaribo, desapropriada pelo INCRA [...] Nos cinco meses de assentamento, a falta de assistência médica causou a morte de quatro pessoas [...] (GOVERNO... 1985, p. 07) (Figura 37).

Considerando as condições econômicas dos assentamentos na região, o processo de organização se torna complexo. As condições de plantio, moradia, alimentação, educação e saúde são precárias e as atividades agrícolas diferenciadas (VIABILIZAR... 1990, p. 14).

Segundo o Movimento, os territórios de Reforma Agrária são espaços de disputa permanente e consolidação do projeto político do MST. De acordo com integrante da direção nacional do MST,

Sempre estivemos atentos a esse debate de pensar o assentamento não somente como a conquista da terra. Pensar o assentamento como um espaço de organização do MST deu uma solidez ao movimento. Levamos sempre em conta várias dimensões das vidas das famílias. Vidas que vão além das questões econômicas, mas que não deixam de pensar a renda das famílias. **Mas que pensam também na lógica da resistência, que é o caso da educação, cultura, lazer, saúde e esporte.** Pensar em assentamento é pensar na organização da produção, pensar em cooperação, educação voltada para realidade e em uma educação transformadora. O assentamento é muito mais do que pensar produção e viabilidade (AUGUSTO, 2008, p. 04) (grifos nossos).

Figura 37 – Assentados do MST exigem infraestrutura nos territórios (Paraná)



No Paraná, o não cumprimento das promessas feitas pelo governo do Estado compromete o futuro do assentamento **Vitória da União**, em Mangueirinha. No Sergipe, a polícia desmancha a cacetadas o acampamento de Poço Redondo. No Rio de Janeiro, o **Mutrão de Paracambi** ameaça acampar na capital. E no Ceará, o governo estadual promete terras a lavradores de Redenção.

Paraná

Governo não cumpre promessas

A demora na implantação da infra-estrutura mínima, principalmente a construção de escolas e postos de saúde, bem como estradas, está comprometendo o futuro do assentamento de 380 famílias nos 10 mil hectares da Fazenda Imaribo, desapropriada pelo INCRA em janeiro passado, no município de **Mangueirinha**. “O Estado é um péssimo cumpridor dos compromissos assumidos”, desabafou César Tonelli, um dos líderes de **Vitória da União**, como agora os lavradores chamam a antiga Fazenda Imaribo.

Nos cinco meses de assentamento, a falta de assistência médica causou a morte de quatro pessoas. A última ocorreu dia 20 de setembro, quando morreu o lavrador Teodomiro de Oliveira Machado, 46 anos, oito filhos, por infecção generalizada. A fal-



Os assentados exigem do governo do Paraná a infra-estrutura prometida

ta de transporte na área também é um problema sério, pois os assentados dependem de caronas para se deslocar até a cidade.

Outro problema grave é o da educação. Os assentados querem um ensino

adequado à realidade deles, com o aproveitamento dos professores existentes dentro da área. Mas a Secretaria Estadual de Educação retirou o apoio ao projeto de construção de escolas, apesar de possuir dinheiro para isso, e a Pre-

feitura de Mangueirinha não aceita que os próprios assentados habilitados para o magistério dêem aulas.

O problema mais recente é a intimidação e a perseguição da Polícia Mili-

tar. No dia 22 de outubro, policiais militares armaram uma barraca no lote de Otávio Vieira Ferreira, o “Formiga”, um dos líderes dos assentados, dizendo que estavam lá para protegê-lo. Só que os policiais foram vistos com seis pistoleiros da Madeireira Estill.

Apesar das dificuldades, os assentados conseguiram fazer 4.500 hectares de roça de feijão, milho, amendoim e hortaliças. Recentemente, foram liberados Cr\$ 2 bilhões e 300 milhões do Finsocial. Cada família aplicou em média Cr\$ 6 milhões na compra de juntas de boi, ferramentas, sementes, madeira e telhas para a construção de chiqueiros e casas. Para comprar mais barato, os assentados criaram a Comissão de Compras Comunitárias, que conseguiu baixar os preços em até 30 por cento.

Fonte: Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 48, 1985, p. 07)

Assim, os assentamentos também são vistos como espaços de resistência ao modelo do agronegócio, de resistência à ofensiva contra os territórios de reforma agrária e suas riquezas naturais. A resistência também passa pela implantação de uma nova matriz produtiva, fundamentada na agroecologia, na produção de alimentos saudáveis, no trabalho cooperativo e na construção de novas relações de vida e saúde no campo e na cidade. “É preciso entender também a agroecologia como uma filosofia de vida, um modo de se relacionar positivamente com as pessoas e com a natureza” (ROCHA, 2010, p. 06), relações sociais livres da exploração e de opressões. As formas de viver e organizar a vida cotidiana nos assentamentos representam a tradução do projeto político defendido pelo MST, portanto, para o Movimento, “deve ser um território onde nossas experiências se comuniquem com a sociedade, que fique evidente a diferença de projeto no embate ideológico. Que seja um espaço que a sociedade possa interagir, ser um espaço de debates políticos” (AUGUSTO, 2008, p. 04) (Figura 38).

Figura 38 – Saúde enquanto lógica de resistência e consolidação do projeto político

ENTREVISTA Territórios da Reforma Agrária são espaços de embate e consolidação de nosso projeto político

O assentamento como um espaço de organização

Por DANILLO AUGUSTO

A enorme influência do capital financeiro dentro da agricultura começa a refletir no dia-a-dia da população mundial. O que antes parecia ser um problema das comunidades rurais, hoje afeta diretamente a vida de toda a sociedade. Aquecimento global, monocultivo, aumento excessivo nos preços de alguns alimentos são apenas algumas consequências desta influência. De acordo com Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), o preço da cesta básica aumentou mais de 9% em 11 capitais brasileiras somente nos quatro primeiros meses desse ano. O feijão – alimento fundamental na nossa mesa – teve reajuste de quase 150% no último ano. Recentemente, a Organização das Nações Unidas (ONU), divulgou um documento criticando

o atual modelo de agricultura, impulsionado pela chamada “Revolução Verde”, que aumentou a produtividade no campo, mas não foi capaz de impedir que mais de 800 milhões de pessoas continuem passando fome no mundo. No documento, outras críticas foram feitas aos agrocombustíveis e ao desenvolvimento de produtos transgênicos. Para entender a proposta de agricultura e de Reforma Agrária defendida pelo MST, o **Jornal Sem Terra** entrevistou o integrante da direção nacional do Movimento, José Batista de Oliveira. Ele fala sobre o papel do assentamento no combate ao modelo imposto e qual o papel das famílias que conseguiram suas terras pela Reforma Agrária. Relata ainda fatos que transcendem a vida do assentamento. Leiam a entrevista.

Jornal Sem Terra – Zé Batista, como um assentamento deve ser compreendido?

José Batista – Sempre estivemos atentos a esse debate: de pensar o assentamento não somente como a conquista da terra. Pensar o assentamento como um espaço de organização do MST deu uma solidariedade ao Movimento. Levamos sempre em conta várias dimensões das vidas das famílias. Vidas que vão além das questões econômicas, mas que não deixam de pensar a renda das famílias. Mas que pensam também na lógica de resistência, que é o caso da educação, cultura, lazer, saúde e esporte. Pensar em assentamento é pensar

em organização da produção, pensar em cooperação, educação voltada para a realidade do campo em uma educação transformadora. O assentamento é muito mais do que pensar produção e viabilidade.

JST – Qual seria essa lógica de resistência?

JB – O assentamento passa por um processo de luta, de enfrentamento e resistência onde temos que pensar em todas essas dimensões. Tendo em vista que os assentamentos são espaços, territórios de disputa permanente. Isso porque, em mais de duas décadas de lutas, não conseguimos implementar a Reforma

Agrária que nós defendemos. Mas, nossos inimigos não conseguiram derrotar o Movimento, nem derrotar a proposta de Reforma Agrária. Então, o assentamento é resultado de um conflito que origina em um projeto não concluído de implementação do nosso projeto político.

JST – Qual é a principal forma de ataque do capital dentro dos assentamentos?

JB – Na lógica e ofensiva do capital, o território por nós conquistado ainda continua sendo disputado. Principalmente pelo fornecimento de sementes modificadas, sementes melhoradas, fornecimento de insumos químicos. Por exemplo, no estado de São Paulo, com a cana-de-açúcar, eles tentam desmatar o projeto político do MST. De que maneira? Invasibilizando a produção diversificada do alimento por meio da monocultura, por meio de arrendamento, ou seja, de estrutura física do assentamento. Sem contar da disputa ideológica com os meios de comunicação que são voltados para a lógica de mercado, a lógica do capital.

JST – De que maneira o assentamento deve resistir a este ataque?

JB – Resistir no assentamento não é re-

agir somente à entrada do capital dentro do mesmo. A resistência é a implementação do oposto desse modelo. Os espaços dos assentamentos são para pensar renda, produção, cultura, moradia, saúde, subsistência e até mesmo o próprio mercado com uma outra matriz de produção e filosofia de vida. Principalmente por meio da agroecologia, preservação e defesa ambiental. Com isso, o assentamento passa a ser um espaço de resistência para implementar aquilo que acreditamos, o que traduz nosso projeto político. O assentamento deve ser um território onde nossas experiências se conectam com a sociedade, que fique evidente a diferença de projeto no ambiente ideológico. Que seja um espaço que a sociedade possa interagir, ser um espaço de debates políticos.

JST – O aumento nos preços dos alimentos atualmente é um dos principais temas discutidos em vários espaços. Diante disso qual contribuição pode ser dada por um assentamento da Reforma Agrária?

JB – A produção de alimento passa pelo inverso do monocultivo. Nossas experiências práticas já são contra esse modelo. O assentamento por si só já é anti-monocultivo. As famílias, ao se instalarem na sua terra, já produzem seu



Assentamentos são territórios de resistência, de produção, cooperação e educação

porar, criam seus animais, ou seja, produzem para a subsistência e o excedente vai para o mercado. Ao ter várias famílias em uma comunidade, você vai ter a possibilidade de cada família ter uma diferenciação naquilo que produz. Mesmo que se pensando na produção coletiva, as famílias não pensam em várias linhas de produção diversificada. Todas essas linhas são voltadas para a produção de alimentos.

JST – E qual seria o desafio principal diante deste modelo?

JB – O desafio dos assentamentos é cada vez mais pensar no equilíbrio, no abastecimento do mercado local e na biodiversidade como algo para ser potencializado e não destruído. Estamos desenvolvendo em assentamentos experiências que se caracterizam em pensar para a atualidade, pensar no combate ao aquecimento global, na falta de alimento, na expansão da monocultura e da destruição do meio ambiente por grandes empresas. É possível produzir o óleo vegetal para mover nossas máquinas sem prejudicar o meio ambiente e sem deixar de produzir alimentos. Temos um potencial dentro dos assentamentos de servir como marco referencial para o modelo de agricultura que o país precisa priorizar, que é a produção de alimentos.

JST – Como o assentamento fortalece a agroecologia, partindo da produção política de produzir alimentos saudáveis sem o uso de agrotóxicos?

JB – A agroecologia é uma filosofia de relação entre homem e natureza. Produzir de forma que não agride o meio ambiente e a natureza é produzir a favor de potencializar a biodiversidade. A agroecologia protege os alimentos e usa menos produtos químicos. Pensar nossa produção de alimentos é pensar em que matriz tecnológica vamos produzir sem degradar o meio ambiente. Essa lógica de lucro que é colocada pelo capital não nos interessa. O que nos interessa é a lógica onde a vida esteja acima do lucro. A produção da vida das famílias assentadas e das comunidades dos assentamentos não deve ser com base na exploração do trabalho, monocultura e muito menos na produção de alimentos emaranhados para as pessoas que vão consumir. Pensar em agroecologia é pensar cada vez mais em diminuir a dependência de compras de insumos, venenos e semente.

JST – Qual o papel do assentado dentro da luta por Reforma Agrária?

JB – O nível de enfrentamento e de luta é muito forte, tendo em vista que os inimigos da Reforma Agrária avançam. Logo todos os assentamentos podem participar da luta diariamente. De que maneira? Por meio da produção agroecológica, da diversificação, do enfrentamento contra o capital. Que o assentamento possa ser um espaço de relação com a sociedade, por meio do fornecimento de alimento, debate político, valorização da cultura, do gênero e solidariedade naquele território. As famílias agindo dessa forma estão inseridas no projeto político do MST. Isso porque 24 horas por dia estarão fazendo esse embate. Outra maneira de apoio e resistência é preparar e liberar militantes para atuarem na luta, contribuir

Com isso, o assentamento passa a ser um espaço de resistência para implementar aquilo que acreditamos, o que traduz nosso projeto político

com acampamentos através da solidariedade da produção de alimentos. Essa participação na vida ativa do Movimento é um selo de qualidade fundamental para esse momento.

JST – Como o cooperativo deve ser entendido dentro do mesmo?

JB – A cooperação é a principal base de organização dos assentamentos. É uma estratégia. Não devemos pensar na cooperação somente no nível formal, aquela que tem estatuto e presidente. Cooperação é pensar a implementação naquilo que acreditamos ser ideal para o campo. Vai desde as formas mais simples que são os mutirões, até as formas mais complexas que são investimentos coletivos. Ao juntar várias famílias para pensar o mercado você tem mais condições do que pensando individualmente. Cooperação é uma ferramenta de organização, resistência e de busca de melhores condições para as famílias viverem no campo. Nossas escolas e centros de formação funcionam como grandes espaços de fomentar a experiências e cooperação relacionadas com outros autores da sociedade. O nosso exemplo é o próprio



Produção sem venenos garante a saúde dos assentados

MST, que é fruto dessa experiência de cooperação tanto externa como interna.

JST – Em relação aos créditos agrícolas. De qual maneira ele pode ser utilizado?

JB – O crédito deve ser usado para a organização das famílias, por meio da produção, diversificação e comercialização dos produtos. O crédito serve como um impulso no processo de estruturação do assentamento, embora os recursos sejam poucos, não suficientes para estruturar a produção, agroindústria e assentamento. Ao trabalhar de formar cooperativada você tem a possibilidade de juntar os créditos das famílias. Essa ação facilita e potencializa os assentamentos. O crédito deve funcionar como uma ferramenta que ajuda no debate de organização. Ao pegar esse crédito deve haver um amplo debate de concepção do assentamento, de projeção, de como serão realizadas as atividades produtivas futuras. Se isso não for projetado com viabilidade técnica a partir da realidade local que envolve clima, potencial e produção, o crédito que vem para solucionar, acaba virando um problema de endividamento, por isso, a importância do debate na hora da utilização do crédito.

JST – A ação do capital na indústria farmacêutica. Como o assentamento pode aproveitar seu espaço para produzir meios alternativos de medicamentos para fugir da dependência desta indústria?

JB – A saúde é uma questão de equilíbrio. Se você conseguir resolver o problema da alimentação, consumindo alimentos sem agrotóxicos, você consegue eliminar a base principal do mal da saúde humana. Se o assentado parar de usar os produtos químicos, parar de se envenenar,

ele deixa de usar remédios. Fora isso, a diversificação da produção permite uma estruturação da prevenção. Já avançamos muito no MST em relação à “manipulação” de plantas. Que é a escagem, a produção de xaropes naturais, extração de essências de plantas nativas. Mas o desafio ainda é integrar essa prática na produção. E entender o potencial dessas plantas medicinais. Transformar em atividade esse cultivo, tanto para o uso interno do assentamento como para o mercado. Temos que fugir da lógica de usar a indústria farmacêutica. As mesmas indústrias que produzem venenos, produzem também os remédios, como é o caso da Bayer. Nosso princípio deve ir além de produzir alimentos saudáveis, e também produzir remédios preventivos e naturais.

JST – Como deve ser realizada a formação dentro dos assentamentos?

JB – O assentamento sendo pensado como projeto político que a classe trabalhadora deseja para si já é uma escola de formação. A busca pela escola, pela escolarização é fundamental. Temos a oportunidade em nossos territórios de construir escolas adequando à realidade do campo uma educação libertadora. Exigir do Estado, por meio de mobilizações, a construção de escolas nos assentamentos como forma de elevar o conhecimento e o nível cultural. É impossível você avançar em uma concepção de assentamento, de agroecologia e produção sem elevar o nível de conhecimento, nível de leitura. A educação é tão importante quanto a conquista da terra, do crédito, da casa e de outras demandas para a sobrevivência das famílias. Sem elevar o nível de conhecimento teremos muita dificuldade de transformar a sociedade no seu conjunto.

Essa perspectiva de saúde como resistência também aparece em outros jornais. A saúde é compreendida enquanto capacidade de lutar contra a exploração dos trabalhadores e trabalhadoras, contra todas as formas de opressão perpetradas pela ordem do capital, é sobreviver diante da barbárie e da violência no campo, é resistir perante a precarização da vida nos acampamentos e assentamentos. Nesse sentido, os boletins e jornais revelam que as demandas por educação, saúde, moradia, água, saneamento básico, alimentos, remédios, crédito, etc., sempre fizeram parte das reivindicações do MST e das pautas de negociação com os governos e órgãos públicos, como também estiveram presentes no discurso de suas lideranças e em diversas estratégias e táticas organizadas pelo movimento. Dessa forma, o MST ressalta que

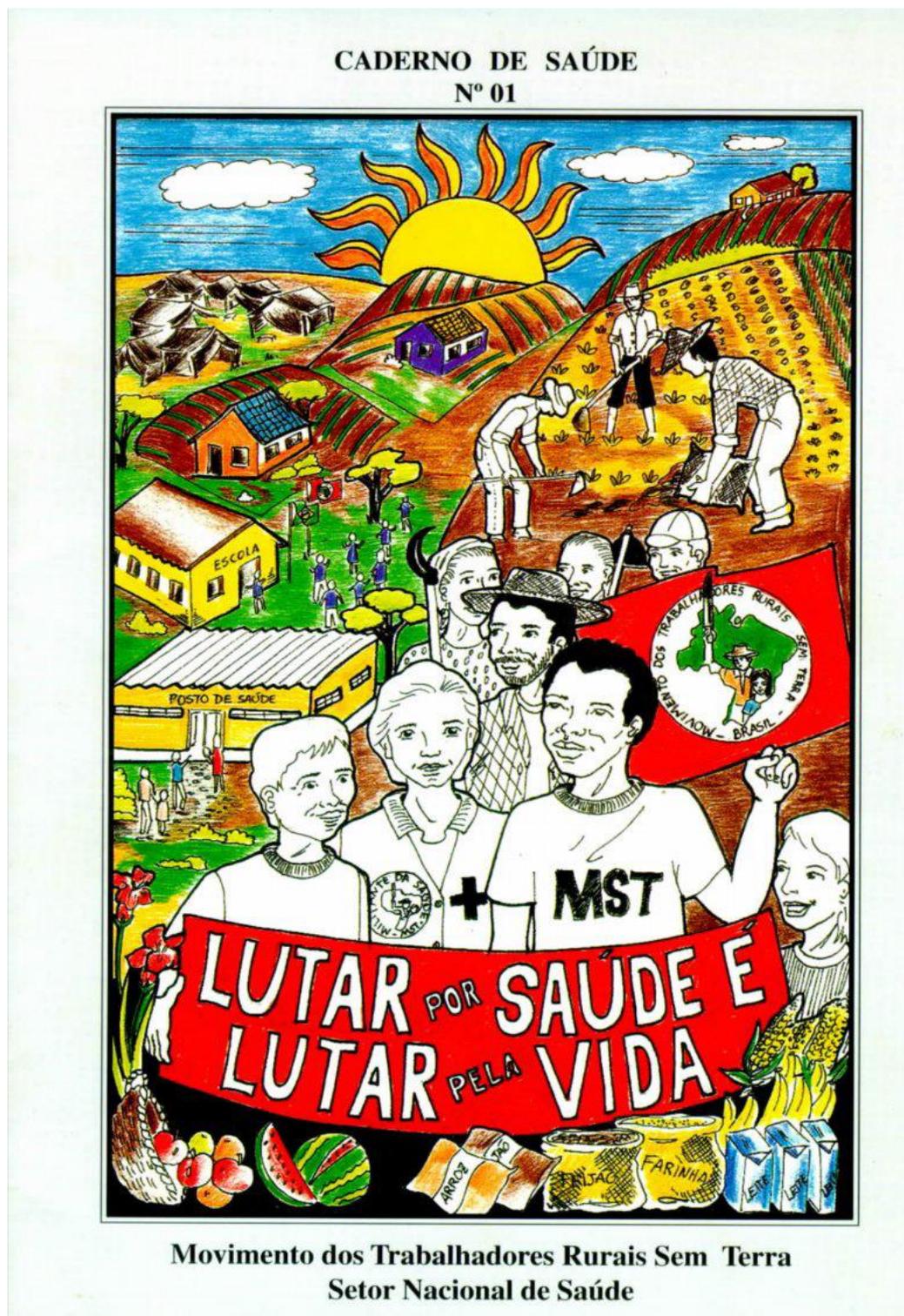
Lutar faz parte de nossa história e é a herança recebida da história da classe trabalhadora brasileira e de todo o mundo. Tudo o que conquistamos é resultado de luta: realizamos luta pela terra, pela educação, por saúde, por crédito, para poder ter direito a produzir, comercializar, morar etc. Lutamos contra as sementes transgênicas, contra os agrotóxicos, contra a corrupção, contra o IMPÉRIO Estadunidense. Lutamos contra todas as formas de opressão e de dominação. Lutamos até para conseguir praticar a solidariedade a outros povos com a organização de nossas brigadas internacionalistas em outros países, como Haiti, Moçambique, Venezuela, etc. Lutamos até para poder aplicar a lei e punir os que praticam violência contra os trabalhadores! (MST, 2013, p. 50).

