



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

DENISE OSÓRIO SEVERO

**O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA E O
CONTROLE SOCIAL DO SUS: CONCEPÇÃO DO COLETIVO NACIONAL DE
SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2008

DENISE OSÓRIO SEVERO

**O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA E O
CONTROLE SOCIAL DO SUS: CONCEPÇÃO DO COLETIVO NACIONAL DE
SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS – SC

2008

DENISE OSÓRIO SEVERO

**O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA E O
CONTROLE SOCIAL DO SUS: CONCEPÇÃO DO COLETIVO NACIONAL DE
SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros

FLORIANÓPOLIS – SC

2008



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**“O movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o controle social do SUS:
Concepção do Coletivo Nacional de Saúde”**

AUTORA: Denise Osório Severo

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE:

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Ciências Humanas e Políticas Públicas

Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres

Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^ª. Dr.^ª. Marta Inez Machado Verdi (UFSC)

(Presidente)

Prof. Dr. José Ivo Pedrosa (UFPI)

(Membro)

Prof.^ª. Dr.^ª. Fátima Buchele (UFSC)

(Membro)

FICHA CATALOGRÁFICA

S498m Severo, Denise Osório

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o controle social do SUS : concepção do Coletivo Nacional de Saúde / Denise Osório Severo ; orientador Marco Aurélio Da Ros . – Florianópolis, 2008.

107f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008.

Inclui bibliografia

1. Participação social. 2. Controle social. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil).
4. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. I. Da Ros, Marco Aurélio.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. III. Título.

CDU: 614

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

“Eu diria aos educadores e educadoras, ai daqueles que pararem com a sua capacidade de sonhar, de inventar a sua coragem de denunciar e de anunciar. Ai daqueles e daquelas que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã, o futuro, pelo profundo engajamento com o hoje, com o aqui e com o agora, se atrelem a um passado, de exploração e de rotina.”

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

À minha querida amiga Rita Gabrielli, meu agradecimento especial....pelo incondicional e incansável apoio, carinho e cuidado; por me incentivar sempre a prosseguir; por expressar em sua prática cotidiana a solidariedade humana....e por todas contribuições à pesquisa, sem teu apoio ela não teria sido concluída!

Ao amigo, educador e orientador Marcão, agradeço por ampliar meus horizontes....por me mostrar que é possível construir novas relações pedagógicas; por todo afeto e companheirismo nesses anos; e por orientar esta pesquisa.

Aos companheiros e companheiras do MST, e especialmente ao Coletivo Nacional de Saúde, por toda confiança e colaboração com esta pesquisa e por manter vivo o sonho e a luta pela construção de outro modelo de sociedade.

Ao Coletivo de Saúde do MST do Rio de Janeiro, pelos agradáveis momentos que compartilhamos ao longo do curso de saúde e por todo aprendizado.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Departamento de Saúde Pública, por me acolher e proporcionar a rica oportunidade de descobrir os prazeres e desafios da pesquisa.

À CAPES, por me conceder apoio financeiro por 6 meses.

À Adri e minha linda afilhada Marrie, pelo carinho e apoio dedicado nessa trajetória.

Ao amigo Nathan Kamliot, pelas longas conversas sobre a pesquisa no skype, pelos valiosos ensinamentos em educação popular e por sempre inverter minha lógica de pensamento!

À amiga e companheira de luta Etel Matiello, por contribuir mais uma vez à minha pesquisa e por toda força no decorrer desse processo.

À Mônica de Souza Netto, por dividir as ansiedades “no telefone” e me motivar em diversos momentos.

À Thaís Tilton, pelo agradável convívio na sala 42 e pelas palavras de estímulo em muitos momentos.

À Maslova Maragno, minha primeira referência em trabalho de base, agradeço por compartilhar sonhos e lutas em minha inserção neste caminho.

Ao amigo Carlo Gabrielli, que mesmo de longe, sempre me enviou mensagens de apoio nos períodos conturbados.

Ao Francisco Yanez, pelas contribuições à pesquisa e pelo acolhimento no Coletivo de Saúde do MST do Rio de Janeiro.

À Prof. Clair Castilhos, pela disponibilidade em contribuir com suas valiosas críticas à pesquisa.

À Prof. Marta Verdi, pelas contribuições realizadas na qualificação desta pesquisa, pela atenção em vários momentos e por aceitar avaliar este trabalho.

À Prof. Fátima Büchele, pelas contribuições à pesquisa e por toda força dedicada no período de elaboração deste projeto.

Ao Prof. José Ivo Pedrosa, por aceitar o convite para ser membro da banca de avaliação desta pesquisa.

À Denise Hadlich, pela colaboração na organização do meu espaço de trabalho e pelas palavras de conforto nos momentos difíceis.

À Aninha, por colaborar nas transcrições das entrevistas e na formatação do trabalho, e por sempre fazer tudo “pra ontem”.

Aos educandos e educandas do MST e do Projeto de Extensão Educação em Saúde, por me ensinar a cada dia e confirmar a beleza da educação.

Por fim...às origens: aos meus pais....pelo apoio e compreensão por todo silêncio e distância exigido por este processo, por me oferecerem condições materiais de existência para que eu pudesse vivê-lo e por transmitirem os valores que carrego comigo!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Atores e Cenário da Participação Social: sociedade civil e Estado.....	19
3.2 A construção da cidadania e a conquista dos direitos.....	22
3.3 Movimentos Sociais no Brasil no século XX: um breve retrospecto	28
3.4 Movimentos sociais, participação e saúde: uma relação estreita.....	32
3.4.1 Participação em Saúde no Brasil	39
3.4.1.1 Participação Comunitária.....	40
3.4.1.2 Participação Popular.....	42
3.4.1.3 Participação Social.....	44
3.5 Participação no controle social do SUS.....	45
3.6 Retrospecto histórico da luta pela terra: sementes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).....	52
3.7 O MST e o Coletivo Nacional de Saúde: o processo de construção.....	58
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	70
4.1 Abordagem Metodológica.....	70
4.2 Percurso Metodológico.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ARTIGO CIENTÍFICO.....	86
A Participação no Controle Social do SUS: concepção do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.....	86
APÊNDICES	

LISTA DE GRAVURAS

Figura 01 – Marcha Nacional pela Reforma Agrária. 2005.....	12
Figura 02 – Marcha Nacional pela Reforma Agrária. 2005.....	16
Figura 03 – Marcha Nacional pela Reforma Agrária. 2005.....	18
Figura 04 – Acampamento Cabanos no Maranhão.....	69
Figura 05 – Assentamento Campos Novos – SC.....	85

Foto Luciney Martins



Marcha Nacional pela Reforma Agrária 2005

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa busca identificar a concepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) sobre a participação no controle social do SUS e discutir estratégias de participação do MST nesse sentido. A partir das concepções encontradas, pretende-se reconhecer os prováveis desafios em relação à participação no controle social do SUS, com intuito de contribuir para a reflexão deste tema no interior do movimento e colaborar com as práticas de educação popular em saúde.

O Coletivo Nacional de Saúde (CNS) do MST constitui a principal instância do movimento responsável pelo debate sobre as estratégias políticas referente ao campo da saúde e faz parte do seu Setor de Saúde. Além do CNS, este setor é composto pelo Coletivo Reduzido de Saúde e pelos Coletivos estaduais e locais. Toda a organização do movimento estrutura-se sob a forma de coletivos, os quais são formados desde a base até o nível nacional, de modo que todo o processo de decisão é realizado coletivamente, de forma ascendente, seguindo as instâncias de representação.

A capacidade de mobilização social e posição política conquistada pelo MST no contexto social brasileiro, reconhecida também em âmbito internacional, destacam-no atualmente como um dos principais protagonistas dos processos de luta por transformações na sociedade e, por conseguinte, indispensável à consolidação do controle social do SUS. Tendo em vista sua importância e levando em conta as fragilidades presentes no processo de materialização da participação social na gestão do SUS, desvelar a concepção do CNS do MST sobre esta participação pode auxiliar a superar os obstáculos encontrados neste campo.

O interesse por esse tema de pesquisa apresenta duas vertentes: relacionadas às experiências de educação popular em saúde, vivenciadas com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), e de participação da pesquisadora em processos de mobilização social vinculados ao fortalecimento do controle social do SUS, desenvolvidos em uma comunidade da cidade de Florianópolis.

A vivência com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra iniciou no princípio de 2006, por meio de sua inserção como colaboradora no campo da educação popular em saúde. Sua “porta de entrada” foi o Curso Técnico em Saúde Comunitária, implementado pelo setor de saúde do MST no Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária (ITERRA), localizado no município de Veranópolis/RS, no qual teve a oportunidade de entrar em contato com a realidade deste movimento.

Nesta primeira experiência, despertou a atenção da pesquisadora o modo como a participação se materializava, revelando-se intrínseca às relações e práticas sociais no cotidiano da vida no movimento, e o expressivo aporte teórico dos militantes, no campo sociológico, revelando elementos que instigavam a reflexão sobre a concepção de seus integrantes com relação à participação no controle social do SUS.

Após o contato inicial, gradualmente sua inserção foi aumentando, passando a colaborar com outra turma deste curso, desenvolvida no ITERRA do estado do Paraná e, posteriormente, com o Curso de Saúde Alternativa desenvolvido pelo Coletivo Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Estas vivências contribuíram para a apreensão das diferentes realidades no interior do movimento, ainda que as impressões relatadas anteriormente também tenham sido observadas nestas práticas.

Cabe ressaltar que, excetuando a primeira vivência, em todos os cursos, o trabalho como educadora direcionou-se especialmente à abordagem de temáticas relacionadas à saúde coletiva, especialmente ao processo de construção das políticas públicas de saúde no Brasil e, dentro deste escopo, o tema do controle social do SUS sempre foi enfatizado.

A defesa deste princípio do SUS pela educadora, comumente deflagrava debates importantes nas práticas educativas e revelava a importância da abordagem do tema, visto que suscitava admiração e críticas pelos militantes, desvelando distintos olhares sobre a participação no controle social do SUS e provocando reflexões que inquietavam a pesquisadora.

Com o transcorrer do tempo, a ampliação de sua atuação no Coletivo Estadual do Rio de Janeiro e a possibilidade de participação em reuniões do Coletivo Nacional de Saúde e do Coletivo Reduzido, possibilitou perceber que as controvérsias sobre o controle social do SUS estavam presentes não somente no cenário da formação em saúde, mas em todas as esferas do Setor de Saúde, reiterando o que havia sido notado e suscitando o desejo da pesquisadora de aprofundar esta temática.

Por outro lado, a motivação para a pesquisa também adveio de sua experiência com trabalho de base, relacionado à participação no processo de mobilização social para formação de um Conselho de Saúde da cidade de Florianópolis. Tanto o processo de formação quanto a atuação como conselheira possibilitaram vivenciar e apreender algumas potencialidades e fragilidades que envolvem o cotidiano da participação nestas esferas.

Embora os Conselhos de Saúde representem uma das instâncias de participação na gestão do SUS conquistadas pela mobilização social, a interlocução entre a sociedade civil e o Estado nestes espaços apresenta-se bastante comprometida, atualmente, em

função de vários problemas em sua dinâmica, entre eles, do próprio esvaziamento da participação da população nestas arenas.

Com efeito, a falta de participação da sociedade civil foi uma das principais fragilidades encontradas e muitos debates foram travados em torno desta temática, com intuito de encontrar formas de sensibilizar a população a se apropriar de seu direito de deliberar sobre as políticas de saúde.

Contudo, várias tentativas foram feitas e poucos foram os avanços, conduzindo a pesquisadora a novas reflexões, orientadas às organizações da sociedade civil. As perguntas que surgiam induziam a buscar respostas aos obstáculos à participação no controle social do SUS nos próprios movimentos sociais, visto serem os maiores representantes da sociedade civil organizada. Desse modo, muitos dos questionamentos oriundos deste período também serviram de motivação para o desenvolvimento desta pesquisa.

Isto posto, este estudo busca identificar a concepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS, oferecendo a possibilidade de reconhecer os prováveis desafios advindos de suas concepções sobre sua forma de participação neste controle e colaborar para o debate deste tema no interior do MST, favorecendo a orientação das práticas de educação popular em saúde e, conseqüentemente, a ampliação da participação social na saúde.

Foto Luciney Martins



Marcha Nacional pela Reforma Agrária 2005

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

- Identificar a concepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS e discutir as estratégias de participação neste campo.
- Reconhecer os prováveis desafios advindos das concepções dos membros do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS e, a partir desta identificação, contribuir com o debate deste tema no interior do MST, visando colaborar com a orientação das práticas de educação popular em saúde.

Foto Francisco Rojas



Marcha Nacional pela Reforma Agrária 2005

REVISÃO DE LITERATURA

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atores e Cenário da Participação Social: sociedade civil e Estado

Abordar a participação de um movimento social no controle social do SUS conduz à discussão da participação da sociedade civil no Estado capitalista e do significado que as lutas sociais possuem para esses atores, bem como a forma que elas são travadas neste contexto. Sendo assim, os conceitos de sociedade civil e Estado permeiam este trabalho e necessitam ser definidos.

Para tanto, foi utilizado como referencial a teoria do Estado ampliado de Antônio Gramsci e a concepção de Estado proposta por Marx, ambas extraídas principalmente de autores como Marx, Engels, Simionatto, Gruppi, Mezzaroba, Arruda Jr e Filho e Carnoy. Considerando que o contexto em que acontece a participação aqui abordada se refere ao modelo de organização da sociedade, portanto, ao modo de produção capitalista, uma breve colocação será realizada a esse respeito como forma de introduzir as concepções de Estado e sociedade civil dos autores mencionados.

No livro *O Manifesto Comunista* Marx e Engels (2006, p.9) iniciam suas reflexões afirmando que “*a história de todas as sociedades que já existiram é a história da luta de classes*”, e prosseguem discorrendo que ao longo do processo histórico a sociedade sempre foi dividida em classes, e a oposição e luta entre as mesmas, invariavelmente, desaguou em uma revolução ou na ruína das classes em confronto.

A sociedade burguesa moderna, ou seja, a sociedade capitalista nascida com o fim do feudalismo, não terminou com os antagonismos de classe, mas apenas reduziu esta oposição em duas grandes classes sociais contrárias: burguesia e proletariado. A burguesia, também denominada de capitalistas modernos, refere-se à classe detentora dos meios de produção, enquanto o proletariado representa a classe que somente detém sua força de trabalho e por isso é obrigada a vendê-la como forma de manter sua sobrevivência (Ibidem, 2006).

Sendo assim, o modo de produção capitalista estrutura-se no conflito capital/trabalho e, como pondera Miliband (2000), seu principal objetivo é a reprodução do capital. De acordo com o autor, o capitalismo atua perpetuando a divisão da sociedade entre uma pequena classe dominante e a grande maioria da população que é submetida à dominação e constitui as classes subalternas. Nesse sentido, as estratégias de superação desta divisão são apontadas por Marx, Lênin e Gramsci em momentos históricos diferentes, e refletem

concepções distintas da relação entre estas classes e dos mecanismos de luta necessários à mudança do sistema.

Dado que os movimentos sociais são atores que lutam por transformações na sociedade e, como tal, adotam distintos mecanismos de participação - de acordo com o momento histórico, a identidade dos grupos e seus objetivos - identificar as estratégias de luta previstas por cada um dos teóricos mencionados pode colaborar para a análise da temática abordada nesta pesquisa. Ademais, visto que o SUS é uma política pública implementada por um Estado capitalista e o controle social um direito de participação da sociedade civil neste aparelho, compreendê-las parece importante.

O Estado e a sociedade civil em Marx constituem esferas distintas, de modo que o Estado, conforme citado no Manifesto Comunista, é compreendido estritamente como o comitê dos negócios da burguesia, cuja função é garantir e conservar a dominação e a exploração de classe, por meio da coerção exercida por seus aparatos repressivos policial-militares (MARX E ENGELS, 2006; BOTTOMORE, 2001; CARNOY, 1986; GRUPPI, 1985;).

Para Marx, o Estado constitui a superestrutura enquanto a sociedade civil, definida no livro *Ideologia Alemã* (MARX E ENGELS, 1979. p.53), “*abrange todo o intercâmbio material dos indivíduos, no interior de uma fase determinada de desenvolvimento das forças produtivas*”, constituindo a base material, também denominada de infra-estrutura (SIMIONATTO, 2004; ARRUDA JR. E FILHO, 1995).