No Caderno de Saúde nº 1, denominado *Lutar por Saúde é Lutar pela Vida* (Figura 39), o MST afirma que “sem Saúde não há Reforma Agrária”. Produzido pelo Setor Nacional de Saúde do MST, o documento questiona a relação entre saúde e reforma agrária. Para o Coletivo Nacional de Saúde,

A resposta para esta pergunta é muito simples, com um povo doente e enfraquecido jamais chegaremos à verdadeira reforma agrária. De nada valeria lutarmos tanto e chegarmos a um dia à vitória de vermos a terra livre, mas nosso povo escravo das doenças, vícios, venenos, agrotóxicos e outras deformações que diminuem a dignidade do ser humano (MST, 1999a, p. 14).

Dessa forma, os documentos evidenciam que a saúde é parte da totalidade da vida no campo, constitui um dos elementos do Programa de Reforma Agrária Popular e faz parte das lutas concretas do MST por terra e saúde. A seguir apresentamos a visão de mundo do MST no campo da saúde, sistematizando a concepção de saúde do movimento, sua posição acerca do Sistema Único de Saúde, bem como suas propostas para a saúde no Brasil, elementos centrais que constituem as bases conceituais do projeto do MST na saúde.

Figura 39 – Caderno de Saúde nº 1 – *Lutar por Saúde é Lutar pela Vida*



Fonte: MST (1999a)

5.4.1 *Concepções de Saúde do MST*

É possível verificar nos documentos oficiais do MST diversas ideias, noções e conceitos sobre saúde. A concepção de saúde construída pelo Movimento compreende diferentes dimensões da vida social e articula elementos que relacionam; saúde e doença; saúde e estrutura social; saúde e mercadoria; saúde e relação com o ambiente e a natureza; saúde e higiene; saúde e equilíbrio; saúde e capacidade de luta e organização política; saúde como direito e dever do estado. O Setor Nacional de Saúde do MST elaborou uma cartilha denominada *Construindo um conceito de saúde para o MST* (Figura 40), em que apresenta algumas perspectivas sobre sua concepção de saúde, entretanto, esse debate também foi identificado em outras cartilhas e nos jornais produzidos e publicados pelo movimento, como veremos a seguir.

Figura 40 – Caderno de Saúde nº 5 – *Construindo um conceito de saúde para o MST*



Fonte: MST (2000c)

Uma primeira perspectiva apresentada pelo MST é a ideia de saúde relacionada à doença e falta de acesso aos bens e serviços sociais nos territórios em que estão os acampamentos e assentamentos.

Quando discutimos saúde logo vem em mente a doença, pois é ela que nos assusta, mata, traz sofrimentos. E ao falar em Saúde logo pensamos, principalmente para os que moram na área rural, a falta de acesso aos bens e Serviços públicos que deveriam ser oferecidos a todos os cidadãos (MST, 1999b, p. 05).

Entretanto, mesmo que relacionando diretamente saúde, doença e acesso, o MST procura caracterizar o processo saúde-doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, como parte da estrutura capitalista fundamentada pela lógica da exploração e opressão dos trabalhadores pela classe burguesa, e pela produção de mais-valia e do lucro, como revelam os trechos abaixo:

Falar de saúde não é somente falar de remédios e hospital, nem falta de doenças. Estar com saúde é bem mais que isso. E tem a ver com a sociedade em que vivemos, dividida em classes, onde de um lado estão os ricos, a burguesia – uns poucos tendo muito. E de outro lado os trabalhadores, milhões de pessoas sem condições de garantir a sua saúde (MST, 2000c, p. 13).

O sistema capitalista tem arquitetado o todo da sociedade: a economia, a política, o Estado e conseqüentemente a saúde. Este sistema ao se desenvolver com êxito, trouxe todos os valores convenientes ao seu desenvolvimento. Tudo o que dá lucro é mercadoria e a saúde é o grande trunfo do capital. Aspectos como: medicamentos, equipamentos laboratoriais, renda profissional, entre outros, são grandes fontes de lucro. E para chegar a isso foi preciso inserir no meio do povo a necessidade destas mercadorias e infelizmente obtiveram muito êxito. Hoje somos dependentes da medicina química, nos exames laboratoriais, dos médicos. Não que estes não sejam importantes, porém, a partir do momento que são utilizados para barganhar, para escravizar, passam a ser uma ameaça, um “câncer” (MST, 1999b, p. 05).

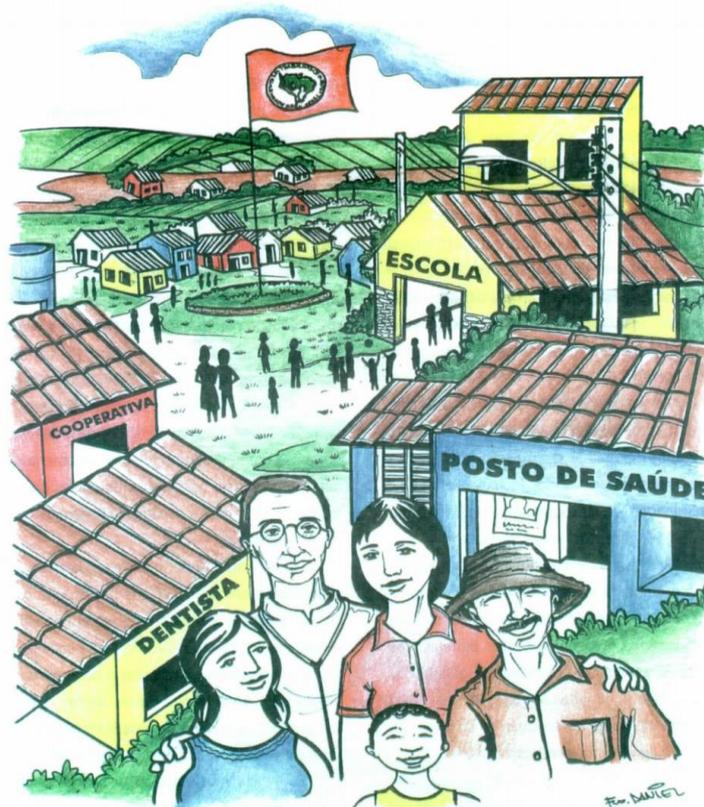
Nesse sentido, o movimento ressalta a perspectiva da saúde enquanto resultado de um conjunto de determinantes biológicos, sociais, econômicos, culturais e históricos. A Saúde é parte da organização econômica e política da sociedade e da sua capacidade de distribuir a riqueza socialmente produzida, de garantir direitos fundamentais à vida. Dessa forma, para o MST,

Uma sociedade com saúde é onde os 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. Mas para que isso se torne realidade, é necessário a organização de todos os trabalhadores e trabalhadoras para lutar por uma sociedade justa e saudável (MST, 2000c, p. 12) (Figura 41).

O trecho acima e demais documentos ratificam a saúde enquanto capacidade de organização e participação política dos trabalhadores e trabalhadoras na construção de uma sociedade capaz de produzir saúde, fundamentada nos princípios da justiça social, igualdade entre as pessoas, solidariedade de classe e liberdade de expressão. “Assim, lutar pela saúde, é resgatar os valores da solidariedade, da justiça, onde as pessoas sintam prazer pelo que fazem, pelo que são, e não pelo que tem, é garantir uma vida saudável onde seja respeitado o direito de todos” (MST, 1999a, p. 05).

Figura 41 – Ilustração da cartilha *Construindo o conceito de saúde do MST*



- O que nossa luta tem a ver com a saúde?
- Afinal, o que é saúde para nós?

Essa posição que relaciona a Saúde enquanto capacidade de luta também aparece nos Jornais Sem Terra. Em entrevista publicada no Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (nº 307, 2010), o coordenador nacional do setor de saúde do MST assume a perspectiva de que “saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime”, como revela trecho abaixo:

Lutar por Reforma Agrária é lutar pela vida, por melhores condições de habitação, trabalho, educação, produção. Tudo isso é uma luta por saúde, na concepção do setor de saúde do MST. É um caminho de mão dupla. Quando a gente luta por Reforma Agrária, não é só para distribuir a terra, é ter habitação, trabalho, alimentação saudável, educação, transporte, é ter vida. E isso é saúde, no entendimento do próprio SUS. Mas há outras questões importantes, no processo da luta em si. Quando a gente faz uma ocupação, monta um acampamento, as pessoas começam a se organizar, assumem sua vida. Pessoas que historicamente não tiveram direito de exigir seus direitos. A partir do momento em que elas se põem em luta, elas assumem sua vida. E isso é ter saúde. **Saúde pra gente é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime, inclusive a doença. Mas é também lutar contra o latifúndio, o agronegócio** (TAVARES, 2010, p. 04) (grifos nossos) (Figura 31).

Outra perspectiva assumida pelo MST é a relação da saúde e meio ambiente, ressaltando a impossibilidade de produzir saúde sem o cuidado com a natureza, sem a preservação e higiene do ambiente comunitário em que as populações assentadas e acampadas estão, como revelam os trechos abaixo:

Se não tivermos respeito e cuidado com a natureza, não haverá saúde. Cuidar do meio ambiente é não usar veneno na terra, ou poluir os rios com lixo, esgotos ou agrotóxicos, derrubar e queimar as matas e poluir o ar. Provocar erosão e enfraquecer o solo, matar os animais que vivem nas matas e que ajudam no equilíbrio da natureza. Meio ambiente saudável depende do cuidado e respeito que temos com a vida nos rios, nas matas e no mar (MST, 2000c, p. 12).

A saúde é uma questão de equilíbrio. Se você conseguir resolver o problema da alimentação, consumindo alimentos sem agrotóxico, você consegue eliminar a base principal do mal da saúde humana. Se o assentado parar de usar os produtos químicos, parar de se envenenar, ele deixa de usar remédios. Fora isso, a diversificação da produção permite uma estruturação da produção (AUGUSTO, 2008, p. 04).

Assim, a saúde também é compreendida enquanto relação de equilíbrio na relação entre os indivíduos e a natureza, capaz de produzir alimentos livres de venenos e garantir o consumo de alimentos saudáveis e diversificados, evitando o consumo de medicamentos sintéticos produzidos pela indústria farmacêutica. O MST ainda ressalta a lógica do lucro que orienta as indústrias multinacionais, em que a Saúde é uma mercadoria, podendo ser acessada no mercado. Para o Movimento, as indústrias vinculadas ao agronegócio produzem diversos produtos

químicos, farmacêuticos e alimentos que destroem a natureza e a saúde dos indivíduos. Para as empresas estrangeiras como a Bayer, Basf, Sygenta,

A Saúde da Natureza e do Homem é uma mercadoria: quanto mais doentes ficar a natureza e os seres humanos, mais remédios químicos vão vender para “sara” as doenças e mais agrotóxicos vão produzir para recuperar o solo e a produção das lavouras. E mais lucros vão ter. Pois quanto mais se usa agrotóxicos e remédios químicos, mais doentes ficam o homem e a natureza (MST, 2000c, p. 12).

O MST compreende o ambiente enquanto local, território em que se vive, o que inclui a natureza e tudo que está no entorno da comunidade – casas, jardins, hortas, galinheiros, espaços de lazer, estrebarias, escolas, etc. Nesse sentido, a noção de saúde e ambiente também implica medidas de vigilância do ambiente, de construção de práticas coletivas que visam eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, tais como: descarte do lixo; preservação e controle da qualidade das fontes de água; construção das fossas sépticas para não contaminação do solo e da água; higiene das casas e dos quintais; cuidado com a saúde dos animais domésticos, etc.

Essa visão do MST que relaciona saúde, ambiente e higiene nos territórios ainda inclui práticas de cuidado individual como prevenção de problemas de saúde em suas populações. Assim, o MST destaca a importância de criar hábitos saudáveis e de cuidado com o corpo, ressaltando a importância da higiene pessoal, da necessidade de lavar as mãos, escovar os dentes, manter as roupas limpas e lavadas, além do cuidado com as crianças e a necessária incorporação de hábitos de higiene capazes de prevenir diversas doenças nesse grupo populacional.

Essa ideia/noção de saúde que aborda os comportamentos e hábitos pessoais também é identificada nos documentos, entretanto, o MST compreende que as condutas pessoais e a qualidade de vida só podem ser compreendidas a partir da dinâmica da sociedade. Ao discutir o consumo de álcool e outras drogas, o Movimento ressalta que “o capitalismo também traz vários vícios, que destroem famílias, relações comunitárias e principalmente a saúde da pessoa como: o uso do álcool, o cigarro, as drogas e a prostituição” (MST, 2000c, p. 30). Assim, o enfrentamento dos processos de adoecimento é sempre coletivo e a doença é percebida como mecanismo de exploração e destruição dos trabalhadores, como revela o seguinte trecho: “temos que dar um passo adiante, juntos, resistir, superar estes vícios, nos ajudando e indo em busca de apoio para enfrentar essas doenças que nos explora e destrói aos poucos” (MST, 2000c, p. 30).

A saúde para o MST implica um bem-estar físico e mental, mas também relações sociais horizontais, de igualdade entre homens, mulheres, crianças e velhos. Para o MST, “estar com saúde é sentir-se bem fisicamente, estar com a cabeça tranquila, viver em um ambiente familiar onde há respeito, carinho e igualdade entre marido e mulher, pais e filhos e avós” (MST, 2000c, p. 13). Assim, para o Movimento, produzir saúde exige ruptura com as estruturas de opressão de gênero, raça, classe, sexualidade, geração, etc., dentro de seus territórios.

Nesse sentido, o MST ratifica a necessária ruptura com os valores da individualidade e da competição que orientam o sistema capitalista. No lugar da opressão, do profundo sofrimento das famílias acampadas, da falta de esperança causada pela concentração de terra, “estamos conhecendo e aprendendo a solidariedade, a pensar no coletivo, na comunidade. Em dividir responsabilidades” (MST, 2000c, p. 17). Portanto, o MST defende a construção de uma cultura do cuidado, preservando a saúde e transformando as formas de viver e se organizar em comunidade, orientados pela liberdade, respeito, igualdade e participação dos sujeitos, compartilhando coletivamente decisões, ações e conquistas.

Essa cultura do cuidado inclui ainda a prática de esportes, o lazer e a arte, como revelam os trechos abaixo:

A prática de esportes e lazer faz parte da saúde mental e física do ser humano e se forem feitos de forma solidária e coletiva, contribui para a saúde das comunidades, pois são atividades socializantes ajudam a desenvolver nossa identidade de grupo e a capacidade de agir coletivamente. A música, o teatro, a dança, a pintura, poesia, as festas populares que celebram os momentos de conquista e vitória, contribuem para desenvolver a criatividade e habilidade artística e fortalece nossa identidade histórica e cultural. É através de momentos de arte e beleza que cultivamos novos sentidos para a caminhada e preservamos nossa história (MST, 2000c, p. 19).

Os valores do cuidado devem permear todos os espaços coletivos e relações sociais. Cultivar a cultura da saúde nas escolas, nas cirandas, nas hortas medicinais, quadras, florestas, creches, etc., é impregnar os espaços comunitários de vida e dos valores que organizam/orientam o Movimento. Cultivar a saúde na vida comum, no cotidiano dos assentamentos e acampamentos é constituir formas de poder compatíveis com os valores de uma democracia radical e plural.

Por fim, o MST resgata as lutas pelo direito à saúde no Brasil e sua expressão na Constituição Brasileira de 1988, destacando a “Saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, s/p). O Movimento ainda discute a Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080, e convoca a militância a incorporar a definição de saúde presente na lei.

Então, a reflexão que temos que ter em mente é que a saúde é resultado das condições sociais, econômicas, políticas que a pessoa vive. A Lei 8.080/90 que regulamenta as questões da Saúde define: “a Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outras, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (MST, 1999b, p. 06).

A lei 8.080/90 que regulamenta as questões da saúde define “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. **Portanto, lutando pela Reforma Agrária efetiva estamos lutando pela saúde dos trabalhadores e isto é fundamental** (TERRA..., 1999, p. 16) (grifos nossos).

O MST reafirma a posição de que lutar por Reforma Agrária e por Terra é lutar pela garantia do direito à saúde e à vida. Assim, no Caderno de Saúde nº 2, produzido pelo Setor Nacional de Saúde, o MST propõe um conjunto de medidas para transformação da realidade e mudanças nos territórios dos acampamentos e assentamentos: 1. Relação com a terra – Realizar o trabalho usando métodos agroecológicos, produzindo alimentos saudáveis e preservação da natureza; 2. Alimentação – Consumo de alimentos naturais, evitando a ingestão de industrializados e processados; 3. Parcela do lote/terra – manter seu espaço limpo e acolhedor; 4. Relação com a água – cuidar das fontes de água (poços/cisternas/fontes) e preservar os rios, riachos e açudes; 5. Resgate do uso das plantas medicinais – uso e cultivo das plantas medicinais buscando romper com a dependência dos medicamentos químicos; 6. Valorização da vida – defesa de valores humanistas e solidários e de valorização da vida de todos e todas, promoção de campanhas de cuidado pessoal e valorização do corpo, e incentivo das práticas de atividade física, lazer e atividades festivas; 7. Estudos e conhecimentos – Incentivar o estudo e a buscar por conhecimentos que permitam compreender a realidade, a situação de saúde e discutir relações de gênero, sexualidade, juventude velhice, etc.; 8. Valorização da saúde da família – o programa de saúde prevê a reorganização da família, planejamento familiar e inserção de todos os integrantes na vida social dos assentamentos; 9. Lutar pela assistência à saúde – conhecer o SUS e lutar pela garantia do direito à saúde, “lutar para que todos sejam tratados como cidadãos porque lutar por saúde é lutar pela vida” (MST, 1999b, p. 08).

Assim, o MST defende uma concepção ampliada e radical de saúde. Consideramos que essa perspectiva assumida pelo Movimento se assemelha ao conceito de determinação social da saúde produzido pela epidemiologia crítica, na medida em que rompe com a perspectiva reducionista de pensar o social, de análise de determinantes isolados e fragmentados ou associado aos fatores causais de risco e/ou estilos de vida, ainda que considere a singularidade

dos sujeitos e suas famílias. Desta forma, os documentos revelam uma compreensão multidimensional e complexa da saúde, que vai desde a dimensão da doença, dos comportamentos individuais e coletivos, vigilância do ambiente, água e solo, condições de trabalho, até a dimensão do geral – de ruptura das estruturas de classe, raça, gênero, geração e sexualidade.

Nesse sentido, é preciso qualificar a perspectiva defendida de que “a saúde é lutar contra tudo que nos oprime”. Portanto, produzir saúde é a capacidade de luta contra os sistemas de opressão e exploração que estruturam a sociedade de classes e o campo brasileiro, é destruir o agronegócio e sua revolução verde (pacote tecnológico, químico, genético e mecânico), romper com a desigualdade e violência de gênero, com a desumanização do racismo, com os sistemas heteronormativo e patriarcal e com a sociedade orientada para produção de mercadoria e mais valia. O MST propõe a produção de uma cultura que tenha a vida como valor central, de uma cultura de cuidado com a vida, o que inclui relações sociais horizontalizadas, produção e o consumo saudável de alimentos (agroecologia), uso da medicina tradicional e popular, solidariedade de classe, dentre outros elementos e proposições que estruturam o projeto de saúde do Movimento e que estão explicitados neste trabalho.

É comum na literatura revisada que a concepção de saúde do MST esteja associada às perspectivas expressas na CF¹⁵ de 1988 e na Lei orgânica da saúde (Lei 8080/90), ou seja, na concepção ampliada de saúde¹⁶ proposta pelo movimento da RSB, ou no lema da Organização Mundial da Saúde¹⁷, o que também aparece nos documentos oficiais. Entretanto, a pesquisa revela uma perspectiva de saúde radical e complexa, a saúde enquanto um movimento dialético entre os fenômenos gerais, particulares e singulares, mas também enquanto campo de ação, de capacidade de luta e de resistência no território rural pela garantia da vida, por uma agricultura pela vida e não para reprodução de capital.

Nessa perspectiva, para o MST o atual modelo de modernização conservadora no campo brasileiro marcado pela predominância do agronegócio, pela ociosidade e concentração da terra, desemprego, insegurança alimentar e pela profunda destruição ambiental são incompatíveis com o bem viver e com os modos de vida saudáveis. Assim, podemos dizer que o MST defende os 4S propostos pela epidemiologia emancipadora, ou os quatro princípios que sustentam a vida

¹⁵ Cf. Art. 196. da Constituição Federal de 1988: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

¹⁶ Esta concepção entende a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, saneamento básico, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, entre outros.

¹⁷ Saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social”.

e o bem viver – Sustentabilidade do sistema econômico e socioambiental, Soberania dos povos e nações, organização social solidária, modos de trabalhar e viver saudáveis e seguros.

5.4.2 Posição do MST sobre o Sistema Único de Saúde

O MST narra em seus documentos a luta pelo direito à saúde no Brasil apresentando as ações e programas que precederam o SUS, resgatando a história da saúde pública desde 1900, com grande foco no caráter restritivo do acesso pelos trabalhadores, incapacidade de responder as necessidades da população, bem como denuncia a forte presença do setor privado no campo da saúde.

O MST reconhece a Reforma Sanitária Brasileira enquanto movimento importante que surge na década de 70, articulando trabalhadores da saúde, intelectuais, políticos, organizações populares, partidos políticos e sindicatos e população em geral, e o protagonismo do Movimento Sanitário na construção de um sistema de saúde público, de qualidade e organizado em nível nacional (MST, 1999a; 2000b), conforme trecho abaixo:

Mas os trabalhadores foram avançando na organização da luta pelo direito ao atendimento à Saúde, que retomou o fôlego nos anos 70. Foi nessa época que setores da sociedade - profissionais de saúde, políticos, estudiosos, sindicatos e a população em geral, criaram o Movimento pela Reforma Sanitária. Esse movimento criticava o INPS, que só atendia pessoas com carteira assinada e o FUNRURAL, que só atendia trabalhadores e trabalhadoras que tinham carteirinha do sindicato e contribuía mensalmente, mas, mesmo assim eram mal atendidos (MST, 2000c, p. 41) (Figura 42).

Figura 42 – Críticas ao caráter restritivo das ações de saúde



- ❑ Por que poucos tinham atendimento médico e a maioria dos trabalhadores não?
- ❑ Quem ganhava com isso?

Os elementos históricos levantados nos documentos sobre a saúde no Brasil apresentam críticas ao caráter restritivo do acesso pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e FUNRURAL, etc., garantido apenas aos trabalhadores com carteira assinada ou através da caridade. Para o MST, o movimento sanitário foi responsável pela elaboração de uma proposta de universalização do acesso aos serviços de saúde e às ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Nesse sentido, há uma compreensão de que a conquista do SUS implicou o reconhecimento da saúde enquanto um direito de cidadania, para todas e todos os trabalhadores, além de construir um conceito ampliado de saúde que considera diversos fatores determinantes e condicionantes da saúde (MST, 1999a). O MST destaca ainda a importância histórica da 8ª Conferência de Saúde para construção do SUS no país, conforme trecho abaixo.

Toda essa batalha teve seu ponto culminante na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com a participação de mais de 5.000 representantes escolhidos em Conferências Estaduais e onde foi apresentada e aprovada a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). As deliberações da Conferência foram incorporadas na Constituição Federal de 1988, definindo no artigo 196 que: "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde, bem como a acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação", ou seja, prevenir e curar as doenças. Em 1990 foram feitas outras duas leis, Lei Orgânica da Saúde 8080 e 8142 (MST, 1999a, p. 06) (Figuras 43 e 44).

Assim, como explicitado acima, o MST defende a saúde enquanto direito e dever do Estado e reconhece o SUS enquanto o organizador das ações e serviços de saúde. Portanto, na perspectiva do MST, "o SUS é um instrumento que organiza, regulamenta e garante o direito de todo trabalhador e trabalhadora, criança e idoso de ter acesso ao atendimento à saúde pública e de qualidade" (MST, 2000c, p. 44), além de responsável pela atenção à saúde em todo território nacional, sob gestão dos diversos entes federativos. Nesse sentido,

Uma das preocupações do Movimento é garantir que o Estado cumpra com seu dever em possibilitar o acesso à saúde básica universal. Trata-se de um direito de todo povo brasileiro, apesar de ser negado à maioria da população, especialmente no campo. Por isso, o Setor de Saúde tem o papel de pressionar o Estado para que este cumpra com sua função nas áreas de assentamentos e acampamentos, e que implemente políticas públicas de soberania, segurança alimentar, de condições de vida dignas, como medidas de saúde preventivas às doenças (MST, 2021, s/p).

Figura 43 e 44 – O que é o SUS

2 - O QUE É O SUS

Durante anos o desafio de construir um sistema de atenção à saúde que fosse público, de qualidade e organizado em nível nacional, uniu trabalhadores de saúde e organizações populares, partidos políticos e sindicatos, na elaboração de uma proposta que garantisse o acesso a serviços de saúde, assegurando a proteção, promoção e recuperação da saúde da população.

Toda essa batalha teve seu ponto culminante na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com a participação de mais de 5.000 representantes escolhidos em Conferências Estaduais e onde foi apresentada e aprovada a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). As deliberações da 8ª Conferência foram incorporadas na Constituição Federal de 1988, definindo no artigo 196 que: "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos à saúde, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação", ou seja, prevenir e curar as doenças. Em 1990 foram feitas outras duas leis, Lei Orgânica da Saúde 8080 e 8142.

Garantimos na Lei. Estava começando a luta para garantir na prática.

3 - MAS, O QUE SIGNIFICA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS?

Com essa lei o atendimento se tornou universal, ou seja, todo cidadão pode e deve ser atendido. Antes, como você deve se lembrar só eram atendidos no sistema quem tinha a carteira do INPS e do FUNRURAL. Quem estava desempregado há mais de um ano ou não tinha carteira assinada não era atendido, dependendo da caridade de alguns.

Com o SUS, muitos serviços que o Governo Federal e Governos Estaduais mantinham foram transferidos para o município, ficando sob gestão da prefeitura (descentralização), ou seja, mais próximos do poder de cobrança e fiscalização da população.

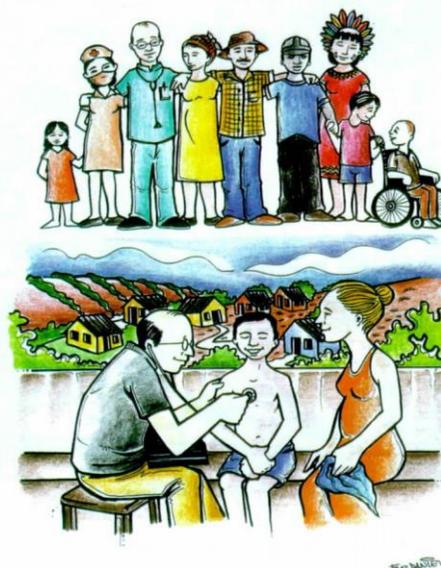
O SUS, como está na lei, incorpora a noção de saúde como qualidade de vida. Outro grande ganho, previsto na legislação, foi a mudança do conceito de saúde, definindo que a saúde não é a simples ausência de doença, que está condicionada e determinada a fatores tais como a habitação, a alimentação, a educação, a renda e o salário, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao transporte, ao lazer e ao acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (artigo 3º da Lei 8080/90)

6

SUS - O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único Saúde – SUS é um instrumento que organiza, regulamenta e garante o direito de todo trabalhador e trabalhadora, criança e idoso de ter acesso ao atendimento à saúde pública e de qualidade. Quer dizer, o SUS organiza todas as formas de atendimento à saúde, no município, no Estado e no País.

Esse atendimento deve ser público, ou seja: toda a rede de serviços – consultas médicas, exames, internações, cirurgias, remédios e acompanhamentos, devem ser fornecidos, com zelo e qualidade pelo Estado, em todos os municípios do país. Esses atendimentos não devem ser cobrados, pois já estamos pagando através dos impostos.



- Quem tem direito de ser atendido pelo SUS?
- Como ele deve funcionar?

Além de resgatar a história de construção do SUS, o MST apresenta diversos elementos que estão contidos nas leis que regulamentam o SUS, destacando o debate acerca dos seus princípios. O MST classifica, enquanto princípios doutrinários, a universalização, equidade, integralidade, e, enquanto princípios organizativos, a hierarquização e a regionalização, descentralização, participação da comunidade (controle social) e a complementariedade do setor privado (MST, 1999a). Esses princípios são discutidos pelo MST, ressaltando seus significados para a garantia do direito à saúde e organização dos serviços, em todo o território nacional.

Quanto à participação e o controle social no SUS (Figura 45), os documentos citam a lei 8.142/90, destacando as instâncias colegiadas – conselhos e conferências – e a luta dos movimentos sociais pelo efetivo controle da política de saúde pela população. Assim, os cadernos orientam a base do MST quanto ao papel, funcionamento, composição e organização dos conselhos e conferências. Entretanto, apesar de reconhecer esses espaços de participação enquanto estratégia importante de luta pela garantia do direito à saúde, o MST elenca diversos problemas relativos à paridade, controle e interferência da gestão, burocratização da participação, desrespeito às decisões tomadas, etc. Há uma compreensão dos conselhos e conferências, mas também do próprio campo da saúde enquanto espaços de disputa de poder e de projetos, reconhecendo que “existem muitas forças contrárias ao Sistema Único de Saúde. Os principais inimigos são as empresas de saúde que lucram com a doença da população, e o governo neoliberal que quer transformar nossas vidas em mercadorias, onde tudo é comprado e vendido, inclusive a saúde” (MST, 1999a, p. 10).

Figura 45 – Participação no SUS

A participação da população no SUS

O SUS só deve funcionar, de acordo com seus princípios e normas, se houver participação das comunidades, pois foi criado para funcionar com participação. Por isso, devemos fazer parte do SUS para fiscalizar, questionar a aplicação dos recursos, a qualidade do atendimento e suas política de prevenção e atendimento e participar das decisões.

Podemos participar no SUS através dos Conselhos e Conferências de Saúde, que é formado por representantes de vários setores da sociedade.

Os conselhos de saúde

Os Conselhos têm papel de propor e controlar a execução da política de saúde, como por exemplo fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Saúde; fiscalizar e acom-

panhar as ações e serviços da saúde, propor medidas para melhor funcionamento do SUS e examinar a denúncias e propostas. Os Conselhos de Saúde funcionam a nível municipal, estadual e nacional.

As conferências de saúde

As Conferências de saúde devem acontecer nos municípios, Estados e Nacional. Ela tem por objetivo conferir como está o funcionamento do SUS, as aplicações dos recursos, enfim como está o atendimento para a saúde da população. Também deve trazer propostas que o poder público deve respeitar e colocar em prática. A Conferência Nacional de Saúde acontece de 4 anos, já nos municípios e estados podem acontecer todos os anos.



Construindo o conceito de saúde no MST - 47

Fonte: MST (2000c)

Assim, o MST defende a organização dos trabalhadores e trabalhadoras para garantir os direitos constitucionais. Através do lema *Conhecer, organizar e Mobilizar*, o MST propõe que a classe trabalhadora busque conhecer os problemas de saúde em seus territórios, organizar estratégias e mobilizar organizações, movimentos, etc., pela defesa do SUS. Assim, o MST orienta que sua base conheça e discuta os problemas de saúde nos assentamentos e

acampamentos e recomenda que os núcleos de base estudem e discutam as leis que regulamentam o SUS. Também recomenda que o movimento conheça os conselhos municipais de saúde e construa alianças com os representantes dos usuários, buscando formas de pressão conjunta para garantia do acesso à saúde e ratificando a responsabilidade da participação do MST na luta por uma vida digna (MST, 1999a).

O MST ainda propõe “eleger conselheiros que sejam capazes e que tenham representatividade na nossa organização. Os assentamentos e acampamentos devem acompanhar coletivamente reuniões e a atuação dos Conselhos” (MST, 2000c, p. 52). Portanto, defende que seus militantes sejam conselheiros de saúde, que ocupem as instâncias de participação no SUS e articule outras organizações de trabalhadores cobrando o pleno funcionamento do SUS.

Nesse sentido, o projeto do MST no campo da saúde incorpora a luta em defesa do SUS e de seus princípios e diretrizes, inclusive constitui pauta de luta e organização política pela garantia do acesso à saúde e pela construção de uma sociedade produtora de vida e saúde. O trecho abaixo ratifica essa posição e apresenta críticas aos governos de Collor e Fernando Henrique Cardoso pelas medidas neoliberais adotadas no campo da saúde.

A luta do Movimento é de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), dos seus princípios, como sistema público, Universal, integral e equânime. Essa sempre foi uma luta nossa, da saúde como direito. O SUS foi conquistado para os trabalhadores, dentro do contexto de redemocratização do país, a partir da Conferência Nacional de Saúde de 1986. Em 1988, é garantido na Constituição que a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado. Houve um processo de desmonte, iniciado no governo Collor e depois no governo FHC, que promoveu uma privatização disfarçada da saúde, por uma terceirização dos serviços (TAVARES, 2010, p. 04).

Portanto, o MST aponta os problemas e limites do SUS para garantir o pleno exercício do direito à saúde, além de questionar as práticas de saúde, a organização e o funcionamento do modelo de atenção à saúde no Brasil, conforme trecho a seguir.

É bem complicado falar do SUS, porque, por um lado, o sistema é uma referência no mundo pela garantia da saúde como direito. Mas, por outro, precisamos denunciar a precarização atual, a pouca quantidade de profissionais, a fragilidade nos serviços de atendimento, a ênfase mais direcionada para a cura e não para a prevenção das doenças. Consideramos que o foco deveria ser a prevenção e a promoção da saúde. Com isso, 80% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos em unidades básicas, com menos recursos e menos danos às pessoas (TAVARES, 2010, p. 04).

Assim, o Movimento levanta o debate acerca do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro, defendendo um modelo assistencial que seja integral e efetivo, e capaz de responder as necessidades de saúde das populações do campo, águas e floresta. Como revela trecho abaixo, o MST faz críticas à organização dos serviços de saúde no campo, e ressalta a luta dos movimentos por uma política de saúde integral, capaz de compreender as especificidades dessas populações e suas necessidades de saúde.

Precisamos entender que o SUS precisa ser diferente no campo e na cidade. Se as pessoas da cidade já se queixam de algumas lacunas do sistema, no meio rural essas lacunas são bem maiores. Em conjunto com outros movimentos sociais, universidade e com o governo, constituímos a Política de Saúde Integral da População do Campo, da Floresta, e das Águas. Essa política, apesar de ainda não ter sido implementada, representa um entendimento de que a saúde no meio rural precisa estar organizada de maneira diferente. Por mais que o sistema precise ser público e integral, ele precisa ser organizado de maneira diferente (TAVARES, 2010, p. 04).

Nesse sentido, o MST propõe que o Programa Saúde da Família (PSF) seja organizado levando em consideração as características do meio rural, o que inclui a defesa da redução do número de famílias atendidas pelos agentes comunitários de saúde. “Na cidade, o agente pode atender de 100 a 150 famílias em território pequeno. Já no meio rural são necessários mais agentes para o mesmo número de famílias, devido a diferenças no território” (TAVARES, 2010, p. 04). Ainda defende que “esses agentes precisam ganhar o mesmo. A remuneração dos profissionais de saúde precisa ser garantida, para que eles atendam com qualidade às famílias no meio rural” (TAVARES, 2010, p. 04).

O MST também aborda e questiona a atuação do SUS na Vigilância em Saúde de populações expostas aos agrotóxicos, como também critica a formação profissional na área da saúde, como veremos a seguir.

Outro exemplo é em relação aos agrotóxicos. Sabemos que há ausência ou subnotificação de casos de mortes e doenças pelo uso de venenos. Os camponeses e camponesas adoecem e morrem pelo uso de agrotóxicos e não é notificado. Outra diferença é no campo da formação, nas próprias universidades. Os profissionais precisam ter uma orientação mais focada, conhecer a realidade, fazer estágios rurais (TAVARES, 2010, p. 04).