Nessa perspectiva, o aparelho do Estado e todo conjunto das instituições políticas (superestrutura) são para Marx e Engels (1979) determinados pelas relações de produção (infra-estrutura), conforme expressam no seguinte trecho:

“A estrutura social e o Estado nascem constantemente do processo de vida dos indivíduos determinados (...) tal como são, isto é, tal e como atuam e produzem materialmente e, portanto, tal e como desenvolvem suas atividades sob determinados limites, pressupostos e condições materiais, independentes de sua vontade.” (MARX E ENGELS 1979. p.36)

Assim, a superação do modo capitalista de produção (revolução socialista) na perspectiva Leninista, discutida por Carnoy (1986) e Gruppi (1985), implica na destruição do aparelho do Estado por meio de uma revolução armada, abrupta, também referida como uma rebelião de massas; que acontece quando a classe dominante não consegue mais exercer seu domínio e os dominados deixam de aceitar a subalternidade.

Em contrapartida, Gramsci parte das elaborações de Marx, Engels e Lênin e formula uma teoria marxista ‘ampliada’ do Estado, na qual propõe a superação da cisão entre

sociedade civil e o Estado. Para Gramsci, o Estado - a superestrutura - é composta pela 'sociedade civil' e pela 'sociedade política' (Estado), enquanto a base produtiva é denominada por ele de 'sociedade econômica'. Desse modo, em Gramsci, superestrutura/estrutura e sociedade civil/sociedade política mantém uma relação dialética entre si (MEZZAROBA, 2005; SIMIONATTO, 2004; ARRUDA JR. E FILHO, 1995).

A sociedade civil compreende o campo onde as contradições e os distintos interesses se tornam aparentes e se expressa por meio de seus 'aparelhos privados da hegemonia', como as Igrejas, sindicatos, escolas, meios de comunicação, entre outros, cuja função é o exercício do poder por meio da direção (hegemonia) e do consenso; enquanto a sociedade política se refere aos aparelhos repressivos do Estado, os quais cumprem o papel de dominação por meio da coerção (MEZZAROBA, 2005; SIMIONATTO, 2004; ARRUDA JR. E FILHO, 1995).

Desta forma, Gramsci propõe o Estado como um espaço de disputa política, um campo atravessado pela luta de classes e, como tal, permeável às classes subalternas. Nesse sentido, a estratégia revolucionária proposta por ele, "*guerra de posição*", não passa pela derrubada do Estado de forma abrupta, mas pela disputa por hegemonia na sociedade civil como forma de estabelecer uma contra-hegemonia na sociedade política e, processualmente, construir meios de transição do modo capitalista por dentro desta esfera (SIMIONATTO, 2004; ARRUDA JR. E FILHO, 1995; GRUPPI, 1985).

Em Gramsci, hegemonia refere-se à conquista da direção político-ideológica e do consenso no âmbito da sociedade civil (SIMIONATTO, 2004; ARRUDA JR. E FILHO, 1995). Diz respeito, portanto, à supremacia de um grupo social sobre outro, por meio do exercício da direção intelectual e moral de um dos grupos (MEZZAROBA, 2005).

Considerando que o cenário da participação social abordado neste trabalho constitui as instâncias de controle social atreladas à organicidade da sociedade política e os atores são representantes da sociedade civil organizada, empenhados em transformar as condições materiais de existência, os conceitos aqui apresentados parecem relevantes para compreender a forma como o MST, especificamente o Coletivo Nacional de Saúde, concebe a participação no controle social do SUS. Portanto, é com Gramsci que há identidade.

Por outro lado, a luta do MST pode também ser interpretada a partir de uma perspectiva distinta da modificação do modo de produção, conforme será abordada a seguir.

3.2 A construção da cidadania e a conquista dos direitos

O conceito de cidadania é fruto do processo histórico e está intimamente relacionado à construção dos direitos civis, políticos e sociais. Sua origem encontra-se na Grécia, nos séculos V e IV aC., vinculada à *polis* grega e ao exercício da participação política dos homens livres que atuavam em uma democracia direta, contribuindo para as deliberações do governo por meio da participação nas Assembléias (COVRE, 2007; GOHN, 2005), caracterizando, deste modo, a cidadania como o exercício dos direitos políticos.

Posteriormente, os romanos instituíram a noção de cidadania como algo legal, de modo que ela passou a ser relacionada à idéia de igualdade formal perante a lei, sendo o aparato jurídico o instrumento que conferia aos indivíduos a condição de cidadãos (Idem, 2005). De acordo com Cortina (2005), a magnitude do império romano influenciou decisivamente a vinculação da cidadania ao mencionado aparato, uma vez que impossibilitava a participação direta dos indivíduos nas deliberações sobre as questões públicas.

Desta forma, a noção de cidadania como o envolvimento político dos indivíduos em questões relacionadas a uma comunidade política (CORTINA, 2005) apresenta raízes na Grécia e em Roma, as quais colaboraram para a conformação das “*tradições republicana e liberal*” - cada qual com uma percepção da vida política - e influenciaram, por sua vez, os modelos de ‘democracia representativa’ e ‘democracia participativa’ que se desenvolveram ao longo do tempo (Ibidem, 2005. p.33). Segundo esta autora, a vida política na tradição republicana é percebida como a esfera em que os homens buscam coletivamente o bem comum, enquanto na visão liberal é concebida como um recurso para concretizar as realizações individuais dos homens, de acordo com suas noções próprias de felicidade.

Sendo assim, ambas as sociedades grega e romana contribuíram para o exercício da cidadania e ofereceram as bases deste conceito. Contudo, após a queda do império romano e o advento do feudalismo, a cidadania somente voltou à cena com a ascensão do capitalismo (COVRE, 2007). A noção mais usual de cidadania na atualidade originou-se nos séculos XVII e XVIII - influenciada pelas revoluções francesa, inglesa e americana - e foi delineada com a formação do Estado moderno (CORTINA, 2005).

A transição do feudalismo para o capitalismo no decorrer do século XVIII promoveu intensas transformações políticas, econômicas e sociais que alteraram o modo de organização da sociedade, tecendo novas relações sociais que colaboraram para a construção dos direitos civis e políticos. Segundo Gohn (2005), somente na segunda metade do século

XX surgiu uma teoria sociológica sobre a cidadania, elaborada por Marshall na Inglaterra, o qual propôs uma categorização que definiu estes direitos como sendo de primeira geração.

Durante o século XVIII, as explicações divinas aos problemas sofridos pelos trabalhadores do campo começaram a ser questionadas e novas concepções de mundo e dos fatos históricos começaram a surgir, corroborando o florescimento da consciência acerca da necessidade da existência de direitos do cidadão (MONDAINI, 2003) que garantissem ao homem o direito à vida, à propriedade, à liberdade de ir e vir e de escolher seu trabalho, enfim, que garantisse o direito à igualdade perante a lei (COVRE, 2007; GOHN, 2005).

A ascensão da burguesia e o desenvolvimento do comércio realizado nos burgos foram fundamentais para esse processo, uma vez que inauguraram um modo de vida urbano e relações econômicas comerciais e fabris que exigiram a liberdade de deslocamento da população do campo para as cidades que se formavam, pois a reprodução do sistema necessitava de mão-de-obra (COVRE, 2007).

Desta forma, nota-se que a construção e conquista histórica destes direitos de cidadania está associada tanto à ruptura da condição de servidão humana vigente no feudalismo como também ao processo de construção e manutenção das bases do modo capitalista de produção, revelando deste modo elementos contraditórios que se perpetuam ao longo dos séculos seguintes (Idem, 2007). Gerschman (2004a.) concorda com esta contradição e destaca que na sociedade liberal burguesa:

“(...) a condição de igualdade é suposta pelo mercado na medida em que os indivíduos se igualam no ato da troca; cada indivíduo é igual a si mesmo e aos outros no exercício do ato econômico de comprar ou vender o que quer que seja, independentemente do valor daquilo que esteja sendo trocado (...) o valor desigual passa a ser colocado na mercadoria como objeto da troca, sem que isso contamine seus possuidores. (...) Tal ato simbólico e, ao mesmo tempo, real – a igualdade formal e a desigualdade real – é também fundador da cidadania.” (GERSCHMAN, 2004a. p.38)

Faz-se oportuno, neste momento, realçar os avanços que a revolução burguesa realizada com a Revolução Francesa estabeleceu no que concerne à construção dos direitos e da cidadania. O Estado liberal burguês consolidou a superação do Estado monárquico centralizado e estabeleceu limites aos arbítrios dos governantes, que passaram a ser regidos por um conjunto de leis que definiram os direitos e deveres dos cidadãos (COVRE, 2007). A conquista dos direitos de primeira geração teve como principais marcos a Declaração Americana de Direitos, aprovada em 1776 e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão instituída com a Revolução Francesa em 1789 (MONDAINI, 2003).