Nesse sentido, o MST faz a crítica à formação dos profissionais de saúde pelas universidades brasileiras, defendendo a posição de que as universidades devem assumir a responsabilidade de formar profissionais devidamente qualificados para atender às necessidades de saúde da população em áreas rurais e remotas, inclusive garantindo estágios

nesses territórios. Assumindo essa posição, o MST tem realizado experiências de estágio interdisciplinar de vivência e estágios rurais em suas comunidades em parceria com diversas universidades, em território nacional, caso da residência de medicina de família realizado em 13 comunidades de Sobral e de Fortaleza. “O programa, vinculado à UFC (Universidade Federal do Ceará), promove ações nas linhas da educação em saúde, do atendimento médico e da promoção de atividades políticas propostas pelo MST” (SORIANO, 2009, p. 07). Ainda quanto a formação em saúde o MST destaca que,

Existe uma lógica desde o início do século passado, que organizou o sistema de educação médica nos Estados Unidos, que se espalhou pelo mundo, inclusive para Cuba, que é o modelo flexneriano, de Abraham Flexner, financiado pela fundação Rockefeller. É um modelo que focaliza o biológico, a parte curativa, a especialidade. Ou seja, o médico cuida da parte mínima: a cutícula da unha esquerda... Cada médico cuida de uma parte do corpo, se você tem um problema, tem que fazer uma peregrinação, de médico em médico. Esse modelo de formação se espalhou, e é financiado por essas indústrias (Bayer, Basf). Os profissionais são os mesmos que trabalham no sistema público e no sistema privado (TAVARES, 2010, p. 05).

O MST não questiona apenas a formação centrada no biológico e de caráter especializado e curativo, mas o próprio modelo de medicina científica ocidental (biomédico), e também critica a relação público privada no SUS. O MST defende uma perspectiva integral da saúde, um modelo de atenção à saúde que considere o indivíduo enquanto ser social e o processo saúde-doença enquanto dimensão do próprio movimento e dinâmica da sociedade de classes. Nesse sentido, conforme trecho abaixo, o MST cita o livro de Engels, *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* (2010), para afirmar que as condições de vida, trabalho e saúde estão diretamente vinculadas ao modelo de produção, conforme trecho a seguir.

Precisamos resgatar várias coisas que ficaram perdidas na história. A gente precisa entender o ser humano como um ser social, cultural, não só como um ser biológico. E nessa integralidade, para poder agir, não precisa negar o curativo. Um livro importantíssimo de saúde não fala em saúde. É um livro do Engels, *Situação da classe operária na Inglaterra*, do século XIX. Naquela época, a Europa fervilhava em transformações. E a classe operária vivia em condições péssimas de saúde. As fábricas não tinham janelas, jornadas de trabalho extensivas, de até 18 horas, homens, mulheres e crianças no mesmo espaço, sem ventilação, sem banheiro, sem saneamento, sem local para alimentação... uma insalubridade total. Assim, o conceito de saúde que nasce naquela época está ligado diretamente à maneira como as pessoas vivem, sua condição de trabalho. Ou seja, a saúde, a doença, a morte, tudo está ligado ao modelo de produção. Depois entra uma lógica de unicausalidade, com o processo de isolamento das bactérias, de encontrar motivos “científicos” para as doenças. Então muda para a lógica do remédio. A lógica de tratar a saúde

como não ter doenças é uma lógica capitalista. Isso se espalhou pelo mundo (TAVARES, 2010, p. 05).

Assim, o Movimento aborda o debate e apresenta reflexões sobre os diferentes modelos explicativos do processo saúde-doença ao longo da história criticando a teoria miasmática¹⁸, a teoria da unicausalidade¹⁹, o modelo da história natural da doença²⁰ e ratifica a defesa do modelo da determinação social da saúde, ligado ao sistema capitalista de produção. O Projeto de saúde do MST aborda perspectivas epistemológicas para compreensão da história social da doença, além de defender um modelo de atenção integral à saúde, através da consolidação de políticas sociais intersetoriais, de soberania e segurança alimentar, e práticas de saúde de promoção, prevenção, vigilância e cuidado à saúde individual e coletiva das populações, com ampla participação e protagonismo da classe trabalhadora e diálogo com as realidades de cada território.

Quanto ao uso de medicamentos, o MST propõe a quebra de patentes das indústrias farmacêuticas como garantia do direito de acesso, bem como estratégia de enfrentamento dos interesses das empresas produtoras e sua lógica de mercado, conforme trecho a seguir:

Precisamos primeiro entender que os medicamentos são um direito. Mesmo porque os medicamentos nascem de um conhecimento popular, das plantas medicinais. A luta pela quebra das patentes dos medicamentos é fundamental, inclusive porque dá prejuízo ao capital. E significa não colocar a saúde como mercadoria. Precisamos recuperar o conhecimento tradicional, o cuidado, as massagens. Outro processo importante é cuidar da alimentação. Hoje consumimos plástico. Não há preocupação com alimento saudável, com as receitas caseiras, balanceadas. Podemos avançar também na construção de um conceito mais amplo de saúde, de promoção da saúde, de valorização da vida. A saúde perpassa a relação com o outro, com o meio ambiente, com a forma de produção da vida e da existência. A forma como se estabelecem as relações sociais determina nossa saúde, nossa felicidade ou que institui a dor, doença e sofrimento (TAVARES, 2010, p. 05).

O MST defende que a produção e o acesso aos medicamentos estejam a serviço da vida, entretanto, conforme discutido no item acerca das práticas de saúde do MST, percebe-se uma ampla defesa do uso e cultivo de fitoterápicos e das práticas populares e tradicionais de saúde como ações integrais de cuidado das pessoas. O MST ainda defende a não medicalização da sociedade e da vida, e a prevenção de problemas e promoção da saúde enquanto principais

¹⁸ Para uma revisão histórica das concepções acerca de saúde, especialmente a vigência da “teoria dos miasmas” antes do desenvolvimento da “medicina científica”, no século XIX, cf.: Batistella (2007).

¹⁹ Sobre os “modelos explicativos” do processo saúde-doença, na Epidemiologia, cf.: Almeida Filho (2003).

²⁰ Cf.: Rouquayrol e Goldbaum (2003).

estratégias de valorização da vida e ruptura com a cultura da doença, da morte e da medicalização de processos sociais.

Quanto ao orçamento e financiamento das políticas de saúde no Brasil, os documentos revelam muitas críticas às medidas de ajuste fiscal, de subordinação do país às políticas neoliberais imposta pelo Fundo Monetário Internacional, assim como descreve e discute os impactos de tais medidas para a vida e saúde da população brasileira, em distintos momentos, como ilustram os trechos abaixo, elaborados no período do governo FHC e no governo Collor/Itamar:

As políticas que o governo Fernando Henrique Cardoso tem adotado, obedecendo à receita do Fundo Monetário Internacional, tem piorado as condições de vida de todos os trabalhadores. Isso acontece porque está aumentando a concentração de renda, isto é, a velha forma onde os ricos ficam cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres. O desemprego, a concentração das terras, o incentivo ao consumo das coisas, etc. Enfim esse sistema neoliberal quer transformar nossas vidas num grande mercado onde tudo precisa ser comprado e vendido, inclusive a saúde (MST, 1999a, p. 05).

O estado de calamidade da saúde do brasileiro não é obra do acaso. É o resultado de uma política neoliberal que começou a ser praticada no governo Collor e continua no governo Itamar/FHC. O aumento da desnutrição e da mortalidade infantil no Nordeste, do número de casos de doenças endêmicas e epidemias (cólera, tuberculose, hanseníase, malária, etc.), queda da cobertura vacinal, colapso na produção de medicamentos para a rede pública e falência no atendimento ambulatorial e hospitalar com sucateamento, desativação de unidades e sobrecarga nos serviços de urgência e emergência são decorrências mediatas do corte dos recursos da saúde e do saneamento (GOVERNO..., 1994, p. 11).

Entretanto, ainda que os trechos se refiram especificamente aos governos de Collor de Mello e Fernando Henrique Cardoso, é possível identificar nos documentos oficiais produzidos pelo MST críticas a todos os governos e às medidas de corte orçamentário das políticas sociais que ocorreram ao longo do período em análise. As matérias discutem a subordinação do país ao capital internacional, as características, doutrinas, propostas e impactos do Projeto Neoliberal para a vida dos trabalhadores e trabalhadoras e, ao mesmo tempo, o MST afirma o Projeto Democrático Popular enquanto resposta aos problemas concretos da sociedade brasileira. Além de denunciar o baixo investimento na área da saúde, o Movimento também relata as tentativas de ampliação dos recursos, caso da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF e do projeto de lei de iniciativa popular que destina 10% do orçamento da União para a saúde, como expressam os trechos a seguir:

O Estado brasileiro, em 98, aplicou apenas R\$ 94,00 per-capita/ano nas ações de assistência e prevenção à saúde que demonstra que efetivamente e aplica muito pouco em saúde, pois o resto do orçamento ficam para outras despesas, onde até a aposentadoria dos servidores estão computados como gastos da saúde. E o que significa isso? Que vivemos de propaganda que passa uma aplicação na área da saúde que não é realmente aplicada, a exemplo disso é a CPMF que em 98 arrecadou 8,113 bilhões e segundo o relatório do próprio Ministério da Saúde, só entrou no Fundo Nacional de Saúde 6.9 bilhões e ainda é preciso considerar que ao entrar a arrecadação da CPMF outras fontes deixaram de incorporar o orçamento (MST, 1999b, p. 05).

O projeto de lei iniciativa popular, elaborado conjuntamente pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselho nacional de Saúde (CNS), Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), e outras entidades, lançado em julho, têm como objetivo obrigar a União a investir no mínimo 10% do orçamento na saúde. A proposta altera a Lei Complementar 141 de 2012 para assegurar o repasse efetivo e integral de 10% do orçamento federal à saúde pública, o que representa um incremento de aproximadamente R\$ 43 bilhões (SANTOS, 2013, p. 11).

Para o Movimento, “o financiamento da saúde, mesmo com alguns avanços recentes, continua insuficiente para as necessidades do SUS, já que apenas cerca de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) é investido em saúde pública” (PEDRALVA, 2014, p. 10). Nesse sentido, o MST defende o efetivo financiamento das ações de saúde pública e a necessidade de ampliação das lutas dos movimentos e organizações populares pela valorização e defesa do SUS, contra as privatizações e o mercado de planos privados de saúde (MST, 2000c).

É muito comum encontrar matérias, nos jornais do MST, sobre a revolução cubana e suas conquistas, o que inclui o modelo de saúde adotado pelo país e a formação dos médicos em Cuba e na Venezuela. Há uma defesa da organização do sistema de saúde cubano, centrado na atenção primária e na formação médica orientada pela ética socialista e pela solidariedade de classe, como revelam trechos abaixo.

Os estudantes brasileiros estão num Sistema Público de Saúde que destina 85% de suas despesas e funções para a saúde da família (atenção básica). Os outros 15% do sistema estão divididos entre as policlínicas (uma a cada 500 famílias) e os grandes centros hospitalares. Há um estigma de que médicos formados em Cuba são qualificados apenas em atenção básica. “Isso é falso além de a atenção básica ser um elemento de alta complexidade dentro da medicina, estamos formados e prontos para atuar também na medicina hospitalar, mesmo lutando contra o atual modelo médico-hospitalar-farmacêutico brasileiro” (SORIANO, 2009, p. 07).

A qualidade da medicina cubana tem reconhecimento internacional, até mesmo pelos maiores inimigos da ilha. A prioridade é o paciente e rompe com a lógica elitista onde quem tem dinheiro vive e quem não tem morre. Por isso, os médicos Sem Terra querem exercer a profissão de medicina no Brasil com base nos valores socialistas e humanistas. Não basta atender o paciente que

está doente, mas também conhecer sofrimentos e misérias humanas (BECHARA, 2007, p. 11).

Nesse sentido, os documentos revelam apoio do MST à revolução cubana e à defesa do Sistema Nacional de Saúde da ilha caribenha, ressaltando alguns componentes da organização do sistema: caráter gratuito e integral e com cobertura em todo território; centralidade da oferta dos serviços na atenção primária à saúde e na medicina de família; financiamento orientado para o fortalecimento do modelo de atenção que prioriza ações integrais de promoção da saúde e prevenção de doenças, e voltadas ao indivíduo, às famílias e à comunidade; formação médica orientada para o cuidado integral e pelo compromisso com a classe trabalhadora. O MST ainda discute a relação entre o número de médicos por pacientes, comparando a situação de Cuba a outros países, como revela o trecho abaixo.

Inspirado na experiência da ilha- que tem sistema de saúde universal e gratuito, mesmo em vilarejos mais remotos- os médicos formados em cuba são especialistas em PSF. Na ilha socialista há, em média, um médico para cada 170 pacientes, sendo um número superior ao dos Estados Unidos, que tem um para 188 pacientes, segundo a Organização Mundial de Saúde (BECHARA, 2007, p. 11).

Quanto ao Brasil, o MST denunciava, ainda em 2007, a escassez de profissionais médicos nos pequenos e médios municípios do país, afirmando que “os dados do Ministério da saúde mostram que existem mais de mil municípios brasileiros sem nenhum médico” (BECHARA, 2007, p. 11). Portanto, defende a inserção dos médicos formados em Cuba no Programa Saúde da Família, em regiões pobres e periféricas do Brasil, orientados pelos valores da revolução e comprometidos com a vida das trabalhadoras e trabalhadores brasileiros. Ainda reconhece a importância da inserção desses profissionais em comunidades pobres e discute as ações realizadas, afirmando que “a concepção de promoção e educação de saúde já melhorou nessas localidades. É uma evidência de que modelos de saúde voltados para a realidade pobre, no nosso país, contribuem para a efetivação de direitos sociais e alteração da situação em que vivem as comunidades” (SORIANO, 2009, p. 07).

O MST publicou algumas notícias nos jornais sobre a formação de profissionais de saúde em Cuba e na Venezuela, bem como sobre as dificuldades para reconhecimento dos diplomas de medicina obtidos por estudantes brasileiros (JST, nº 276, nº 278, 2007; nº 296, 2009). O MST cita o acordo de cooperação educacional e cultural entre os países e a posição da comissão de Relações Exteriores da Câmara dos Deputados em reconhecer a legitimidade dos diplomas de medicina obtidos por estudantes brasileiros (JST, nº 276, 2007), entretanto,

relata muitas dificuldades para trabalhar no país em decorrência da oposição e pressão das entidades médicas, precários contratos de trabalho, muitos obstáculos para revalidação dos diplomas e os interesses de mercado no campo da saúde.

A entrada dos médicos cubanos no Brasil, através do Programa Mais Médicos, é compreendida pelo MST enquanto estratégia importante de construção de vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade, além de garantir a ampliação do acesso ao SUS e a redução dos atendimentos em unidades de urgência e emergência. O MST reconhece os esforços do governo Dilma para formar médicos no país, com ampliação das vagas de residência médica, inclusive na área de Medicina de Família e Comunidade. Entretanto, o Movimento defende a necessidade de uma equipe multiprofissional para garantia da qualidade do cuidado, o enfrentamento das precárias condições de trabalho e o financiamento do SUS. “Por fim, o povo brasileiro não precisa apenas de Mais Médicos. O povo brasileiro sabe que a saúde não é um problema médico” (PEDRALVA, 2014, p. 10). Portanto, para o Movimento,

A saúde do povo brasileiro depende de reformas estruturais para garantia dos direitos fundamentais. Essas transformações só serão possíveis com a mudança do atual sistema político, que impede qualquer possibilidade de reformas de base da reforma agrária à **reforma sanitária**. E nesse momento, a esperança e os esforços das forças populares são o plebiscito popular para convocamos a Constituinte Exclusiva e Soberana do Sistema Político (PEDRALVA, 2014, p. 10) (grifos nossos) (Figura 46).

Figura 46 – Programa Mais Médicos

REALIDADE BRASILEIRA Para além da questão médica, outros direitos sociais também influenciam na saúde

Mais médicos e mais direitos sociais

BRUNO PEDRALVA
MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
DO SUS-BH; SINDICATO DOS
SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE
BELO HORIZONTE; CONSULTA POPULAR

O Programa Mais Médicos completou um ano. Tempo suficiente para o povo brasileiro, movimentos sociais, sindicatos, conselhos profissionais, universidades e o próprio governo fazerem seus balanços.

A medicina pode ser feita com qualidade técnica na comunidade, com humildade e humanidade

Em 2011, o Conselho Federal de Medicina realizou uma pesquisa sobre a demografia médica no Brasil, e evidenciou que pessoas atendidas no setor privado em saúde tinham disponíveis mais médicos do que pessoas atendidas pelo setor público. Na Bahia, essa proporção chegava a 12,09 vezes

mais médicos no setor privado do que no público. No Brasil, essa média é de 3,9. A Presidenta Dilma anunciou na última semana que 50 milhões de pessoas estão sendo beneficiadas pelo programa Mais Médicos, em 3.819 municípios. São 14.462 médicos (brasileiros e estrangeiros) atuando em postos de saúde públicos de todo o Brasil. Portanto, não há dúvidas de que o Programa Mais Médicos aumentou o acesso à assistência médica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Outro dado importante veio de pesquisa do Ministério da Saúde que aponta redução de 21% no número de encaminhamentos a hospitais feitos por postos de saúde onde há atuação de profissionais do Mais Médicos. Ou seja, a presença de um médico em um posto de saúde, próximo da casa das pessoas e inserido na comunidade, diminui a superlotação de pronto atendimentos e hospitalares.

Além disso, estão sendo feitos esforços para formar mais médicos no Brasil. O Programa prevê mais 11,5 mil vagas em cursos de medicina até 2017 e mais 12,4 mil vagas de residência médica até 2018, para garantir que todo o médico que termine uma

graduação tenha uma vaga para especialização, inclusive em Medicina de Família e Comunidade para trabalhar em unidades básicas de saúde.

Exemplo cubano

Porém, não podemos formar nossos médicos sem esquecer das lições cubanas para a saúde do povo brasileiro. Lição de que o médico pode ser camponês, negro, mulher, filho de uma trabalhadora doméstica. E lição de que a medicina pode ser feita com qualidade técnica na comunidade, com humildade e humanidade, voltada para a pessoa e não para a doença. Existem médicos que fazem essa medicina no Brasil, mas eles são a minoria e precisam ser fortalecidos a partir do programa federal.

Mesmo os bons médicos não fazem saúde sozinhos. Profissionais como os agentes comunitários de saúde e enfermeiros também compõem a equipe de saúde da família e são fundamentais para o trabalho nos Centros de Saúde. E dentistas, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas e fisioterapeutas, entre outros, garantem uma qualidade no cuidado em saúde que os médicos e enfermeiros não conseguem sozinhos.

Fundamentais também são as condições de trabalho na saúde e o financiamento do SUS. Em diversos lugares, os trabalhadores da saúde sofrem e questionam as condições de trabalho. Os cubanos, por exemplo, atendem em Cuba no máximo 1,5 mil pessoas em suas equipes de saúde da família, enquanto no Brasil esses números sobem de 5 a 20 mil pessoas. O financiamento da saúde, mesmo com alguns avanços recentes, continua insuficiente para as necessidades do SUS, já que apenas cerca de 4% do Produto Interno Bruto (PIB) é investido em saúde pública, ao contrário do que acontece em Cuba com 11% do PIB, Alemanha com 8,9% e mesmo na Argentina com 6,3%.

A saúde do povo depende de reformas estruturais para a garantia dos direitos fundamentais

Por fim, o povo brasileiro não precisa apenas de Mais Médicos. O povo brasileiro sabe que saúde não é um problema médico. Diversas pesquisas científicas evidenciam o impacto dos determinantes sociais na saúde das pessoas. O acesso à terra, por exemplo, assim como educação, moradia digna, salários adequados às necessidades do trabalhador e transporte público eficiente, têm impactos diretos sobre a percepção de saúde de um indivíduo, e alguns desses determinantes sociais influenciam inclusive a expectativa de vida de uma pessoa.