Cabe destacar que os efeitos da Primeira Revolução Industrial e do desenvolvimento do capitalismo, desde o princípio, revelaram desigualdades que foram propulsoras da organização da insurgente classe operária inglesa no século XVIII em torno de lutas por melhorias nas condições de vida e de trabalho, originando os primeiros sindicatos dos trabalhadores de fábricas, expressos inicialmente em sociedades recreativas e de auxílio mútuo que realizavam greves e petições ao Parlamento (SINGER, 2003). Estas lutas se prolongaram ao longo do tempo e contribuíram para a construção dos direitos sociais, conquistados efetivamente somente no século XX. Desta forma, desde a Revolução Francesa até o mencionado século, a cidadania se limitou ao exercício dos direitos civis e políticos.

As primeiras ações de proteção social, consideradas embriões da constituição do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), entendido como o conjunto de direitos sociais destinados à proteção dos trabalhadores e seu núcleo familiar (Ibidem, 2003), surgiram na Alemanha, em 1875, quando Bismarck, preocupado com o fortalecimento da bancada socialista no Parlamento, decidiu tornar o partido socialista ilegal e, para obter o apoio dos trabalhadores, adotou medidas compensatórias que ofereciam suporte aos acidentes de trabalho, enfermidades e à velhice (CORTINA, 2005; SINGER, 2003).

Posteriormente, a conjuntura política e social vivida no período da Primeira Guerra Mundial e a ascensão do socialismo com a Revolução Russa em 1917 também influenciaram fortemente o surgimento dos direitos sociais, uma vez que deram grande impulsão à luta dos trabalhadores (COVRE, 2007; SINGER, 2003). O marco do nascimento destes direitos, categorizados por Marshall como de segunda geração (GOHN, 2005), foi a “Constituição Alemã de Weimar”, instituída em 1919 (HUMENHUK, 2003), embora somente tenham se destacado a partir da década de 1930 e se consagrado após a Segunda Guerra Mundial com o Relatório Beveridge (CORTINA, 2007; SINGER, 2003).

Desse modo, o século XX e o estabelecimento do *Welfare State* marcaram a consolidação dos direitos sociais e a ampliação da noção de cidadania. A conformação deste Estado foi pautada na teoria do economista John Maynard Keynes, que defendia como estratégia de desenvolvimento econômico a intervenção do Estado na economia e no campo social, por meio da política do pleno emprego e distribuição de riquezas (CORTINA, 2005; SINGER, 2003; MEDEIROS, 2001). Esta teoria foi aplicada pelos Estados Unidos em 1932, no governo Roosevelt, por meio da implantação de um programa de grandes investimentos em políticas sociais que ficou conhecido como *New Deal* (Novo Acordo) (COVRE, 2007; CORTINA, 2005; SINGER, 2003).

Contudo, é preciso ressaltar que o Estado de Bem-Estar Social “*nasce mais por estratégia política que por exigência ética*” (CORTINA, 2005, p. 53). Embora a luta dos movimentos sociais tenha sido extremamente relevante para a conquista dos direitos sociais e para a ampliação da cidadania, o nascimento deste Estado não teve como principal objetivo prover melhores condições de vida aos seres humanos, mas sim manter o modo de produção capitalista (COVRE, 2007; CORTINA, 2005; GERSCHMAN, 2004a; SINGER, 2003; MEDEIROS, 2001), da mesma forma que os direitos de primeira geração, ainda que ambos tenham representado avanços históricos para a humanidade.

No Brasil, a instituição do Estado de Bem-Estar Social se expressou especialmente entre 1930 e 1942, no governo Vargas, por meio da adoção de uma série de políticas que conferiram direitos sociais aos trabalhadores, traduzidas na instituição da Consolidação das Leis Trabalhistas, na regulamentação dos sindicatos, na criação do salário mínimo (SINGER, 2003; MEDEIROS 2001) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), entre outras. De acordo com Medeiros (2001), o governo Vargas na década de 1930 foi marcado pela intervenção do Estado na economia e no campo social e:

“Do ponto de vista das relações de trabalho, o regime populista do período perseguiu três objetivos básicos: (i) evitar que os movimentos se tornassem base de apoio para grupos de oposição que reivindicavam mudanças mais profundas na organização da sociedade; (ii) despolitizar as relações de trabalho, impedindo que as organizações de trabalhadores se legitimassem como instrumentos de reivindicação; e (iii) fazer dos trabalhadores um ponto de apoio, ainda que passivo, do regime.” (MEDEIROS, 2001, p.13)

Assim, percebe-se que o Estado de Bem-Estar Social no Brasil também teve o caráter de desmobilização da luta dos movimentos sociais (ou de legitimação do Estado capitalista), concentrados, no início do século, na classe operária. Embora o governo Getulista tenha de certa forma enfraquecido a luta social, a implementação de diversos direitos sociais serviu, paradoxalmente, de alicerce para o delineamento de uma nova concepção de cidadania, não mais circunscrita aos direitos de primeira geração.

Nesse sentido, Covre (2007) pondera que os direitos civis, políticos e sociais não podem ser fragmentados, visto que são inexoravelmente relacionados, isto é, a ausência de algum deles inviabiliza a concretização dos outros e, por conseqüência, compromete o exercício pleno da cidadania. Essa percepção também é compartilhada por Delgado e Romano (2007, p. 255), quando argumentam que:

“(...) ninguém pode ser livre para escolher quando suas escolhas estão limitadas por uma posição de desigualdade, nem ninguém pode ser igual se não dispõe do mesmo grau de liberdade.” (DELGADO E ROMANO, 2007. p. 255)

Estas colocações encontram sentido no conceito de ‘*cidadania social*’ proposto por Marshall em meados do século XX (CORTINA, 2007), no qual o cidadão é definido como todo aquele que desfruta de direitos civis, políticos e sociais em uma comunidade política. Nesse sentido, é possível perceber as transformações que este conceito foi sofrendo ao longo dos séculos, à medida que os direitos foram sendo conquistados. Com relação a esta questão, Cornwall et al, (2007) ponderam que, no contexto brasileiro, embora os direitos possam estar inscritos na Constituição, eles em geral não são percebidos como algo garantido e definido, mas como algo que necessita de permanente luta para ser reafirmado, (re) conquistado e materializado. Sendo assim, os autores destacam a cidadania como:

“(...) algo que é exercido, afirmado e reconstituído de diferentes maneiras em diferentes espaços. Está intimamente relacionada com as formas pelas quais as pessoas se constituem como atores sociais e a visão que têm dos domínios sociais de que fazem parte”. (Cornwall et al, 2007. p.263)

Tendo isso em vista, nota-se no trecho acima uma condição inacabada e dinâmica da cidadania, que remete aos aspectos temporais, culturais e históricos e encontra ressonância no conceito enfatizado pelos movimentos sociais, cujo significado e expressão de cidadania relaciona-se à formação de sujeitos sociais conscientes e engajados na luta política, ainda que inexistam muitos direitos concretizados (DAGNINO apud CORNWALL et al, 2007).

Com efeito, a característica de “movimento” da cidadania expressa a contínua luta pelo exercício e ampliação dos direitos, traduzida também na ascensão da terceira geração de direitos. Esta geração diz respeito aos direitos de solidariedade e qualidade de vida e foi construída como forma de dar respostas às conseqüências sociais desastrosas da guerra e desapropriação territorial, sendo instituída juntamente com a consagração dos direitos sociais contemplados no Relatório de Beveridge e na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 10 de dezembro de 1948 pela Organização das Nações Unidas (AMADIGI, 2005).

Por fim, nos anos 90 uma quarta geração começou a ser construída com intuito de criar mecanismos de enfrentamento às transformações sociais advindas da globalização imposta pelo neoliberalismo. Paralelamente, as Conferências das Nações Unidas promoveram importantes mudanças no corpo da Declaração Universal dos Direitos Humanos,

incorporando, dentre outras, a necessidade de se ponderar a relação entre direitos humanos, democracia e desenvolvimento (KOERNER, 2003).