Em síntese, a saúde do povo brasileiro depende de reformas estruturais para a garantia dos direitos fundamentais. Essas transformações só serão possíveis com a mudança do atual sistema político, que impede qualquer possibilidade de reformas de base da reforma agrária à reforma sanitária. E, nesse momento, a esperança e os esforços das forças populares são o plebiscito popular para convocarmos a Constituinte Exclusiva e Soberana do Sistema Político.



Mais de 11 mil médicos cubanos participam do programa

Cabe ressaltar que o termo Reforma Sanitária aparece pela primeira vez no último exemplar do Jornal Sem Terra, em 2014. O MST faz referência ao Movimento Sanitário nos cadernos de saúde produzidos pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST e no exemplar nº 325, ao discutir o Programa Mais Médicos, ainda que haja muitas convergências entre seus projetos para a saúde brasileira.

Nesse sentido, o projeto ou visão de mundo do MST no campo da Saúde propõe a defesa do SUS enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado, de seus princípios e diretrizes e formação dos profissionais orientados pela defesa da vida. Portanto, “além de defender um sistema público de saúde, que seja integral, universal e equânime, aperfeiçoando cada vez mais o Sistema Único de Saúde (SUS), a luta precisa ser ampla, por uma organização de sociedade e reprodução da vida” (TAVARES, 2010, p. 04). A síntese do Projeto de Saúde do MST está expressa nos *Princípios da Saúde no MST*, produzido pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST enquanto resultado das reflexões e debates realizados na I Oficina Nacional de Saúde do MST, realizado em julho de 1998, listados abaixo:

1. Luta pela valorização da vida: Lutar pela valorização da vida de todo ser humano, buscando a solidariedade e a justiça como instrumentos fundamentais para o seu alcance;
2. Acesso ao conhecimento e à informação: Lutar para que homens e mulheres, em todas as fases de suas vidas, tenham acesso a conhecimentos e informações que contribuam para uma vida com saúde;
3. Saúde como dever do Estado: Lutar para que o Estado assuma a responsabilidade que lhe cabe no cumprimento do artigo 196 da Constituição Brasileira, garantindo o acesso à saúde para todo cidadão brasileiro;
4. Atenção integral à saúde: Defender o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde – SUS, no atendimento das necessidades de homens e mulheres em todas as fases da vida;
5. Prioridade à promoção e à prevenção: Priorizar a promoção e a prevenção para a saúde, como estratégias fundamentais, na busca de melhores condições de Saúde;
6. Respeito às diferenças culturais: Respeitar os diferentes valores culturais que homens e mulheres em todas as fases da vida trazem consigo, os quais são importantes para promover a Saúde;
7. Fortalecimento das práticas não convencionais em saúde: Fortalecer práticas alternativas em saúde, de fácil utilização para a promoção, não ignorando, quando for necessário, a medicina convencional;
8. Saúde como uma conquista de luta popular: Promover a organização social de homens e mulheres, desencadeando processos de luta popular, tendo por objetivo a conquista da Saúde como direito de fato, e não apenas um benefício do Estado (MST, 1999a, p. 13).

Assim, o MST coloca como tarefa de todas e todos os militantes conhecer e discutir os princípios da saúde do MST, bem como incorporá-los ao cotidiano da vida e da luta do Movimento. Enquanto parte da luta concreta pela Reforma Agrária Popular, busca-se enfrentar as desigualdades de acesso às ações e aos serviços de saúde do SUS nesses territórios,

priorizando as ações de promoção e prevenção das doenças e garantindo amplo diálogo com as práticas de saúde produzidas pelas organizações do campo.

Conforme explicitado, o MST faz a defesa da saúde enquanto direito fundamental e dever do Estado, assim como dos princípios e diretrizes do SUS, mas reconhece os limites do sistema de saúde brasileiro em garantir o direito à saúde das populações que vivem no meio rural. Reconhece, também, a relevância do Movimento Sanitário Brasileiro enquanto força política importante que surgiu na década de 70, capaz de produzir críticas às condições de vida da classe trabalhadora, revelar a incapacidade do sistema de saúde em responder às necessidades da população, bem como elaborar a proposta e o projeto que garantiu os pilares de construção do SUS enquanto organizador das ações e serviços de saúde em território nacional.

O MST ainda levanta reflexões e críticas ao sub-financiamento da saúde pública, ao modelo hegemônico de atenção à saúde no Brasil, ao número e distribuição dos profissionais de medicina no território nacional e à formação médica, centrada no biológico, de caráter curativo e sem compromisso ético e vinculação com a classe trabalhadora. Assim, o MST defende o sistema de saúde cubana e a medicina comunitária orientados pelo processo revolucionário. O MST ainda ressalta o internacionalismo solidário no campo da saúde e a importância desse processo para formar seus militantes em Cuba e na Venezuela, com o compromisso com a ética da vida e com a saúde da classe trabalhadora que vive no campo e na cidade.

Quanto à participação e o controle social no SUS, o MST orienta sua militância a discutir e pensar os problemas de cada território além de ocupar os espaços dos conselhos e das conferências, entretanto, construiu historicamente estratégias de organização política e mobilização ampla de sua base e da sociedade pela garantia dos direitos fundamentais à vida e à saúde, através da ocupação de órgãos públicos (INCRA, prefeituras, sede do Ministério da Saúde, bancos, etc.), marchas, audiências, negociação direta com as secretárias municipais de saúde, eleição de seus militantes para o legislativo, dentre outras.

Nesse sentido, o Movimento compreende que “a Saúde é parte fundamental na construção de um projeto popular para o Brasil, pois ela é mais do que ausência de doença. É qualidade de vida, é morar bem, dar condições para que se construa um cidadão saudável que lute e seja sujeito ativo em uma nova sociedade” (SAÚDE..., 2004, p. 10) (Figura 47). Portanto, a saúde constitui parte do Programa de Reforma Agrária Popular do MST e de construção de um país para seu povo e construído pelos diversos grupos que vivem nos territórios rurais e urbanos.

Figura 47 – A Saúde é parte da construção de um projeto popular para o Brasil

PROJETO POPULAR

10 JORNAL SEM TERRA - SETEMBRO DE 2004

Saúde é a área de pior desempenho no Brasil



Mesmo com a erradicação da poliomielite, saúde no Brasil fica atrás de países como a Bósnia

Longas filas para atendimento nos hospitais, meses à espera de exames e cirurgias, falta de profissionais de saúde e medicamentos. Reclamações como essas são cotidianas pelo Brasil afora e, em época de eleições municipais, são um prato cheio para a campanha política. Soluções milagrosas, cartões magnéticos, cenário de clínicas de primeiro mundo. Essas são algumas das estratégias apresentadas por candidatos nos horários eleitorais, enquanto não se vê o debate real sobre políticas públicas de saúde e sobre a construção de um projeto nacional nessa área.

Indicadores internacionais usados para medir a situação de cada país em diversos setores comprovam a grave situação vivida pelo povo brasileiro. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, colocou o Brasil em 125º lugar na classificação mundial entre 191 países, atrás de nações extremamente pobres, como a Bósnia, na Europa. Já a ONU, no último Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), classificou o país em 72º lugar entre os mais de 175 países pesquisados. Especificamente a saúde apresentou o pior desempenho do Brasil dentre todas as outras áreas, 111º lugar. Dados do Ministério da Saúde explicam o por que desse quadro alarmante. Hoje, o país tem uma média de 2 médicos para cada mil habitantes, sendo que, enquanto o Distrito Federal registra o número de 5 médicos para

cada mil brasileiros, estados como Acre, Maranhão, Piauí, Tocantins, não conseguem disponibilizar 1 médico sequer para essa mesma quantidade de pessoas.

Apesar dessas constatações, o país registra resultados positivos. Em 1994, por exemplo, recebemos o certificado de que a poliomielite estava erradicada no Brasil. Além disso, o programa brasileiro de vacinação de crianças é elogiado pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e o programa de prevenção a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis é copiado por muitas nações.

Governos devem se unir em políticas públicas nacionais

Um importante passo dado pela sociedade na luta por saúde pública de qualidade foi feito na Constituição Federal de 1988. Antes dessa data, o brasileiro tinha direito à saúde de acordo com três critérios principais: ter dinheiro para pagar o tratamento ou plano de saúde, estar empregado com carteira de trabalho assinada, estar inscrito no Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). A Constituição promulgada, no entanto, determinou que a saúde é um direito de todos os cidadãos e cidadãs no Brasil. Ela é um dever do estado, do poder público. A importância dessa mudança está no fato de que não se pode mais perguntar se a pessoa tem ou não tem

dinheiro, se está empregada ou não. Além disso, em 1990, a Lei da Saúde (Lei 8.080/90) definiu a gratuidade do serviço de assistência à saúde.

Apesar do direito estar garantido no “papel”, a precária situação em que se encontram os estabelecimentos de saúde leva parte da população a optar por pagar serviços privados: os planos de saúde particulares. Seus preços e aumentos abusivos, no entanto, os levam a ser campeões em reclamação em órgãos de fiscalização e proteção ao consumidor. Essa situação de “pagar por um direito” é a mesma que ocorre em áreas como educação e segurança, por exemplo.

Há 15 anos entrou em vigor o Sistema Único de Saúde - o SUS -, que é sustentado pelos impostos pagos pelos brasileiros. Um artigo recente, o médico sanitista e ex-secretário municipal de Saúde de São Paulo, Eduardo Jorge escreveu que “a proposta do SUS [...] exige que os vários níveis de governo comandados por diferentes partidos trabalhem em cooperação, pois o mais importante aqui é uma estratégia de longo prazo”. Nesse sentido, a proposta do SUS é que, por meio da atuação conjunta dos governos federal, estaduais e municipais, se faça para cumprir essa missão de que a saúde seja um direito de todos e um dever do poder público. Até porque o Ministério da Saúde comprovou, em pesquisa feita em 2003, que mais 90% da população é usuária desse serviço.

MST defende luta popular para conquista da saúde pública

Há muito que se faz para transformar o SUS em um verdadeiro plano de saúde público que atenda as demandas da população. Para avançar na qualidade do atendimento e da assistência prestados, muitos especialistas apontam saídas no combate ao desvio de recursos e no aumento de verbas públicas para investir em infra-estrutura de hospitais e melhorar a remuneração dos profissionais. Mas a essa demanda se soma outra fundamental: o fortalecimento da gestão democrática desse serviço. “Acreditamos no SUS como um sistema em construção e que se consolidará somente com o controle e participação social”, disse Gislei Kneierim, do Setor Nacional de Saúde do MST. Neste sentido, dentre os princípios do Movimento neste tema estão a “Atenção integral à saúde” e “Saúde como uma conquista de luta popular”. Ou seja, a proposta do MST é que a organização social tenha por objetivo a conquista da saúde como direito de fato, e não apenas um benefício do Estado. Um dos espaços de participação popular criado na institucionalidade são os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde compostos por profissionais da área ou mesmo simples usuários do SUS e são escolhidos por meio de eleições periódicas.

“A saúde é parte fundamental na construção de um projeto popular para o Brasil, pois ela é mais do que a ausência da doença. É qualidade de vida, é morar bem, dar condições para que se construa um cidadão saudável que lute e seja sujeito ativo em uma nova sociedade”, argumentou Gislei. Por isso, é preciso mobilizar a sociedade para se organizar na luta pela defesa da saúde pública, principalmente para o meio rural, local onde ainda não foram criadas políticas que atendessem as demandas específicas dessa população. “O que existe são programas dentro do SUS e que abrangem o campo somente, embora tenhamos constatado avanços nessa questão”, concluiu.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo exposto neste trabalho, pode-se tecer algumas considerações sobre os principais achados dessa pesquisa, apontando seus limites e possibilidades de desdobramento. Nesse sentido, cabe destacar:

- Os dados sobre os problemas de saúde das populações assentadas e acampadas do MST revelam a ocorrência e permanência das doenças que decorrem das condições precárias de existência, de pobreza estrutural e da insegurança alimentar (diarreia, desnutrição e doenças infecto parasitárias), mas incorpora, no período mais recente, doenças e agravos à saúde causados pela expansão do agronegócio no campo brasileiro, como é o caso da intoxicação por agrotóxicos e doenças pulmonares causados pela exposição material particulado, resultante da presença de siderúrgicas nesses territórios.
- As precárias condições de vida e trabalho no campo se mantêm em todos os períodos descritos, ainda que haja melhorias substanciais na infraestrutura dos assentamentos, em particular no segundo e terceiro períodos, reafirmando achados apontados na literatura revisada, que indicam ter havido significativa melhoria das condições de vida e saúde das populações assentadas após a garantia da posse da terra e do acesso aos bens materiais e vitais à reprodução social do referido grupo.
- Chama atenção, entretanto, a profunda violência no campo, narrada pelo MST nos boletins e jornais, ainda que o movimento não descreva os tipos de traumas e agravos causados pela ação coercitiva do Estado e/ou das milícias vinculadas aos latifundiários. A dificuldade e até a impossibilidade de transformar essas informações em registros de traumas decorrentes de ações violentas contra a população assentada e acampada, não obscurece o fato de que a violência no campo brasileiro aumenta a vulnerabilidade destas populações, tornando sua vida mais precária, produzindo doenças, mutilações e mortes e impedindo o acesso aos bens fundamentais à vida e aos serviços de saúde.
- O volume de informações e dados encontrados nos jornais e boletins permite que se desenvolvam estudos e pesquisas específicas sobre o fenômeno da violência no campo e a mortalidade dos grupos que vivem nesse território, mas não constitui objeto desta tese. Entretanto, buscamos dialogar com os dados publicados pela Comissão Pastoral da Terra, revelando a magnitude da violência no campo brasileiro, através dos números expressivos de conflitos por terra, envolvendo milhões de pessoas e muitas mortes. Os registros de traumas por violência e alguns trechos das matérias publicadas também expressam os impactos da violência para os trabalhadores e trabalhadoras Sem Terra,

revelando sofrimento psíquico em decorrência da tensão permanente e dos despejos violentos, queimaduras por bombas, abortamento, sequelas físicas e mentais e mortes, além das dificuldades em garantir acesso à atenção integral à saúde.

- O problema da violência no campo e seus impactos para a área da saúde levanta o debate sobre a importância do SUS em garantir respostas adequadas às populações que vivem nos territórios que são cenário de conflitos agrários, o que inclui alimentar os sistemas de informação, garantir uma maior especialização no atendimento às vítimas de traumas físicos e emocionais, ampliação e consolidação do atendimento pré e pós-hospitalar, formação especializada dos trabalhadores e trabalhadoras do SUS, além da realização de estudos e pesquisas que permitam compreender melhor essa realidade e balizar as ações do setor saúde.
- A pesquisa revelou, também, que as principais barreiras de acesso aos serviços oficiais de saúde descritas pelo MST incluem a ausência/insuficiência de serviços de saúde nos territórios onde se situam os acampamentos e assentamentos, distância geográfica dos serviços, muitos situados em municípios vizinhos, falta de medicamentos nas unidades, ausência de acolhimento pelos profissionais e negativa de atendimento, problemas aos quais se soma a dificuldade de efetuar despesas com serviços e insumos necessários aos cuidados em saúde. A ausência/insuficiência de serviços de saúde aparece como a primeira e principal barreira de acesso em todos os períodos, entretanto, o vazio assistencial está mais presente no primeiro período e nos territórios dos acampamentos, enquanto a insuficiência e a precarização dos serviços de saúde são mais relatadas nos espaços dos assentamentos. Os dados revelam a implantação de unidades de saúde e a atuação de agentes comunitários de saúde no segundo período, após a criação do SUS, o que certamente trouxe melhorias ao acesso à saúde para estas populações. Entretanto, permanecem dificuldades relativas ao acesso à atenção primária e aos serviços hospitalares e especializados, explicitados no terceiro período.
- Faz-se necessário reconhecer as singularidades e especificidades do Brasil rural, assim como compreender a determinação social da saúde nesse território. A concentração da terra, a expansão do agronegócio, a forma de exercício do poder político e econômico pela burguesia latifundiária e suas corporações, são fenômenos que passam a constituir processos que regem a vida e a reprodução social dos trabalhadores e trabalhadoras e que, portanto, adquirem um estatuto epidemiológico, definindo o perfil de problemas, doenças e agravos que as acometem, e condicionam a possibilidade de respostas a estes

problemas, seja na procura por serviços de saúde oficiais de saúde, seja na organização e realização de práticas socio sanitárias no espaço dos acampamentos e assentamentos.

- Cabe aqui elucidar os desafios e as limitações das informações que foram transformadas em registros de problemas de saúde e caracterização do projeto e das práticas de saúde do MST. O Movimento narra suas necessidades e sua visão de mundo no campo da saúde enquanto uma expressão da totalidade da vida no campo, no cotidiano das lutas, na denúncia da realidade, em entrevistas de seus dirigentes, análises de conjuntura, cobertura do cenário internacional, análise política dos governos, editoriais, etc. Recortar a realidade e construir o objeto foi um grande desafio diante do volume de informações produzidos pelo MST, mas que foi possível pela clareza dos objetivos e pela elaboração das matrizes de análise. Quanto aos dados produzidos, é possível verificar uma distribuição heterogênea dos registros ao longo do período e por regiões, não sendo possível identificar problemas de saúde e/ou acesso em algumas localidades do país. Outro limite colocado à pesquisa é o fato de o MST relatar diversos casos de adoecimento ao longo dos períodos, mas sem classificar o tipo de doença ou o grupo populacional, não sendo possível aprofundar a análise considerando a dimensão de gênero e o ciclo de vida. Entretanto, buscamos apresentar uma visão geral da determinação da saúde das populações assentadas e acampadas vinculadas ao MST.
- A análise da atuação política do MST no que diz respeito à luta pela garantia do Direito universal à saúde no Brasil, evidencia, a partir da leitura dos documentos oficiais produzidos e publicados pelo Movimento, bem como da análise de suas diversas ações e estratégias, que o MST constitui um aliado importante na luta pelo direito à saúde e na defesa de um SUS integral, público e universal. Suas ações/práticas estão pautadas em uma concepção radical de saúde e organicamente vinculadas à luta pela Terra e pela Reforma Agrária Popular, uma perspectiva que se aproxima muito dos debates realizados pelo movimento sanitário em suas origens, vinculando a Saúde às condições de vida e trabalho na sociedade capitalista. Com isso, o MST comunga de uma crítica ao reducionismo que ainda predomina na formação e na prática da maioria dos profissionais do setor, que entendem saúde apenas como ausência de doença e reproduzem uma perspectiva biomédica, assistencial e hospitalocêntrica, tratando os problemas de saúde basicamente com ações individuais e curativas. Contrariamente, para o MST a “Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime”, lutar pela Saúde é lutar pela Vida, é romper com a lógica da determinação social das doenças e com a reprodução do modo de produção capitalista, na cidade e no campo.

- O MST assume, portanto, uma perspectiva radical e complexa de saúde, compreendida a partir das relações de dominação de classe, raça e gênero que determinam a distribuição desigual da riqueza, dos bens que a promovem, bem como das agressões e processos destrutivos que a deterioram. O movimento tenta romper com a lógica medicalizante e articula um conjunto de ações e práticas voltadas para o desenvolvimento de uma “consciência sanitária”, melhor dizendo, de uma “consciência sociosanitária” que contribua para o desenvolvimento da autonomia e solidariedade dos sujeitos com relação aos cuidados à saúde individual e coletiva, buscando superar os determinantes que operam na ordem do singular dos indivíduos e suas famílias, no particular das classes e no geral da sociedade orientada para a reprodução do capital.
- Assim, podemos dizer que o MST defende os 4S propostos pela epidemiologia latino-americana, segundo a visão de Jaime Breilh, isto é, os quatro princípios que sustentam a vida e o bem viver – Sustentabilidade do sistema econômico e socioambiental, Soberania dos povos e nações, Organização social Solidária, modos de trabalhar e viver Saudáveis e Seguros.
- Cabe ressaltar que a pesquisa revelou que o projeto do MST no campo da saúde constitui parte do Projeto de Reforma Agrária Popular e é bastante convergente com o pensamento da epidemiologia crítica. Para o Movimento não é possível construir uma sociedade para vida sem uma economia dirigida para reprodução da vida, portanto sustentável. Uma economia, uma identidade e cultura soberanas, não subordinada e colonizada pelos interesses de organismos internacionais e países de capitalismo central. Uma política de vida solidária e integral e formas seguras de metabolismo sociedade natureza.
- Nessa perspectiva, a agroecologia se expressa como uma aspiração e um fomento a outra forma de desenvolvimento no campo, pois, como pode ser observado nos resultados desta pesquisa, a prática agroecológica dentro do MST é capaz de servir como instrumento de resistência ao modelo agrário hegemônico e de reprodução social, econômica, biológica e adaptativa dos povos que vivem no campo, ao abrir novos caminhos de afirmação de sua autonomia e domínio das maneiras de produzir e viver. A discussão sobre agroecologia e produção de saúde e a decisão política do Movimento pela sua implantação nos territórios de reforma agrária impõe outros estilos de vida, outras relações e sociabilidades no campo e na sociedade. Pressupõe o cultivo da terra e o cultivo da vida, de uma agricultura e sociedade orientados para a produção da Vida e não para a morte. Constitui uma práxis social e produtiva dos camponeses e

camponesas a partir de três eixos fundamentais - trabalho, estudo e organização popular. Nesse sentido, chama atenção o número de escolas de agroecologia criadas pelo MST, cursos e seminários sobre agroecologia e saúde enquanto estratégia de implantação de seu projeto de reforma agrária popular. Afirmando os pressupostos filosóficos da matriz agroecológica, o Movimento tem realizado ampla formação técnica e política da sua base, o que inclui a produção coletiva de saberes sobre o manejo de sistemas produtivos diversificados e a construção de uma nova sociabilidade no campo.

- Por tudo isso, podemos concluir que os discursos revelados nos documentos e as pesquisas produzidas pelo MST revelam uma práxis política e teórica, que expressam o projeto, visão de mundo do Movimento no campo da saúde. Assim, o MST constitui um ator político importante de luta pelo direito à saúde, ainda que não se reconheça enquanto base do Movimento Sanitário Brasileiro.
- Assim, embora a literatura sobre o Movimento Sanitário não reconheça o MST e os movimentos do campo como parte de sua base, o que pode ser explicado pela centralidade urbana do movimento sanitário, bem como por análises produzidas pela academia que não dialogam com as experiências de luta e resistência dos povos que vivem em longínquos territórios, cabe interrogar, como ponto de partida para novos estudos: Seria o MST um movimento não orgânico ao processo (em aberto) da Reforma Sanitária Brasileira? Ou, talvez, a questão central seja pensar a articulação dos movimentos sociais, enquanto “classe para si”, capazes de produzir uma práxis de mudança radical e por transformações concretas na realidade.
- Este debate expressa uma limitação deste trabalho, não sendo capaz de elucidar a relação entre as bases que sustentam o movimento sanitário e o MST, mas que poderá ser explorado por novas pesquisas e outras/outras autoras e atores sociais. De todo modo, podemos concluir que o MST contribui para o debate sobre a luta pelo direito à saúde dos povos e a utopia da Saúde Coletiva. O Movimento afirma a utopia de mudança radical dos modos de andar a vida, e não como reforma parcial/setorial (PAIM, 2008a) desarticulada da totalidade social (dilema reformista). Trata-se de um sujeito da antítese (PAIM, 2018), capaz de disputar ideologicamente o projeto da saúde e produzir práticas concretas de promoção e proteção à saúde da população que vive, trabalha e luta em seus territórios.
- Nesse sentido, os resultados da pesquisa confirmam os pressupostos iniciais da investigação que considera o MST como um ator político importante de luta pela democracia, pela garantia do direito à saúde no Brasil e defesa do SUS público,

universal e construído com a participação popular. Assim, os resultados revelam a presença de um projeto no campo da saúde bastante robusto, bem demarcado historicamente, forjado na luta concreta pela terra e por reforma agrária e bastante nítido do ponto de vista de seus pressupostos, reivindicações e propostas. O MST e a constituição dos Setores Nacional, Estaduais e Regionais de saúde, bem como as comissões de saúde organizadas em seus acampamentos e assentamentos foram capazes de produzir reflexões e pressupostos de interpretação sobre o objeto da saúde (dimensões epistemológica e prática) e produzir ações concretas que incidem sobre as dimensões do singular dos indivíduos e suas famílias, do particular dos trabalhadores e trabalhadoras que vivem no campo brasileiro, e do geral da sociedade de classes e suas lógicas de opressão.

- Por fim, é preciso colocar os limites da autora em pensar e escrever uma tese em uma conjuntura que tem um golpe em curso, a ascensão de um movimento político de extrema-direita de tipo fascista e de uma crise sanitária profunda, a pandemia de Covid-19. O adoecimento coletivo e o genocídio do povo brasileiro, o que inclui a perda de três familiares, muitas vezes produziu sofrimento, ansiedade e desesperança, impossibilitando o pensamento criativo e o desejo pela escrita. Entretanto, a finalização desta tese expressa o apoio e a contribuição de muitas pessoas, bem como a pulsão de vida que vibra em mim, o desejo profundo por construir uma ciência e sociedade emancipadoras.

7 FONTES DOCUMENTAIS

180 TRABALHADORES RURAIS ESCRAVIZADOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 220, seção “Balaio”, mai. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

A BATALHA PARA FICAR NA TERRA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VI, nº 60, seção “Assentamentos”, fev./mar. 1987. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

A BRIGA PELA MACAXEIRA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, São Paulo, ano XVI, nº 169, seção “Estados”, jun. 1997. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

A LUTA PELA TERRA SEM FRONTEIRAS: A NOVA OCUPAÇÃO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIII, nº 135, seção “Especial”, abr. 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

A PRODUÇÃO AVANÇA COM A COOPERAÇÃO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IX, nº 97, seção “Assentamentos”, out. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

A PROPAGANDA ESCONDE A VERDADE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IV, nº 45, seção “Colonização”, jul. 1985. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

A SAÚDE NO CONGRESSO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVIII, nº 203, seção “4º Congresso Nacional do MST”, ago. 2000. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

ACAMPADOS ESTÃO MOBILIZADOS PARA CONQUISTAR SAÚDE. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 14, nov. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

ACAMPADOS LUTAM PELA SOBREVIVÊNCIA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XI, nº 113, seção “Estados”, mar. 1992. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

ACAMPADOS NA FAZENDA BOA VISTA CONTINUAM SOB TENSÃO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XV, nº 164, seção “Estados”, dez. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

ACAMPADOS QUEREM ASSISTÊNCIA MÉDICA. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 16, dez. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

ACAMPAMENTO NACIONAL DENUNCIA DESCASO COM REFORMA AGRÁRIA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 215, seção “Especial”, out. 2001. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

ACAMPAMENTO NACIONAL FOI VITORIOSO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XV, nº 162, seção “Lideranças”, set. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

AGENTES DE SAÚDE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IX, nº 98, seção “Rio Grande do Sul”, nov. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

AGRICULTORES DENUNCIAM VIOLÊNCIA NO ACAMPAMENTO DE ENCRUZILHADA NATALINO. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 18, fev. 1982. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

ARACRUZ ENVENENA FUNCIONÁRIOS E DESTRÓI MEIO AMBIENTE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXI, nº 230, seção “Denúncia”, jun. 2003. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

ÁREAS EMPERRADAS NA JUSTIÇA AGRAVAM A SITUAÇÃO DAS FAMÍLIAS ACAMPADAS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XV, nº 155, seção “Estados”, jan./fev. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

AS PERSPECTIVAS E AÇÕES DO MST PARA 2007. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXV, nº 269, seção “Entrevista”, jan. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ASSENTAMENTO de Dionísio Cerqueira: exemplo do que pode vir a ser uma Reforma Agrária no Brasil. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 126, seção “Estados”, jun. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

ASSENTAMENTO INVESTE NA PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXIII, nº 250, seção “Estados”, abr. 2005. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM ASSENTAMENTO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVII, nº 181, seção “Estados”, ago. 1998. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

AUGUSTO, Danilo. O assentamento como um espaço de organização. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVI, nº 282, seção “Entrevista”, mai. 2008. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

AVANÇAR NA LUTA E FAZER GRANDES MOBILIZAÇÕES. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVI, nº 174, seção “Liderança”, nov. 1997. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

AVIÃO JOGA VENENO EM ACAMPAMENTO DO RS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXIV, nº 259, seção “Direitos Humanos”, fev. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BALANÇO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IX, nº 81, seção “Pernambuco”, mar. 1989. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BARBIERI, Gisele. Pulverização ilegal de agrotóxicos. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVI, nº 278, seção “Realidade brasileira”, nov./dez. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BECHARA, Cássia. Médicos Sem Terra rompem com lógica Elitista. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVI, nº 278, seção “Realidade brasileira”, nov./dez. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 out. 2018.

BECHARA, Cássia; MAGALHÃES, Paulo A. Por um outro modelo. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVI, nº 281, seção “Realidade Brasileira”, abr. 2008. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 jan 2019.

BOLETIM SEM TERRA. Porto Alegre, nº 1, seção “História de um povo oprimido”, mai. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

BOLETIM SEM TERRA. Porto Alegre, nº 2, seção “História de um povo oprimido”, mai. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

BOLETIM SEM TERRA. Porto Alegre, nº 10, ago. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

BOLETIM SEM TERRA. Porto Alegre, nº 11, seção “História de um povo oprimido”, set. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

BOLETIM SEM TERRA. Porto Alegre, nº 20, abr. 1982. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

CAMPANHA DE SOLIDARIEDADE À MARLENE FURTADO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XV, nº 156, mar. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

CARRANO, Pedro. Agricultores trocam experiências de cultivo orgânico. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXV, nº 274, seção “Estados”, jul. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

CASIRAGHI, Raquel. Setor de Comunicação do MST. Mobilizações exigem justiça e reforma agrária. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVII, nº 297, seção “Estados”, out. 2009. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 10 out. 2018.

CHICO, Daniel. Acampamento atento às investidas da polícia. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano III, nº 39, seção “Rio Grande do Sul”, out. 1984. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

COLONOS ORGANIZAM NOVA RONDA ALTA. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 20, abr. 1982. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

COLONOS SEM TERRA VOLTAM A PORTO ALEGRE COBRANDO PROMESSAS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 127, seção “Estados”, jul. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

COMITÊ ESTADUAL CONTRA A TORTURA VISITA ACAMPAMENTO DO MST. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXIV, nº 263, seção “Estados”, jun. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DA VIA CAMPESSINA DE RONDÔNIA. A força da solidariedade Cubana e Boliviana. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVII, nº 298, seção “Internacional”, nov. 2009. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

CRIANÇAS ACAMPADAS SOFREM PELA FALTA DE ALIMENTOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 124, seção “Estados”, abr. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

DECLARAÇÃO FINAL DO CONGRESSO DE LIMA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 134, seção “América Latina”, mar. 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: jan 2019.

DEPUTADOS POPULARES DENUNCIAM EMPRESAS: TRABALHO ESCRAVO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano X, nº 108, seção “Estados”, set./out. 1991. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

DIA 25 É COMEMORADO COM CARAVANA DE APOIO AOS ACAMPADOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 128, seção “Estados”, ago. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

DIREÇÃO NACIONAL DO MST. Reforma Agrária: a solução para violência rural e urbana. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXIV, nº 262, seção “Editorial”, mai. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

DIRETOR DO TERRASUL GRILA FAZENDA DESAPROPRIADA, USURPANDO TERRA DOS TRABALHADORES. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 128, seção “Estados”, ago. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

DOENÇA E FOME NO REASSENTAMENTO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, Porto Alegre, ano III, nº 40, seção “Estados”, nov. 1984. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 27 jul. 2018.

EQUIPES DE SAÚDE, UM EXEMPLO DE COOPERAÇÃO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VI, nº 67, seção “Brasil afora”, out. 1987. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

ELLERY, Ana Ecilda [et al]. Impactos do agrotóxico na Chapada do Apodi. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVIII, nº 306, seção “Estudo”, set. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

EM LUTA PELA SAÚDE DOS TRABALHADORES RURAIS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 129, seção “Estados”, set. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

ENCONTRO DE MULHERES. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IX, nº 89, seção “Santa Catarina”, nov. 1989. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

FAZENDAS DA USATI: PEÕES ESCRAVOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano III, nº 40, seção “Estados”, nov. 1984. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

FAZENDEIROS NÃO ASSUSTAM CAMPONESES. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 229, seção “Jornada de Abril”, mai. 2003. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 set. 2018.

FOME MATA CRIANÇAS NA SERRA DO RAMALHO. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 9, jul. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

GOVERNO ABANDONA A SAÚDE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIII, nº 141, Seção “Na Mira”, out. 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

GOVERNO DO ESTADO NÃO DÁ CONTINUIDADE AO TRATAMENTO MÉDICO DOS MUTILADOS DE ELDORADO DOS CARAJÁS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 220, seção “Direitos Humanos”, mai. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

GOVERNO DO PARANÁ DESRESPEITA OS DIREITOS HUMANOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVII, nº 191, seção “Direitos Humanos”, jul. 1999. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

GOVERNO NÃO CUMPRE PROMESSA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IV, nº 48, seção “Estados”, out./nov. 1985. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano III, nº 40, nov. 1984. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano IV, nº 45, jul. 1985. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano IV, nº 48, out./nov. 1985. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano VIII, nº 71, mar. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano IX, nº 85, jul. 1989. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano IX, nº 95, jul./ago. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano IX, nº 98, nov. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano X, nº 103, mai. 1991. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano X, nº 106, ago. 1991. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XII, nº 123, fev./mar. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XII, nº 124, abr. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XII, nº 126, jun. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XII, nº 127, jul. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XII, nº 129, set. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XII, nº 131, dez. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XII, nº 132, dez. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XIII, nº 139, agosto de 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XIII, nº 141, out. 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XIII, nº 143, dez. 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo: MST, ano XIV, nº 145, março de 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XIV, nº 146, abr. 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XV, nº 158, mai. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XV, nº 161, ago. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XV, nº 162, set. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XV, nº 163, out./nov. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XV, nº 164, dez. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVI, nº 166, fev. 1997. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVI, nº 168, abr./mai. 1997. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVI, nº 171, ago. 1997. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVI, nº 178, abr. 1998. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVII, nº 181, ago. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVII, nº 182, set. 1998. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVIII, nº 195, nov. 1999. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVIII, nº 201, jun. 2000. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVIII, nº 202, jul. 2000. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XVIII, nº 203, ago. 2000. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XIX, nº 205, nov. 2000. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XX, nº 215, out. 2001 Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XX, nº 216, nov./dez. 2001. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XX, nº 217, jan. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XX, nº 221, jun. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXI, nº 227, fev./mar. 2003. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXII, nº 235, nov. 2003. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXII, nº 242, jul. 2004. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXIII, nº 244, set. 2004. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXIII, nº 250, abr. 2005. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXIV, nº 255, set. 2005. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXIV, nº 259, fev. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXIV, nº 261, abr. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXIV, nº 262, mai. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXV, nº 266, set./out. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXV, nº 270, fev./mar. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXV, nº 274, jul. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVI, nº 276, set. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVI, nº 278, nov./dez. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVI, nº 281, abr. 2008. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVI, nº 282, mai. 2008. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVI, nº 285, ago. 2008. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVII, nº 296, set. 2009. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVIII, nº 299, dez. 2009. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVII, nº 300, jan./fev. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVIII, nº 301, mar. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVIII, nº 302, abr. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVIII, nº 305, jul./ago. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVIII, nº 306, set. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVIII, nº 307, out. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXVIII, nº 308, nov./dez. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXIX, nº 311, abr. 2011. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXX, nº 312, mai. 2011. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornalsem-terra/>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXX, nº 313, jun./jul. 2011. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXX, nº 315, set./out. 2011. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. São Paulo, ano XXXIII, nº 325, jul./ago. 2014. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

JOVEM DO MST, VOCÊ DEVE ASSUMIR O COMANDO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIX, nº 208, seção “Especial”, mar. 2001. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar 2018.

JOVENS DE TODO PAÍS PARTICIPAM DO 4º CURSO SOBRE REALIDADE BRASILEIRA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 218, seção “Formação de militante”, fev. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

LAVRADORES REAFIRMAM DISPOSIÇÃO DE LUTA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IX, nº 95, seção “Santa Catarina”, jul./ago. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

LUTA DAS MULHERES: IGUALDADE E PARTICIPAÇÃO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XV, nº 160, seção “Movimentos”, jul. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

LUTANDO POR SAÚDE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VIII, nº 74, seção “Assentamentos”, jun. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

MARCHA NACIONAL: UM ESFORÇO COLETIVO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVI, nº 167, seção “Lideranças”, mar. 1997. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

MASSIFICAR E RESISTIR. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano X, nº 91, seção “Santa Catarina”, jan./fev. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 out. 2018.

MÉDICOS NEUTRALIZAM BOICOTE DA SECRETARIA DE SAÚDE. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 13, out. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 out. 2018.

MOBILIZAÇÃO DAS MULHERES EM TODO PAÍS; AGRICULTORAS SÃO RECEBIDAS PELO GOVERNADOR EM AL. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 219, seção “Mobilização”, mar./abr. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Caderno de Saúde nº 1: Lutar por saúde é lutar pela vida*. São Paulo: MST, 1999a.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Caderno de Saúde nº 2: Programa Terra e saúde – Das plantas construindo uma nova saúde*. São Paulo: MST, 1999b.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Caderno de Saúde nº 3: Doenças Sexualmente Transmissíveis – Conhecer para evitar*. São Paulo: MST, 2000a.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Caderno de Saúde nº 4: Cultivo de Plantas Medicinais*. São Paulo: MST, 2000b.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Caderno de Saúde nº 5: Construindo o conceito de saúde do MST*. Veranópolis: ITERRA, 2000c.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Programa Agrário do MST*. São Paulo: MST, 2013. Disponível em: <<https://mstbrasilien.de/wp-content/uploads/2014/02/Cartilha-Programa-agr%C3%A1rio-do-MST-FINAL.pdf>>. Acesso em: 06 jan 2021.