No Brasil, o contexto político de retomada da democracia durante os anos 80 conformou um terreno fértil para a participação social e o fortalecimento da luta pela concretização e ampliação dos direitos e o exercício da cidadania. Nesta fase, os movimentos sociais que haviam se mobilizado a partir de meados dos anos 70 passaram a incorporar à sua plataforma de luta novas demandas advindas da conjuntura política, social e econômica do momento, exigindo do poder público a democratização do Estado e a criação de canais de participação da sociedade civil na sociedade política (CORDEIRO et al 2007; SCHERER-WARREN, 2005; GOHN, 2005; GOHN, 2003b; GOHN, 2003c; CARVALHO, 1995), delineando novos contornos à noção de cidadania.

Este processo desaguou na promulgação da Constituição de 1988, marcada por contemplar amplos direitos sociais. A inclusão do capítulo da saúde e a criação do SUS instituíram o direito de participação da população na deliberação, controle e acompanhamento das políticas de saúde implementadas pelo Estado, traduzido, posteriormente, na criação de esferas de participação, quais sejam: Conselhos e Conferências de Saúde. Com relação à criação dos Conselhos setoriais, Cordeiro et al (2007) e Cornwall et al (2007) ponderam que eles foram criados com o intuito de promover a democracia participativa, complementando o sistema de democracia representativa.

Desse modo, a garantia do direito de participação da sociedade civil no controle social do SUS representou uma conquista histórica no que concerne à construção da cidadania e o aprofundamento da democracia no Brasil (CORDEIRO et al, 2007; CORNWALL et al, 2007; CORREIA, 2005; GERSCHMAN, 2004a). Contudo, cabe alertar que restringir a participação social às esferas institucionalizadas pode comprometer a ampliação dos direitos e o exercício da cidadania, limitando o próprio avanço dos processos democráticos, visto que os cidadãos podem “(...) *nunca achar o caminho de acesso a esses espaços*” (CORNWALL et al, 2007. p.288).

Embora a Constituição tenha contribuído para a construção de direitos dos cidadãos e para a inclusão da participação social na gestão das políticas públicas, a conjuntura política do momento de sua promulgação e especialmente de toda década de 90 – marcada pela consolidação do neoliberalismo - foi totalmente avessa às suas premissas e comprometeu a concretização do SUS e do controle social (CORREIA, 2005; GERSCHMAN, 2004b), gerando fissuras no campo dos direitos, da cidadania e da democracia no Brasil.

Este processo se aprofundou no decorrer dos anos 90, desencadeando sucessivas reformas constitucionais que subtraíram paulatinamente direitos dos cidadãos, promovendo privatizações, diminuição dos investimentos em políticas públicas, sucateamento do Estado e desemprego estrutural, entre tantos outros impactos que comprometeram seriamente a garantia dos direitos sociais e a manutenção da vida humana. Não obstante, “*a luta pela cidadania continua no cerne do trabalho e das práticas de movimentos sociais (...)*” no país (ROMANO E SHANKLAND, 2007, p.316).

3.3 Movimentos Sociais no Brasil no século XX: um breve retrospecto

A participação da população nos processos de luta social por melhorias das condições de vida da população sempre esteve presente ao longo do século XX no Brasil. Os movimentos e grupos sociais organizados desempenharam importante papel de resistência, crítica e enfrentamento de condições adversas, influenciando as decisões do Estado acerca das políticas adotadas.

Ao longo de todo este século os movimentos sociais transitaram por momentos de maior ou menor articulação, dependendo da conjuntura social e política do país. O contexto de prosperidade econômica vivida no início do século XX, no Brasil, teve grande influência no caráter das lutas sociais que se estabeleceram neste período, visto que as intensas mudanças, decorrentes da economia cafeeira e do surgimento de indústrias, desencadearam uma expansão urbana desordenada e o estabelecimento de novas relações sociais que concorreram para a ascensão de formas distintas de manifestação sociais.

A urbanização acelerada e desorganizada deflagrou o surgimento de endemias e epidemias urbanas e rurais que despertaram a preocupação do Estado em função do risco que traziam à manutenção da economia e da força de trabalho no país, já que as políticas empregadas serviam aos interesses das elites latifundiárias da nação. Diante disso, o Estado adotou medidas de intervenção com caráter autoritário e de controle sobre a população (VERDI, 2002; FINKELMAN, 2002) que se somaram às insatisfações dos operários e produziram um campo fértil para o surgimento das primeiras manifestações sociais urbanas.

Cabe ressaltar que, no que tange à saúde, os únicos mecanismos de proteção social instituídos até então eram associações de auxílio mútuo, em regime privado e facultativo destinado à resolução de problemas referentes à invalidez, doença e morte (LIMA et al, 2005).

De acordo com Gohn (2003a), as articulações sociais no período da primeira república foram marcadas principalmente pela ascensão dos movimentos operários anarco-sindicalistas, cuja influência dos trabalhadores imigrantes foi fundamental em sua formação. Estes trabalhadores se tornaram protagonistas das lutas por melhorias das condições laborais e por acesso aos bens necessários à sua subsistência, imprimindo às ações um caráter de oposição ao Estado, à Igreja e às Forças Armadas e mobilizando-se em torno da organização de congressos e greves que caracterizaram sua forma de atuação.

Contudo, as organizações anarco-sindicalistas não subsistiram na segunda república, pois a ascensão de Vargas ao poder conferiu outro tom à participação social, visto que houve uma valorização das classes populares (GOHN, 2003a) - por meio da implementação de políticas sociais - e, paradoxalmente, um esmorecimento das lutas sociais características do período anterior, em virtude do forte controle exercido pelo Estado sobre os sindicatos, legitimados e controlados pelo governo. Cabe ressaltar que o poder político dos representantes do latifúndio no país não foi rompido, ainda que o projeto nacional desenvolvimentista priorizasse o investimento interno (SILVA, 2004).

No que concerne à luta pela saúde, a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na década de 30, em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões (primeira forma de proteção social instituída em 1923), representou a ênfase do Estado no campo social mencionada acima (FINKELMAN, 2002). Todavia, não prescindiu da atuação de grupos sociais organizados, uma vez que somente as categorias de trabalhadores mais articulados politicamente conseguiram concretizar o acesso à atenção à saúde, evidenciando mais uma vez o importante papel dos movimentos e grupos sociais na conquista de melhores condições de vida da população.

Com o término da ditadura de Vargas e a redemocratização política - entre 1945 e 1964 - ocorre uma efervescência da participação social em todos os níveis, com a formação de inúmeros partidos políticos, (re) articulação dos sindicatos e surgimento de vários movimentos sociais em diferentes regiões do país, que clamavam por reformas de base (com destaque para a Reforma Agrária) e políticas nacionalistas que oferecessem condições dignas de vida para as grandes parcelas da população que migravam do campo para a cidade em busca do sonho de uma vida com mais conforto. Este período foi considerado um dos mais importantes em termos de mobilização social e poder de pressão popular. Ressalta-se que, data desta época, mais precisamente meados da década 1950, a formação das Ligas Camponesas, cujo apoio da Igreja e influência do Partido Comunista Brasileiro foi fundamental em suas origens (GOHN, 2003a).

Entretanto, conforme pondera a autora, o processo histórico desaguou no golpe militar de 1964, inaugurando um longo processo de ditadura que iria novamente desarticular os movimentos sociais, por meio da repressão de suas forças de luta. Nesse sentido, de acordo com Silva (2004), a ditadura representou a aliança entre a elite nacional brasileira e o capital internacional, visando forjar as condições necessárias à instauração do modelo capitalista com base no capital estrangeiro e desarticular os movimentos sociais no campo.

Embora o governo militar tenha exercido forte repressão sobre os grupos sociais organizados, desde o golpe até meados dos anos 70, as forças combativas de esquerda se multiplicaram e encontraram formas de resistir e permanecer lutando na clandestinidade; algumas na luta armada, outras não. Os revolucionários esquerdistas idealizavam estabelecer um novo modelo de sociedade, partindo da luta no campo para a cidade. Sendo assim, a bandeira da Reforma Agrária era base do discurso ideológico e as Revoluções Russa, Cubana e Chinesa constituíram suas fontes de inspiração (Ibidem, 2003a), revelando os referenciais marxistas adotados.

A partir de meados da década de 70 e início dos anos 80, a crise política e econômica instaurada no país gerou um clima de insatisfação popular que promoveu a ascensão de muitos movimentos sociais, articulados em torno da luta pela redemocratização do país. A ala esquerda da Igreja, por meio de seus representantes adeptos da Teologia da Libertação, ofereceu apoio e atuou diretamente na organização das classes populares, tornando-se o principal mediador de alguns destes movimentos (GOHN, 2005; GOHN, 2003 a, b, c; SCHERER-WARREN, 2005; DOIMO 1995). O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra foi forjado neste cenário e representa uma das organizações que teve em suas bases fortes influências da Igreja.

Nesta fase as estratégias de mobilização de massa passaram a ser a principal forma de atuação e a participação se mantinha por laços de pertença às organizações (GOHN, 2003b). Além disso, a autonomia frente ao Estado e o caráter reivindicatório das classes populares constituíram traços marcantes da atuação dos movimentos neste período (GOHN, 2005; SILVA, 2004; VERÁS E BONDUKI, 1986).

Ao final da década de 80 e ao longo dos anos 90, a redemocratização das instituições políticas, o intercâmbio cultural proporcionado por novas formas de comunicação e pela conjuntura mundial da globalização, assim como os problemas advindos da adoção de políticas neoliberais, acarretou a inserção de outras camadas sociais nos processos de luta e a criação de novos canais de interlocução entre a sociedade civil e a sociedade política que imprimiram novos contornos e desafios aos processos de participação social.

De acordo com autores como Seoane (2006), Gohn (2003 a, b, c) e Sherer-Warren (2005), a década de 90 foi marcada pelo surgimento de movimentos sociais que se diferenciaram dos movimentos das décadas de 70 e 80 por apresentarem caráter policlassista, com o envolvimento de diferentes segmentos sociais, assim como por sua atuação mais propositiva e menos reivindicatória, com valorização da participação na elaboração de políticas públicas.

As mobilizações de massa foram substituídas por mobilizações pontuais, motivadas muito mais pela busca de soluções para questões específicas do que por um horizonte comum de transformação estrutural da sociedade (GOMES SILVA, 2004; GOHN, 2003b). A autonomia frente ao Estado deixou de ser o principal eixo articulador e a noção de cidadania assumiu seu lugar (GOHN, 2003b). Ademais, Sherer-Warren (2005) coaduna com a autora com relação aos novos mecanismos empregados pelos movimentos sociais, que passaram a atuar mais em redes, deflagrando a criação de várias articulações, facilitadas, em grande medida, pela ascensão da rede mundial de comunicação.

Não obstante, é importante ressaltar que os movimentos sociais camponeses, marcados por seu caráter de classe e de resistência, recrudesceram nos anos 90 e tiveram grande destaque (GOHN, 2003b), especialmente o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (GOMES SILVA, 2004). Por outro lado, os movimentos urbanos de cunho político-partidário enfraqueceram, assumindo mais força os grupos urbanos vinculados às questões mais universais, relacionadas às lutas mundiais pela paz, pelo compromisso ético-político mundial em defesa da vida, contra a pobreza e a miséria e pelo respeito à dignidade humana, enfatizando a solidariedade individual e a responsabilização da sociedade civil na busca de soluções aos problemas emergentes e persistentes (GOMES SILVA, 2004; GOHN, 2003b).

Nesse sentido, as manifestações assumiram um caráter semelhante às campanhas - cujos principais protagonistas passaram a ser as ONGs - identificadas no Movimento Ética na Política, a Ação da Cidadania contra a miséria e pela vida e o Movimento Viva Rio (Idem, 2004).

No final dos anos 90 e início do século XXI os impactos do capitalismo neoliberal na estrutura das sociedades e o aprofundamento das desigualdades sociais, decorrentes do modelo de globalização adotado, colaboraram para o surgimento de movimentos sociais cuja principal bandeira constituiu (e constitui) a luta contra este modelo de desenvolvimento predatório e concentrador de riquezas (SEOANE, 2006; GOHN, 2003b), representados principalmente pelo movimento antiglobalização e a criação do Fórum Social Mundial (GOHN, 2003b).

De acordo com Seoane (2006), o contexto latino-americano atual passa por um momento de ascensão de movimentos camponeses e indígenas (incluindo também trabalhadores urbanos), cuja expressão pode ser reconhecida nos protestos e práticas que vêm ocorrendo nos últimos anos na Bolívia, Equador, México, Brasil e Argentina. Como exemplo, o autor cita os casos dos movimentos indígenas e cocaleros da Área Andina, os manifestos dos movimentos dos trabalhadores desocupados na Argentina, as experiências dos zapatistas no México, as propostas de auto-gestão de comunidades indígenas do Equador e Bolívia, bem como os assentamentos do MST no Brasil. Além disso, sustenta que os principais mecanismos de luta hoje adotados são as ocupações, marchas e mobilizações (incluindo o bloqueio de estradas) e ressalta que, desde meados dos anos 90, o caráter dos movimentos também se transformou, passando a incluir novas camadas sociais e a defender a participação na gestão do espaço público.

Dado que esta pesquisa aborda uma forma de participação no controle social do SUS e que seus sujeitos são militantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), percorrer as formas de participação dos movimentos sociais no decorrer do século XX no Brasil, alcançando o alvorecer do século XXI, e desvelar a importância que eles apresentaram no processo histórico de lutas e conquistas sociais fornecem elementos que parecem importantes para a análise deste estudo.

3.4 Movimentos sociais, participação e saúde: uma relação estreita

A observação da evolução da participação dos movimentos sociais no século XX revela que a população sempre buscou meios de reagir à repressão e à indiferença das classes dominantes para com as suas demandas. As formas de organização e as características de atuação apresentaram variações que acompanharam a conjuntura política e econômica de cada período e refletiram o modo de relação estabelecido entre a sociedade civil e política ao longo do processo histórico.

Desse modo, independente do teor ideológico das lutas, a atuação dos movimentos sociais no enfrentamento das condições adversas à vida revela o importante papel que eles desempenham na produção social da saúde e na promoção da participação social. É possível perceber que, direta ou indiretamente, a luta pela materialização do direito à saúde sempre se fez presente.

Considerando que a saúde constitui um processo de produção social, sua promoção encontra-se intrinsecamente vinculada às condições materiais de existência e ao

contexto histórico em que se processa. Nesse sentido, a saúde é abordada neste trabalho conforme a ótica de Kleba (2005), como um processo de luta e construção de condições favoráveis à vida.

Assim, a saúde e a participação social mantêm uma relação intrínseca entre si, pois o decurso da participação produz saberes e desenvolve competências que atuam como potenciais de ação que se propagam na direção da transposição dos obstáculos à saúde, potencializando as “condições favoráveis à vida” e reforçando a capacidade de enfrentamento.

Desta forma, a capacidade de mobilização e organização das forças de luta sociais constitui um elemento fundamental nessa produção e expressam o potencial de saúde de uma sociedade (CAMPANA apud KLEBA, 2005), traduzindo as formas como as sociedades se organizam e as condições de vida da mesma. Nessa perspectiva os movimentos sociais ganham destaque, visto serem uma importante forma de organização e associação que revelam a realidade social. Para Bem (2006):

“Os movimentos sociais são os indicadores mais expressivos para a análise do funcionamento das sociedades. (...) deixam entrever mais do que puras carências percebidas e demandas interpostas; eles permitem de fato, o conhecimento do modelo de sociedade dentro da qual se articulam, cujas feridas se tornam, por intermédio deles, materialmente visíveis.” (BEM, 2006. p. 1138):

Portanto, nesta pesquisa, entende-se que os movimentos sociais configuram-se como instrumentos de luta, de enfrentamento coletivo de contradições sociais que se apresentam como obstáculos à satisfação das necessidades coletivas de um dado grupo social (SOUZA, 2004). Sendo assim, percebe-se que, para além da tradução da realidade, os movimentos sociais constituem um *locus* das forças vivas de luta, pois congregam sujeitos que compartilham a insatisfação com determinadas situações e codificam a indignação passiva individual em participação ativa coletiva nos processos de transformação social.

Desse modo, a organização da sociedade em torno da luta política pode ser entendida como determinante da saúde, assim como a saúde também induz mecanismos de participação (TEIXEIRA apud KLEBA, 2005). De acordo com Souza (2004), a participação é o processo de reflexão e ação humana sobre os obstáculos emergentes em sua interação com a natureza e com a sociedade.