MST PROMOVE SEMANA DE FORMAÇÃO MASSIVA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIV, nº 146, seção “Lutas”, abr. 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

MST RUMO AO 4º CONGRESSO; ORIENTAÇÕES PARA OS DELEGADOS DOS ESTADOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVIII, nº 202, seção “4º Congresso”, jul. 2000. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. Quem somos. *Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*. [s/], 2021. Disponível em: <<https://mst.org.br/quem-somos/#setores>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Escola Popular de Agroecologia e Agrofloresta Egídio Brunetto – MST/Extremo Sul da Bahia*. Folder. [s/], [s/d].

MULHERES CRIAM PRIMEIRA COORDENAÇÃO REGIONAL. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVI, nº 180, seção “Estados”, jul. 1998. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 08 jan 2019.

MULHERES EM LUTA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVI, nº 280, seção “Estados”, fev./mar. 2008. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MULHERES ORGANIZAM UMA FARMÁCIA COM A SABEDORIA POPULAR. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVIII, nº 139, seção “Estados”, ago. 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

NA USINA, EXPLORAÇÃO E DOENÇA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano III, nº 39, seção “Mato Grosso do Sul”, out. 1984. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>> Acesso em: 18 mar. 2018.

NICOLAU, Preatto. Direção Estadual de Rondônia e membro da Coordenação Nacional. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 126, seção “Lideranças”, jun. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

NOSSA TERRA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IX, nº 82, seção “Lideranças”, abr. 1989. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

NOVA RONDA ALTA – SAÚDE. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, ano II, nº 22, mai. 1982. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

O ACAMPAMENTO DE ENCRUZILHADA NATALINO ANTES DO CORONEL. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 10, seção “História de um povo oprimido”, mai. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

O ASSENTAMENTO 17 DE ABRIL. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXIV, nº 262, seção “Especial”, mai. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 02 out. 2018.

OLIVEIRA, Ariovaldo Umbelino. Etanol, o novo mito do agronegócio. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXV, nº 271, seção “Entrevista”, abr. 2007. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

OLIVEIRA, Cristina. Campo e cidade: os contrastes entre duas famílias. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 220, seção “Estados”, mai. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 set. 2018.

OS ACONTECIMENTOS DE BAGÉ. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano X, nº 103, seção “Estados”, mai. 1991. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

OS PRÓXIMOS PASSOS DA CAMPANHA CONTRA O AGROTÓXICO; NOSSAS EXIGÊNCIAS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXX, nº 313, seção “Realidade Brasileira”, jun./jul. 2011. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

PARCERIA DA TERRA: UNIVERSITÁRIOS TRABALHAM COM ASSENTADOS DO MST. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIV, nº 151, seção

“Especial”, set. 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

PEDRALVA, Bruno. Mais médicos e mais direitos sociais. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXXII, nº 325, seção “Realidade brasileira”, jul./ago. 2014. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 out. 2018.

PEREIRA, Maria Helena G. Romaria comemora dois anos de vitória. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VIII, nº 76, seção “Rio de Janeiro”, set. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

POLÍCIA DE ARRAES DESPEJA SEM TERRA NOVAMENTE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIV, nº 154, seção “Estados”, dez. 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

POLÍCIA MILITAR CONTINUA PRESSIONANDO. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 13, out. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PREÇO DO PIONEIRISMO É CARO PARA COLONOS DO SUL. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, ano III, nº 33 seção “Colonização”, nov. 1983. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

PROTESTO DOS AGRICULTORES. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 3, jun. 1981. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

QUEBRADEIRAS DE CÔCO BABAÇU SE REÚNEM NO PIAUÍ. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 131, seção “Movimento”, nov. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

RAIMUNDO NONATO BARBOSA FALA DAS ATIVIDADES DO SETOR DE PRODUÇÃO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIV, nº 147, seção “Entrevista”, mai. 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

REGIONAL AMAZÔNICA DEFINE AÇÕES NA ÁREA DE SAÚDE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVI, nº 179, seção “Estados”, mai./jun. 1998. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

RESISTÊNCIA GARANTE A TERRA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano X, nº 93, seção “Rondônia”, abr./mai. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

ROCHA, André Carlos. Setor de Saúde. Saúde e agroecologia num assentamento no Pará. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVIII, nº 301, seção “Estados”, mar. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

ROMARIA É CONTRA BARRAGENS. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, ano III, nº 30, mar. 1983. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

SANTOS, Igor Felipe. Programa de agrocombustível ressuscita usinas de cano falidas em PE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVI, nº 285, seção “Entrevista”, ago. 2008. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SANTOS, Igor Felipe. Setor de Comunicação do MST. Classe trabalhadora defende propostas para alterar a sociedade. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXX, nº 322, seção “Entrevista”, set./nov. 2013. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

SAÚDE É A ÁREA DE PIOR DESEMPENHO NO BRASIL. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXIII, nº 244, seção “Projeto Popular”, set. 2004. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar 2018.

SAÚDE TAMBÉM É PRIORIDADE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 127, seção “Estados”, jul. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SEM TERRA EXPROPRIAM. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VIII, nº 71, seção “Estados”, mar. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

SEM TERRA REALIZAM A MAIOR AÇÃO DOS ÚLTIMOS CINCO ANOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXIV, nº 260, seção “Estados”, mar. 2006. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SEM TERRAS DESPEJADOS DE ASSENTAMENTO ACAMPAM NO CENTRO DE ITAQUIRAÍ. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIII, nº 143, seção “Estados”, dez. 1994. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

SEM TERRAS FORAM À OAB PEDIR APOIO À SUA LUTA. *Boletim Sem Terra*, Porto Alegre, nº 17, jan. 1982. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

SEM TERRAS OCUPAM BELÉM. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIV, nº 145, seção “Lutas”, mar. 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SEMINÁRIOS PARA AGENTES DE SAÚDE. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVII, nº 181, seção “Estados”, ago. 1998. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SITUAÇÃO DO ACAMPAMENTO. *Jornal Dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XII, nº 123, seção “Estados”, fev./mar. 1993. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

SOLIDARIEDADE AJUDA A CURAR. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XV, nº 164, seção “Estados”, dez. 1996. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

SORIANO, Rafael. Setor de comunicação do MST. Feira leva alimentos saudáveis, saúde e cultura. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXX, nº 315, seção “Estados”, set./out. 2011. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

SORIANO, Rafael. Setor de comunicação do MST. Medicina como política popular. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVII, nº 296, seção “Estados”, set. 2009. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

TERRA E SAÚDE VIVA: NOSSA LUTA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVIII, nº 195, seção “Saúde”, nov. 1999. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

TERRA PARA ACAMPADOS GAÚCHOS SÓ NO MATA GROSSO? *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIV, nº 152, seção “Estados”, out. 1995. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 08 abr. 2018.

TRABALHADORES SEM TERRA TRANCAM BR-316. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXI, nº 227, seção “Estados”, fev./mar. 2003. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

TRABALHAR JUNTOS PARA PRODUZIR MAIS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, nov, ano IX, nº 89, seção “Espírito Santo”, nov. 1989. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

TROCA DE EXPERIÊNCIAS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XVII, nº 190, seção “Estados”, jun. 1999. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

UM ANO DE RESISTÊNCIA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VIII, nº 74, seção “Estados”, jun. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

UNIÃO E LUTA DAS MULHERES DA BAHIA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XX, nº 219, seção “Mobilização”, mar./abr. 2002. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

VAMOS À LUTA. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VIII, nº 74, seção “Assuntos para discussão”, jun. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 23 out. 2018.

VIABILIZAR OS ASSENTAMENTOS. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano X, nº 91, seção “Alagoas”, jan./fev. 1990. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 23 out. 2018.

VILELA, Regina. Uma força ativa dos assentamentos. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano VIII, nº 75, seção “Mulheres”, jul. 1988. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

VÍTIMAS DO MASSACRE ACAMPAM EM FRENTE AO PALÁCIO DO GOVERNO. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XIX, nº 210, seção “Estados”, mai. 2001. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 03 set. 2018.

VITÓRIA NO PARANÁ. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano IV, nº 61, seção “Brasil a fora”, abr. 1987. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SUPTITZ, Ademar Ludwig. MST – 25 anos em marcha. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVI, nº 289, seção “Lutadores do povo, jan./fev. 2009. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

TAVARES, Juana. Setor de comunicação. Saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime. *Jornal dos Trabalhadores Rurais Sem Terra*, São Paulo, ano XXVIII, n] 307, seção “Entrevista”, out. 2010. Disponível em: <<https://mst.org.br/jornal-sem-terra/>>. Acesso em: 25 out. 2018.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA; MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. *Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. Uma breve história da Epidemiologia. In: ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. (p. 01-16).

ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia Sem Números: Uma Introdução Crítica à Ciência Epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

ALMEIDA FILHO, Naomar. *La Ciencia Tímida: ensayos de deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanus, 2000.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/nnM5F8bTMpzmkj7RGs5xvFF/abstract/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

ALONSO, Ângela. As teorias dos movimentos sociais: um balanço dos debates. *Lua Nova: revista de cultura e política*, São Paulo, n. 76, p. 49-86, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ln/a/HNDFYgPPP8sWZfPRqnWFXxz/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

ANDRADE, Enedina Ferreira de. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: o caso da Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro. 2017. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

BARROS, Larissa; TEIXEIRA, Carmen. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 2, p. 394-406, 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/394-406/pt/>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007. (p. 25-49).

BEHRING, Elaine Rossetti. Expressões políticas da crise e as novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. In: CEBES; ABEPSS. (Org.). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. (p. 69-86).

BISPO JÚNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 07-16, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/wPF9RYGDwsTSbx4JhNnJttN/?lang=pt>>. Acesso: 15 jul. 2018.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília-DF, 2013. Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
> Acesso em: 07 fev. 2018.

BREILH, Jaime. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento em debate. In: COSTA, Dina Czeresnia (Org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: HUCITEC; 1990. (p. 137-165).

BREILH, Jaime. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BREILH, Jaime. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. (p. 87-90).

BREILH, Jaime. La subversión del buen vivir (rebeldía esclarecida para el siglo XXI: una perspectiva crítica de la obra de Bolívar Echeverría). *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, n. 3, p. 389-397, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v7n3/v7n3a08.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 31, supl. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

BREILH, Jaime. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 972-982, 2015. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rznwg8y6gHDH67xgJzLBC8Q/abstract/?lang=es>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BREILH, Jaime. Caminos hacia una agricultura para la vida: Agroecología y mucho más. Desafíos teóricos y políticos en la cuestión agraria. In: RUBIO, Blanca (Org.). *El Dominio del Hambre: crisis de hegemonía*. 3. ed. Quito, Ecuador: Huaponi Ediciones, 2017. (p. 17-23).

BREILH, Jaime. Ciencia crítica frente al exterminio en la 4ta Revolución Industrial capitalista (Repensando la determinación social de la salud y la geografía de la vida). In: ALMEIDA, Patricia [et al] (Orgs.). *Debates actuales de la geografía latinoamericana: visiones desde el XVII Encuentro de Geógrafos de América Latina*. Quito: Asociación Geográfica del Ecuador; Sección Nacional del Ecuador del Instituto Panamericano de Geografía e Historia, 2019. (p. 173-176).

BÚRIGO, André Campos [et al]. Relato da experiência do mapeamento de riscos socioambientais e de promoção da saúde ambiental com estudantes do MST. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 3, n. 4, p. 144-148, 2009. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/about>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

CALDART, Roseli Salete. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 207-224, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ea/a/C8CTZbGZp5t8tH7Mh8gK68y/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

CARNEIRO, Fernando [et al]. A saúde das populações do campo: das políticas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 209-230, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=520085&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 mai. 2018.

CARNEIRO, Fernando [et al]. A Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de boias-frias, Brasil, 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 757-763, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/6LqCDk3vX94Xzjnyc6Fjrdk/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; PESSOA, Vanira Matos. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 01-08, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/QL8wS8krxQ8p8qgjxqrP87D/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 ago. 2021.

CASTELLANOS, Pedro. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. *Boletim Epidemiológico OPS*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

CASTELLANOS, Pedro. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, Rita Barradas (Org.). *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. (p. 31-75).

CASTILLERO, Ivi Tavares Abrahão. Análise de Situação de Saúde do assentamento Zumbi dos Palmares-RJ e os desafios ao modelo de atenção à saúde do campo. 2016. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva; NOGUEIRA, Laura Maria Vidal. Práticas sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na Ilha de Mosqueiro – Belém, Pará. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 492-499, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/HmswfxDBKXmfNjfQrJPn86y/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

CEBES. A Questão Democrática na área de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-14, 1980.

COLLINS, R. *Quatro tradições sociológicas*. Petrópolis: Vozes, 2009.

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA – CPT. *Sobre Nós – Histórico*. [s/l], [s/d]. Disponível em: <<https://www.cptnacional.org.br/sobre-nos/historico>>. Acesso em: 02 fev. 2019.

COMPARATO, Bruno K. A ação política do MST. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 105-118, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/spp/a/8f4fyVTD4DftydPngLdLPvP/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CRENSHAW, Kimberlé. *Mapeando as margens: interseccionalidade, políticas de identidade e violência contra mulheres não-brancas*. [s/l], 1991. Tradução de Carol Correia. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/mapeando-as-margens-interseccionalidade-politicas-de-identidade-e-violencia-contra-mulheres-nao-brancas-de-kimberle-crenshaw%E2%80%8A-%E2%80%8Aparte-1-4/>>. Acesso em: 27 jan. 2021.

EBLING, Sandra Beatris Diniz [et al]. As mulheres e suas ‘lidas’: compreensões acerca de trabalho e saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 581-596, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/MrrZvv67RwBMThz8fp5QCmP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 ago. 2018.

ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2010.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. (p. 229-247).

FARIAS, Ludmila Bandeira Pedro de. A voz das bruxas! A fala das mulheres do MST do setor de saúde da zona da mata mineira. *Retratos de Assentamentos*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 303-322, 2016. Disponível em: <<https://retratosdeassentamentos.com/index.php/retratos/article/view/208>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

FERRO, Giacomo. Cultivando a Saúde: uma História de Mulheres e Fitomedicamentos num Assentamento do MST no estado de São Paulo. *Revista Fitos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 01-72, 2015. Disponível em: <https://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/203/pdf_54>. Acesso em: 17 ago. 2020.

FLEURY, Sonia. Revisitar a teoria e a Utopia da Reforma Sanitária. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. (p. 31-84).

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njYY3bNK/?lang=pt>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

FONTOURA JÚNIOR, Eduardo Espíndola [et al]. Relações de saúde e trabalho em assentamento rural do MST na região de fronteira Brasil-Paraguai. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 379-397, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/TrvybVvvWX5TTGHXfGLpcVr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

GADELHA, Carlos; COSTA, Laís. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Revista de de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, p. 13-20, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/tY88TFnwqxn5x8PgN3x8Pmc/?lang=pt>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1985.

GERSCHMAN, Silvia. Democracia social e atores políticos: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. 1994. *Tese* (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

GOHN, Maria da Glória. *Movimentos Sociais no início do Século XXI: antigos e novos atores sociais*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

GOHN, Maria da Glória. *Teoria dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 2014a.

GOHN, Maria da Glória. *Novas Teorias dos Movimentos Sociais*. São Paulo: Loyola, 2014b.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. 4. ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2006. (v. 2).

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil*. 15. ed. São Paulo. Cortez, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2014.

INCRA – INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA. *Pesquisa sobre a qualidade de vida, Produção e Renda dos Assentamentos da Reforma Agrária – PQRA 2010*. Brasília: INCRA, 2010.

KNIERIM, Gislei Siqueira. O estilo de pensamento em saúde dos técnicos em saúde formados pelo MST: a determinação social como princípio fundante. 2016. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

LABRA, Maria Eliana. Política Nacional de Participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo político. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura (Orgs.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. (p. 176-203).

LAURELL, Asa Cristina [et al]. Enfermedad y desarrollo rural: análisis sociológico de la morbilidad de dos pueblos mexicanos. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas*, Ciudad de Mexico, p. 401-423, 1977.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. Tradução de E. D. Nunes. *Revista Latinoamericana de Salud*, Ciudad de Mexico, v. 2, 1982, p. 07-25. Disponível em: <https://www3.fmb.unesp.br/sete/pluginfile.php/20541/mod_page/content/4/sausedoenca.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2018.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LAURELL, Asa Cristina. *Para La investigación sobre La salud. de los trabajadores*. Washington: OPA; OMS, 1993.

MAEDA, Sayuri Tanaka [et al]. Access to pre-natal care and cervical cancer prevention action among women from Brazilian Landless Workers Movement. *Texto Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 433-438, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/tTcvVscYcMwDdWPXjzqHnXg/?lang=en>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *Ideologia Alemã*. Tradução de: Luciano Cavini Martorano [et al]. São Paulo: Boitempo, 2007.

MARX, Karl. *O Capital: crítica da economia política – livro I: o processo de produção do capital*. Tradução Rubens Enderle. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. *Estado, Classe e Movimento Social*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS – OBTEIA. Observatório/OBTEIA. [s/l], [s/d]. Disponível em: <<https://saudecampofloresta.unb.br/nosso-portal/o-observatorio/>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

OLIVEIRA, Tarcio; TEIXEIRA, Carmen. Participação das Instâncias de Controle Social na Política de Saúde Mental da Bahia, 2001-2013. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 132-144, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RqVTmKv4nyRRvjDyMmVDh8g/?lang=pt>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

PAIM, Jairnilson. Abordagens Teórico Conceituais em Estudos de Condições de Vida e Saúde: Notas para Reflexão e Ação. In: BARATA, Rita Barradas (Org.). *Condições de Vida e Situação em Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. (p. 07-30).

PAIM, Jairnilson. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

PAIM, Jairnilson. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 625-644,

2008b. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physics/2008.v18n4/625-644/>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PAIM, Jairnilson. Sujeitos da Antítese e os Desafios da Práxis da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. (p. 115-144).

PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 302-314, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/302-314/>>. Acesso em: 27 jul. 2021

POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e Sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989.

RICARDO, Letícia Mendes. O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS. 2011. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

RICARDO, L. M.; STOTZ, E. N. Educação Popular como Método de Análise: Relações entre Medicina Popular e a “Situação-limite” Vivenciada por Trabalhadores do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 15, n. 4, p. 435-442, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15095>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

ROTOLO, Luana Maria. A participação dos movimentos sociais do campo na construção das políticas públicas de saúde. 2017. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife.

ROUQUAYROL, Maria Zelia; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de doenças, ROUQUAYROL, Maria Zelia; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. (p. 17-35).

RÜCKERT, Bianca [et al]. Diálogos entre a Saúde do Campo e a Saúde Mental: a experiência da Oficina de Educação Popular em Saúde Mental do MST na ESP MG. *Interface*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1537-1546, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/H7bYdt7GwNP9RRPmrdMxWNb/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

RÜCKERT, Bianca; ARANHA, Antônia Vitória. Lutar por saúde é lutar por reforma agrária: estudo sobre práticas de saúde no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 116-127, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RBpzxWXZvxbbm8smXf8RZGP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 16 set. 2019.

RÜCKERT, Bianca. As práticas de saúde no MST do Vale Do Rio Doce, MG: normas e valores na atividade. 2012. *Dissertação* (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RÜCKERT, Bianca. O cuidado em saúde por mulheres do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra: saberes, competências e práxis. 2018. *Tese* (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte.

SABROZA, Paulo Chagastelles. *Concepções sobre saúde e doença* – Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS. ENSP/Fiocruz, 2004. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSau deDoenca.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

SAMAJA, Juan. Epistemología y epidemiología. Congreso Brasileño de Epidemiología, Campinas, 1992. *Anais...*

SAMAJA, Juan. *Epistemología y Metodología*: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: EUDEBA, 1993.