Desta forma, a participação é percebida como um processo humano que se materializa no cotidiano da vida e consiste segundo Santos (2004), na intervenção ativa dos sujeitos sobre a realidade que os cerca no sentido de construção da sociedade. Outros autores coadunam com esta visão quando afirmam que “*participar é co- produzir as vivências,*

convivências e o rumo da história.” (WENDHAUSEN et al, 2006, p.143). Participar é, portanto, discutir, ter voz ativa, é conquistar espaços que reverberem essas vozes (Kleba, 2005); significa “*fazer parte, tomar parte e ter parte*” (BORDENAVE, 2007, p.22).

Como se pode notar, a participação apresenta tanto uma dimensão política como pedagógica, pois participar constitui um processo aprendido e desenvolvido pelo ser humano no cotidiano de suas relações sociais. Ninguém nasce sabendo participar, é o exercício da participação que faz com que o homem aprenda a participar e a tomar decisões (BORDENAVE, 2007; SANTOS, 2004), uma vez que “*é decidindo que se aprende a decidir*” (FREIRE, 1999. p.119). Para tanto, o sentimento de pertença emerge como um elemento fundamental em sua determinação (KLEBA, 2005), já que para sentir-se parte e tomar parte, é preciso que isso tenha significação no imaginário dos sujeitos, pois ninguém participa daquilo que não faz sentido para si.

Nessa perspectiva, os aspectos subjetivos e objetivos da participação tornam-se evidentes, uma vez que transformar as condições materiais de existência requer uma postura do ser humano diante da vida, uma atitude que acontece na medida em que este se descobre, se sente, e se assume como autor de sua própria história. Por outro lado, é importante considerar que assumir o comando da própria vida em uma sociedade estratificada em classes e, portanto, contraditória por natureza, é uma atitude que enfrenta constante oposição das classes dominantes e, desse modo, carrega em si o conflito (BORDENAVE, 2007).

Cabe então ressaltar que as dimensões política e pedagógica e os elementos subjetivos e objetivos, inerentes à participação, traduzem sua relação intrínseca com a saúde, na medida em que todos eles se relacionam diretamente com a construção da autonomia dos sujeitos, condição essencial para a promoção da saúde e eixo estrutural da educação popular.

O conceito de autonomia mencionado encontra sentido na elaboração de Freire (1999), segundo o qual:

“A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. (...) Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se construindo na experiência de várias, inúmeras decisões, que vão sendo tomadas.” (FREIRE, 1999. p. 119-120)

Assim sendo, os movimentos sociais apresentam um potencial expressivo na promoção da autonomia dos sujeitos, uma vez que o exercício da participação é inerente à sua existência, e a dinâmica de relação estabelecida no cotidiano destas organizações faz com que elas se tornem terrenos férteis para o desenvolvimento da capacidade de decisão, do diálogo,

da crítica e do consenso, constituindo espaços com dispositivos importantes para o exercício da democracia e colaborando fortemente para a produção da saúde.

Nesse sentido, as experiências de educação popular em saúde desenvolvidas no interior dos movimentos sociais destacam-se como importantes elementos propulsores dessas potencialidades, fortalecendo os processos de mobilização e participação social e traduzindo em sua práxis a estreita ligação existente entre saúde, participação e movimentos sociais.

Estas experiências floresceram no Brasil em meados da década de 70 e representaram o nascimento de uma contra-hegemonia neste campo, uma vez que romperam com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde desenvolvida desde o final do século XIX até esse momento. As práticas implementadas pelo Estado ao longo do século XX, caracterizaram-se como um instrumento para a inculcação na população de determinados padrões de comportamento que deveriam ser adotados pela mesma, e serviu sempre aos interesses das elites políticas e econômicas que as definiam (VASCONCELOS, 2001).

Estas ações baseavam-se na culpabilização do indivíduo e na modificação compulsória de comportamentos por meio da reprodução de informações acerca da história natural da doença (DA ROS, 2005). Todavia, o cenário de crise sócio-econômica e ampliação das desigualdades sociais vivido no Brasil na década de 70, causaram um imenso descontentamento dos cidadãos com as precárias condições de vida e saúde de grandes parcelas da população e criaram um terreno fértil para o surgimento de diferentes formas de reação das classes populares.

O Movimento de Educação Popular em Saúde foi uma destas formas e propôs a (re) significação do papel da educação em saúde e a construção de práticas orientadas sob novas bases, pautadas na pedagogia de Paulo Freire, a qual se tornou norteadora das relações entre as classes populares e os intelectuais. Com a repressão patrocinada pelo regime militar e o enfraquecimento dos espaços populares articulados, como sindicatos, partidos políticos e associações, a população buscou novas formas de resistência e encontrou na Igreja Católica, por meio de sua ala progressista, apoio e proteção (Idem, 2001).

Cabe destacar, no entanto, que havia uma marcante divisão ideológica no interior da Igreja, configurando-se dois grupos: o segmento defensor da ideologia tradicional, identificados com a mentalidade colonizadora e os setores defensores da Teologia da Libertação, ligados às comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e às Pastorais (SILVA, 2004). Esta ala progressista da Igreja desempenhou papel fundamental na articulação de movimentos sociais não somente no Brasil, mas em toda América Latina, onde participou na organização

social e no desenvolvimento de trabalhos de base com as classes populares, tendo inclusive atuado diretamente em lutas armadas e guerrilhas na Guatemala (LOVATO, 2007).

No Brasil, longe dos olhos dos militares, a Igreja ofereceu apoio aos movimentos, possibilitando a inclusão de diversos intelectuais que encontraram neste espaço um meio de propagação de suas idéias e do seu descontentamento com a política estatal que privilegiava a prática mercantilista na saúde (Idem, 2001). A aproximação entre profissionais, técnicos e pesquisadores em saúde comprometidos com as classes populares e militantes, técnicos e lideranças dos movimentos e organizações sociais, desaguou na articulação do Movimento de Educação Popular em Saúde que, reconhecendo a diferença de classes, assumiu a perspectiva de luta das classes dominadas (STOTZ, 2005). Segundo o autor, as experiências de educação popular que originaram este movimento foram ligadas a diferentes propostas de medicina comunitária que se desenvolveram neste período.

A educação popular em saúde surgiu, portanto, como resultado desse processo e dialeticamente o aprofundou, na medida em que as atividades desenvolvidas pautavam-se no fortalecimento das classes populares, por meio da promoção e valorização do cultivo de suas práticas, de suas racionalidades e do fomento à mobilização e organização social, como forma de aprofundar a capacidade crítica dos sujeitos e desenvolver novas estratégias de enfrentamento às condições adversas de vida.

Com relação à concepção de educação popular em saúde, de acordo com Pedrosa (2005):

“Educação popular em saúde é como um bordado em que cada pessoa, cada ator traça um traço e a partir daí é possível reconstruir o coletivo. Educação popular em saúde é como se fosse uma teia que vai unindo as pessoas e fazendo com que juntos descubramos o sentido de viver, de ser e estar no mundo.” (PEDROSA, 2005. p.13):

Diante do exposto, se faz notar que a educação popular em saúde relaciona-se, necessariamente, à promoção da autonomia dos sujeitos; à capacidade dos *sujeitos* perceberem-se, de fato, *sujeitos* na construção de seu processo histórico e reagir às desigualdades sociais; relaciona-se diretamente com a liberdade de *ser sujeito* e, como tal, poder fazer escolhas que lhe convenha e não simplesmente resignar-se e aceitar a diferença de classes como algo inexorável (SEVERO et al, 2007).

Nesse sentido, Freire (1992) coloca que quando os oprimidos descobrem-se sujeitos, deflagram em si um processo de libertação no qual vão desvelando o mundo da

opressão e comprometendo-se, na práxis, com a sua transformação. Desse modo, a educação popular em saúde assume a prática pedagógica como uma ação eminentemente política, e intrinsecamente vinculada à intervenção na realidade e à superação da subordinação das classes dominadas.

Foi com base nestes princípios que a educação popular influenciou a articulação das forças de luta pela saúde, contribuindo expressivamente para a ampliação do debate político neste campo e para a formação do Movimento Popular em Saúde (MOPS), cuja formação foi deliberada no III Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (ENEMEC), realizado em 1981 em Goiânia (STOTZ, 2005).

No bojo das experiências citadas residem as primeiras formas de participação popular na saúde organizadas em esferas colegiadas, como a criação das Comissões de Saúde, que originaram posteriormente os Conselhos Populares de Saúde, organizados pelo movimento de saúde da zona leste de São Paulo em 1979 (BÓGUS et al 2003; STOTZ, 2005), além da formação de Comissões e de um Conselho Regional de Saúde, em Goiás, vinculada a uma experiência de educação popular que vigorou entre outubro de 1978 e outubro de 1979, denominada “Meio Grito” (Idem, 2005).