SAMAJA, Juan. *A reprodução social e a saúde*: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). *Democratizar a Democracia*: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *O Fórum Social Mundial*: Manual de Uso. Madison: [s/e], 2004. Disponível em: <<https://www.ces.uc.pt/bss/documentos/fsm.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SANTOS, Francilene Menezes dos. Acessibilidade aos serviços de saúde pela população do campo: a experiência do assentamento Normandia. 2016. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SANTOS, Júlio César. 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. 2011. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SANTOS, Júlio César; HENNINGTON, Élide. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1595-1604, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/4TqkCwbYLYnmkYBcxsDWyLM/abstract/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 17 mai. 2018.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1575-1584, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700069>>. Acesso em: 04 mar. 2019.

SEVERO, Denise; DA ROS, Marco Aurélio. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 177-184, 2012. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/R4fywssF8YZXtmbGd649cFp/?lang=pt>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SILVA, Camila Goes da; PRADA, Clara Aleida. Saúde no campo: caminhos percorridos pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). *Saúde em Debate*, v. 43, p. 50-65, 2020. Disponível em:

<<https://retratosdeassentamentos.com/index.php/retratos/article/view/208>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SILVA, Camila Goes da. Saúde do Campo no assentamento Tiradentes, em Mari, na Paraíba. 2017. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SILVA, Evelyn Siqueira da. A saúde do Campo e o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. 2017. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

SILVA, Ionara Ferreira da; LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, 2001. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/n9ZwMN4k8BRCH3GQX6FMYQp/?format=html>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

SILVA, Thiago. Entre o Consenso e o Minotauro da Saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. (p. 291-336).

SIQUEIRA, Theresa Cristina de Albuquerque. Da gestação ao resguardo: a Fala Social dos Agentes de Saúde de um Assentamento do MST em Alagoas, Nordeste do Brasil. 2003. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SOUZA, Ana Silvia Ariza de. A saúde na perspectiva ético-política: pesquisa ação participante na Comuna da Terra Irmã Alberta do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). 2012. *Tese* (Doutorado em Psicologia Social) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, Ana Silvia Ariza de; SAWAIA, Bader Burihan. A Saúde como Potência de Ação: uma análise do coletivo e de Comuna do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). *Revista Psicologia Política*, São Paulo, v. 16, n. 37, p. 305-320, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2016000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2020.

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

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. A crise mundial de 2008 e o golpe de capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-21, 2018.

Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/11-21/pt/>>. Acesso em: 06 jan. 2021.

TEIXEIRA, Iraí Maria de Campos; OLIVEIRA, Maria Waldenez de. Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas. *Interface*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1341-1353, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/bmvhYQG9LRWfhGZY3qL85wN/?lang=pt>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

ZANATTA, Luiz Fabiano; BRÊTAS, José Roberto da Silva. Vulnerabilidades à saúde sexual de adolescentes em acampamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) no Paraná. *Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 33-40, 2016.

APÊNDICES

Apêndice A – Matriz para análise documental – Tema da “Saúde”

Tipo de documento	Número	Referência Completa	Dados/informações sobre a saúde
Boletim	Ano I, nº 1	<i>BOLETIM SEM TERRA</i> . Porto Alegre, nº 1, mai. 1981.	Assistência Médica (p. 03) Apesar das promessas do governo, não existe assistência médica e de saúde efetiva, o atendimento no Posto de Saúde ou no hospital de Ronda Alta, distante 18 km do acampamento, é difícil; já tem acontecido de colonos gastarem Cr\$ 1.000,00 em corrida de carro para ir até Ronda Alta buscando atendimento médico. É necessário a instalação de um posto de assistência médica e ambulatório permanente, junto ao acampamento.
Jornal	Ano XII, nº 123	<i>JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA</i> , São Paulo, ano XII, nº 123, fev./mar 1993.	Rondônia – Situação do Acampamento (p. 07) Também organizaram uma farmácia homeopática, o que lhes garante medicina preventiva e uma maior autossuficiência na área da saúde. Pará – Terra Conquistada (p. 07) Marabá- Após 5 meses de fome, doenças e pressões policiais, as 541 famílias que ocuparam a fazenda Rio Branco conquistaram o assentamento definitivo. Três crianças morreram por desnutrição, enquanto o INCRA foi deixando bem claro seu desinteresse em fazer a reforma agrária. Hoje as famílias ainda enfrentam o problema da fome, já que chegaram na área fora de época para a roça.
Jornal	Ano XXVII, nº 297	<i>JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA</i> , São Paulo, ano XXVII, nº 297, out. 2009.	Estudo – A nossa proposta depende de um processo de luta permanente da classe trabalhadora (p. 03) <i>Por uma Reforma agrária (objetivos e reivindicações)</i> 8. Infraestrutura social 8.1 Implementação de um amplo programa de construção e melhoria das moradias, conjugado com garantia de acesso e energia elétrica, a fonte de energia renováveis e alternativas, água potável, transporte público, programas de saúde preventiva, serviço de informática e atividades culturais em todas as comunidades rurais. Entrevista – América Latina no olho do furacão (Joel Suarez) (p. 04) <i>JST - Quais as principais medidas a serem tomadas pela Alba para que isso aconteça?</i> JS - Cumprimos um ciclo de lutas, articulações, processos, eventos de onde resultaram campanhas, como a Aliança Social Continental, o Fórum Social Mundial, entre vários outros processos. [...] Mas acredito que outro caminho segue em direção ao que já apontei: múltiplas são as iniciativas dos governos integrantes desse projeto que envolvem e beneficiam os movimentos sociais, como por exemplo, o Programa Integral de Saúde cubano, a Escola Latino-Americana de Medicina- que

			<p>recebe estudantes que participam da Via campesina – outras como a Operação Milagro, o método de alfabetização Sim, eu posso! e muitas outras.</p> <p>Estados – Mobilização exigem Justiça e Reforma Agrária (Raquel Casiraghi) (p. 07)</p> <p>RS - Policiais cercaram o acampamento em uma sexta feira e não deixaram entrar comida e nem mesmo o leite para as crianças. Passado o final de semana, Os Sem Terra estavam praticamente sem comida.</p> <p>A polícia também se negava a levar as pessoas doentes ao hospital. As poucas que foram levadas eram interrogadas no hospital pelos policiais sobre as lideranças do acampamento. “As famílias estavam sitiadas em São Gabriel. O governo não faz a Reforma Agrária e ainda permite desmandos da polícia”, avalia Cedenir.</p>
--	--	--	---

Apêndice B – Matriz para análise documental dos problemas de saúde e condições de vida das populações assentadas e acampadas, por região e grupo populacional

REGIÃO SUL		
Grupo Populacional	Problemas	Principais problemas de Saúde
Saúde da Criança	<p>RS - Uma criança de 4 meses foi vítima de subnutrição e broncopneumonia. O frio a falta de água e a umidade das barracas foi apontado como motivo para o crescente adoecimento das crianças e adultos que frequentemente estavam sendo internados. Broncopneumonia, asma e desidratação foram apontados como os casos mais frequentes (Boletim nº 3, 1981, p. 05).</p> <p>RS - Muitas crianças, além da desnutrição crônica, se ressentem da dor de vista. O problema da poeira sempre foi grave. E agora a situação piorou depois que o DAER, estranhamente, passou máquinas e só no trecho do acampamento, o trânsito é intenso e a cada carro que passa uma espessa nuvem de pó recobre as pessoas e os barracos (Boletim nº 18, 1982, p. 03).</p> <p>RS - Com o forte calor do verão, as crianças de Natalino têm enfrentado sérios problemas de desidratação. E segundo os três colonos não há agora nenhum tipo de assistência médica dentro do acampamento de natalino (Boletim nº 18, 1982, p. 08).</p> <p>SC - [...] recebemos ainda uma carta e um poema de José Carlos Barros, de Maravilha, Santa Catarina, em que ele relata a morte de três crianças por desidratação no acampamento de bandeirantes, em São Miguel do Oeste (SC). “A desidratação é causada pelo leite contaminado e o feijão podre, que são distribuídos nos acampamentos”, diz um trecho da carta (JST nº 47, 1985, p. 02).</p> <p>SC - Desde o início das ocupações, já morreram cinco crianças por falta de assistência médica e alimentação (JST nº 47, 1985, p. 05).</p> <p>PR - Em Marmeleiro, já morreu uma mulher por falta de atendimento médico e uma criança por desnutrição (JST nº 49, 1985, p. 07).</p> <p>Rio Grande do Sul - Em Bagé há fome entre os acampados. Cinco crianças morreram. Em um ano e meio 24 pessoas foram vitimadas por essa tragédia, e um lavrador está paralisado por uma bala na cabeça atirada por um soldado (JST nº 103, 1991, p. 09).</p>	Doenças respiratórias; desnutrição.

Saúde da Mulher	<p>Porém, não se pode dizer o mesmo em relação as mulheres gestantes entre os colonos. Segundo informações do próprio médico da Secretaria da Saúde, Renato Hankel, o índice de abortos foi considerado alarmante por sua equipe, que tenta agora, através de um estudo, descobrir as causas do fenômeno (Boletim nº 8, 1981, p. 02).</p> <p>RS - Os objetos eram bombas de gás lacrimogênio que estouraram em suas próprias mãos (policiais) e, que provocaram queimaduras em mulheres e ardência nos olhos das crianças (Boletim nº 18, 1982, p. 09).</p> <p>RS - Falta de alimentação e assistência médica. Esses são os dois principais problemas do acampamento. Por falta de assistência médica, uma lavradora morreu logo após dar à luz a gêmeos (JST nº 49, 1985, p. 04).</p> <p>PR - Em Marmeleiro, já morreu uma mulher por falta de atendimento médico e uma criança por desnutrição (JST nº 49, 1985, p. 07).</p>	Abortamento; traumas por violência.
Geral	<p>RS - “Com a chegada das chuvas e do frio, aumenta o número de doenças, principalmente infecções pulmonares, agravando ainda mais, o sofrimento daquela gente (Boletim nº 2, 1981, p. 02).</p> <p>SC - Os peões que trabalham das cinco da manhã às cinco da tarde, comem três refeições: um almoço com arroz, feijão e carne seca e dois lanches de café e pãozinho. Muitos deles acabam doentes por causa do trabalho. O mais comum é o escurecimento da vista, mas existem muitos casos de loucura. Quando o trabalhador fica muito doente, é simplesmente abandonado pelo “gato” (JST nº 40, 1984, p. 06).</p> <p>PR - Nos cinco meses de assentamento, a falta de assistência médica causou a morte de quatro pessoas. A última ocorreu dia 20 de setembro, quando morreu o lavrador Teodomiro de Oliveira Machado, 46 anos, oito filhos, por infecção generalizada (JST nº 48, 1985, p. 07).</p> <p>PR - ... quando lá em Inácio Martins 3000 pessoas desnutridas e abandonadas, vão dormir na mata fria, sem comida e segurança, num verdadeiro campo de batalha por causa dessa política de reforma agrária do nosso país (JST nº 87, 1989, p. 02).</p>	Doenças respiratórias; Desordens mentais.
Saúde do Idoso		

Apêndice C – Matriz para análise documental dos problemas de acesso ao sistema oficial de saúde por região do país

Região Norte	Problemas de Acesso
PA - O Incra recusou-se a fornecer alimentação aos funcionários que iniciaram a demarcação da área e os trabalhadores tiveram que bancar as despesas de alimentação e medicamentos com uma campanha realizada no município de Paraupabas (JST nº 127, 1993, p. 11).	Custos com medicamentos.
PA - Um médico esteve visitando o acampamento. Ele ficou surpreso e preocupado com a precária situação, principalmente das crianças assentadas. Ele tentou remediar, mas não conseguiu solucionar os diversos problemas de saúde encontrados. De qualquer modo, os assentados obtiveram o apoio e a compreensão deste médico que agora os auxilia nos momentos de emergência (JST nº 127, 1993, p. 11).	Insuficiência dos serviços de saúde.
RO- Muitas famílias que aqui vieram só tinham dinheiro para os “paus-de-arara”. Quando chegaram, depararam-se com uma realidade diferente da propagandeada: uma região sem estradas, raros postos de saúde e escolas, com malária alastrada mata adentro (JST nº 153, 1995, p. 10).	Insuficiência dos serviços de saúde.
PA- O governo do Pará comprometeu-se em negociar com o INCRA o assentamento das 3500 famílias e enviar, em 12 dias, alimentos e 70 caixas de remédios para o acampamento. O Prazo passou e os remédios e alimentos não chegaram (JST nº 169, 1997, p. 09).	Ausência de medicamentos.
PA - Após muita pressão da polícia, 40 trabalhadores sobreviventes do massacre de Eldorado dos Carajás conseguiram montar acampamento no canteiro central da rodovia Augusto Montenegro, em frente ao Palácio dos Despachos. Eles foram baleados durante a carnificina que aconteceu a cinco anos e reivindicam assistência médica. Desde o massacre, estes companheiros perambulam pelos corredores de hospitais atrás de tratamento digno e necessário para as sequelas deixadas pelos tiros de balas dados pelos policiais militares. Até agora, a única coisa que conseguiram foi o desprezo por parte do governo e o agravamento das condições físicas. Devido as péssimas condições de tratamento médico, mais dois companheiros morreram após o massacre. Os Sem Terra pedem tratamento médico especial, mas a juíza entendeu que eles devem receber o tratamento médico oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (JST nº 210, 2001, p. 07).	Insuficiência dos serviços de saúde.
PA - A assistência médica destinada a 24 dos 69 mutilados foi realizada apenas no início. Hoje esses camponeses estão desprovidos de qualquer atendimento. Por isso, o MST entrou com processo, em 22 de maio do ano passado, para que o Estado cumpra com os deveres aos quais se comprometeu, que é de prestar tratamento médico necessário a todas as vítimas (JST nº 220, 2002, p. 07).	Insuficiência dos serviços de saúde.
PA - Após muita pressão da polícia, 40 trabalhadores sobreviventes do massacre de Eldorado dos Carajás conseguiram montar acampamento no canteiro central da rodovia Augusto Montenegro, em frente ao Palácio dos Despachos. Eles foram baleados durante a carnificina que aconteceu a cinco anos e reivindicam assistência médica. Desde o massacre, estes companheiros perambulam pelos corredores de hospitais atrás de tratamento digno e necessário para as sequelas deixadas pelos tiros de balas dados pelos policiais militares. Até agora, a única coisa que conseguiram foi	Insuficiência dos serviços de saúde.

<p>o desprezo por parte do governo e o agravamento das condições físicas. Devido as péssimas condições de tratamento médico, mais dois companheiros morreram após o massacre.</p>	
---	--

<p>Os Sem Terra pedem tratamento médico especial, mas a juíza entendeu que eles devem receber o tratamento médico oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (JST nº 210, 2001, p. 07).</p>	
--	--

Apêndice D – Práticas/Ações de Saúde produzidas pelo MST por período

Práticas/Ações de Saúde	Referência
<p>História de um povo oprimido (p. 02 e 03) Para o bom funcionamento do acampamento, além da comissão central, da comissão da reza e dos grupos, existiam diversas comissões auxiliares, como a comissão da água, que se preocupava em cuidar das fontes, sua limpeza e ordem; a comissão de animação, que percorria diariamente o acampamento acolhendo os que chegam, orientando e ajudando a resolver os problemas internos; a comissão de limpeza, que se preocupava com a higiene ao redor dos barracos; e ainda com grande responsabilidade, a comissão de distribuição de alimentos, roupas e calçados recebidos da campanha de solidariedade. Todas estas comissões tinham por meta servir os companheiros para que todos juntos pudessem alcançar o objetivo: a Terra, para nela trabalharem e tirarem o sustento de suas famílias.</p>	<p><i>BOLETIM SEM TERRA</i>. Porto Alegre, nº 10, ago. 1981.</p>
<p>Alagoas – Viabilizar os assentamentos (p. 14) No geral as equipes mantiveram um grau de organização semelhante. São turmas que cuidam da produção, educação, leitura do jornal e saúde.</p> <p>Santa Catarina. Massificar e resistir (p. 17) Através da implementação das executivas regionais, o MST pretende intensificar a criação de grupos de educação, saúde e produção.</p>	<p><i>JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA</i>, São Paulo, ano X, nº 91, jan./fev. 1990.</p>
<p>Estados - Rio Grande do Sul - Assentamentos são premiados (p. 06) A Coceargs (Cooperativa Central dos Assentamentos do RS) e os assentamentos Carlos Mariguella, em Santa Maria, e Integração Gaúcha, em Eldorado do Sul, receberam, em 18 de novembro, o Certificado de Tecnologia Social da Fundação banco do Brasil e da Unesco, pela produção de hortas agroecológicas. [...] A produção de hortas ecológicas baseia-se na adoção de uma matriz produtiva que preserve o solo e o meio ambiente, proporcionando o aumento da biodiversidade, garantindo a saúde do agricultor e a melhoria da qualidade dos alimentos.</p>	<p><i>JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA</i>, São Paulo, ano XXII, nº 235, nov. 2003.</p>
<p>Estados - Santa Catarina - Assentamento comemora 16 anos (p. 06) O assentamento Conquista na Fronteira, localizado na cidade de Dionísio Cerqueira, extremo oeste catarinense, comemorou, em 24 de junho, o seu 16º aniversário. Cerca de 200 pessoas, entre autoridades e comunidade local prestigiaram o evento. Na oportunidade foi inaugurado o setor de saúde e assinado o convênio com a prefeitura, Caixa Econômica e Cooperunião (cooperativa do assentamento) para construção de moradia.</p> <p>Projeto Popular - Parcerias com as universidades potencializam formação dos militantes (p. 11) As parcerias no Brasil começaram em julho de 1999, quando foi promovido na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em São Paulo, o primeiro curso sobre a realidade brasileira para jovens do meio rural. Cerca de 500 pessoas de todo o Brasil se reuniram em 10 dias de debates, apresentações culturais, místicas e estudos que envolviam questões de economia, política, cultura, comunicação, saúde e a história do MST.</p> <p><i>Sem Terra estudam em Cuba</i></p>	<p><i>JORNAL DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA</i>, São Paulo, ano XXII, nº 242, jul. 2004.</p>

<p>Atualmente Cuba abre espaços de estudo para pessoas de países pobres em suas tradicionais universidades. Lá estudam 65 Sem Terra. Em 1999, a primeira turma, com 16 estudantes, ingressou na Escola Latino-Americana de Medicina que hoje forma 60 jovens do movimento. Outros 5 militantes estudam veterinária, agronomia, epidemiologia e música.</p>	
<p>Maranhão - Cursos técnicos e políticos formam militantes (p. 07) Os processos de formação são uma das prioridades do MST. Em vários estados o Movimento realiza cursos de formação técnica e política para a sua militância. [...] Foram concluídas cinco turmas de nível médio, duas em agroecologia, em parceria com a Escola Agrotécnica de Federal de São Luiz; uma em saúde comunitária, parceria entre o MST e a UFMA – Universidade Federal do Maranhão; e duas turmas de magistério, também em parceria com a UFMA. Com exceção do curso de magistério, os demais atendem a assentados dos estados do Maranhão, Pará e Tocantins.</p>	<p><i>JORNAL DOS TRABALHADORES RURAI SEM TERRA, São Paulo, ano XXV, nº 270, fev./mar. 2007.</i></p>