Ademais, segundo o autor, a reivindicação pelo direito de participação popular nas deliberações das políticas públicas de saúde também foi enunciada pelo Movimento Amigos do Bairro de Nova Iguaçu/RJ em 1978, período em que foi realizado um trabalho de educação popular com a comunidade de Cabuçu, situada neste município.

Ainda no que se refere ao MOPS, Doimo (1995), comenta que sua origem contou com o apoio da rede institucional da Igreja Católica, por meio dos representantes da Teologia da Libertação, tendo ligações com as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), com médicos ativistas junto à Pastoral da Saúde, com intelectuais vinculados à ‘nova esquerda’, além de outros segmentos que teriam composto este movimento. Com efeito, os relatos de Stotz (2005) sobre as experiências de educação popular em saúde que deram origem ao MOPS referem suas vinculações com organismos da Igreja.

Por outro lado, cabe ressaltar que a conjuntura política do momento precipitou a organização de diferentes segmentos da sociedade civil em movimentos sociais que compartilhavam a luta por melhores condições de saúde da população e pela redemocratização do país (GERSCHMAN, 2004; SOUZA, 2004). Os diversos movimentos

sociais que emergiram nesse contexto foram fundamentais para a reconquista da democracia e a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

A ascensão do Movimento Sanitário e a gestação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra também aconteceram em meados da década de 70, e desempenharam papel determinante no processo de luta por transformações sociais no país. Com relação ao Movimento Sanitário - maior protagonista da luta pela Reforma Sanitária - embora tenha surgido no meio acadêmico (DA ROS, 2005; ESCOREL, 1998), articulou-se em seu decurso com outras forças de luta.

Nesse sentido, há relatos de sua vinculação com a Pastoral da Saúde e com o Movimento Popular em Saúde nas vertentes da região Sul do Brasil (Idem, 2005), evidenciando mais uma vez a presença da Igreja na articulação dos movimentos sociais. Segundo o autor, representante desta vertente, este movimento foi constituído por sete raízes, entre elas a Pastoral da Saúde e o Movimento Popular em Saúde, que se mostravam insatisfeitas com as condições de vida da população e juntas assumiram como bandeiras: a luta contra a ditadura militar e o complexo médico-industrial, e a busca de construção de um Sistema Único de Saúde (com equidade e universalidade) organizado em níveis de complexidade crescente.

Após a conquista da Reforma Sanitária no final da década de 80 e com a entrada dos anos 90, o Movimento Sanitário concentrou-se no processo de implantação do SUS e, segundo Escorel (1998), passou a institucionalizar-se, na medida em que enfatizou a ocupação das esferas públicas, afastando-se da base popular. Nesse período, as políticas neoliberais se encontravam em franca expansão e repercutiram negativamente nos processos de mobilização social e na concretização do sistema. Como reação, algumas tentativas de reativação da luta pela saúde emergiram em 1991, dentre as quais a proposta de formação de uma articulação nacional entre os movimentos de educação popular em saúde (SEVERO et al, 2007).

Todavia, ela somente foi concretizada em 2003, com a criação da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), que contou com a participação de diversos atores e movimentos sociais (Idem, 2007), entre eles, a Rede de Educação Popular em Saúde (criada em 1998), o Movimento Popular em Saúde (MOPS) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Atualmente a ANEPS desenvolve ações em diversos estados do Brasil e caracteriza-se como uma importante articulação contra-hegemônica no campo da saúde -

pautada no vínculo entre profissionais de saúde, meio acadêmico e movimentos sociais - cujos objetivos incluem a defesa do SUS e do controle social e o fortalecimento das práticas populares de saúde.

Em relação ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, suas origens, organização e formas de atuação serão abordadas em um tópico próprio, uma vez que constitui o sujeito desta pesquisa. No entanto, cabe ressaltar que sua gestação, ao final da década de 70, evidencia que a conjuntura desta fase propiciou não somente o surgimento de movimentos sociais determinantes na construção da Reforma Sanitária brasileira como também na estruturação de movimentos sociais cujas propostas extrapolavam a questão sanitária e resgatavam demandas históricas da construção social no Brasil - caso da luta pela terra.

3.4.1 Participação em Saúde no Brasil

Ao observar as manifestações sociais ao longo do tempo, percebe-se que suas características de atuação sofreram alterações em seu decurso, apresentando matizes que também são encontrados nos modos de atuação no campo da saúde. Nesse sentido, a literatura relacionada à participação na saúde adotada nesta pesquisa, ancorada na categorização da participação proposta por Antônio Ivo de Carvalho, a distingue em três formas (ou momentos): participação comunitária, participação popular e participação social, que serão abordadas com o fito de contribuir para a identificação das estratégias de participação do MST no controle social do SUS.

Por outro lado, esta categorização parece importante na medida em que a própria garantia de participação da sociedade civil na gestão do SUS foi instituída na Constituição de 1988 em seu artigo 198, inciso III, e na Lei 8080/90 e 8142/90 como “*participação da comunidade*” e, posteriormente, mencionada na Resolução 33/92 e 333/03 como “*participação da sociedade civil organizada*” no controle social do SUS. Esta mudança de termos representa, no campo epistemológico, uma alteração conceitual que merece destaque, pois entre a participação comunitária e a participação social existe expressivo distanciamento referente às origens, às bases que a compõem, ao papel a cumprir, e especialmente, à relação entre a sociedade civil e a sociedade política (Estado).

3.4.1.1 Participação Comunitária

Abordar a participação comunitária requer, primeiramente, que o conceito de comunidade seja definido para melhor compreensão do caráter desta forma de atuação. Nesse sentido, Carvalho (1995), em sua análise sobre a participação em saúde no Brasil, sustenta que a concepção de comunidade adotada como base desta forma de participação se referia a um conceito genérico de origem funcionalista, que:

“(...) designa difusamente um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo “meio ambiente”, ou seja, compartilham o que se poderia chamar de “condições ecológicas” de existência, independentemente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem. A comunidade é assim definida como social e culturalmente homogênea, o que lhe confere e cria uma identidade própria e uma suposta predisposição à solidariedade, ao sentido coletivo e, por que não, ao trabalho voluntário de auto-ajuda.” (CARVALHO, 1995. p.16),

Por outro lado, de acordo com Kalina e Kovadloff (1978) a origem da comunidade está relacionada à concepção grega de cidade. Na *pólis* os interesses eram coletivos e ela representava o lócus do diálogo, das relações humanas e da confraternização, um local da vida comunitária política, cultural, moral e econômica, onde o homem conseguia ser ele mesmo; não era um local vinculado especificamente à produção e ao trabalho.

Contudo, esse sentido de identidade coletiva e valorização social do homem se perdeu tanto na *urbs* romana como nas cidades medievais, sendo resgatado apenas com o advento da revolução urbano-industrial no século XX. Neste período, os impactos na desestruturação das relações sociais, na família e na comunidade, decorrentes da ascensão da racionalidade das relações produtivas como regente de todas as relações humanas, despertou o interesse pelo resgate da pequena comunidade (SOUZA, 2004). Esta autora ainda menciona o conceito de comunidade proposto por Arleen Johnson, segundo o qual, trata-se de: *“um grupo de pessoas reunido em qualquer área geográfica, grande ou pequena, que tenham interesses comuns, reconhecidos ou reconhecíveis no campo de bem-estar social”*

O conceito de Arleen Johnson carrega consigo os sentidos que apresentam coerência para a autora desta pesquisa. Contudo, não representa a concepção presente nos fundamentos da participação comunitária aqui abordada.

Segundo Carvalho (1995), a origem da participação comunitária remonta ao início do século XX nos Estados Unidos e relaciona-se à ascensão do movimento de medicina comunitária, nascido com o objetivo de oferecer uma forma de assistência à saúde voltada às camadas pobres da população. Esta forma de participação irrompe uma nova relação entre a sociedade e o Estado e, embora tenha encontrado obstáculos à disseminação na sociedade

americana, representou um grande avanço para a época. Na América Latina esta proposta ganhou corpo somente na década de 50, com a introdução de programas de desenvolvimento econômico e social patrocinados por instituições americanas que propunham ações de organização e participação comunitária como instrumento de melhoria da qualidade de vida.

De acordo com este autor, a medicina comunitária expressa uma mudança na concepção de saúde que por sua vez delinea o modo como a participação é interpretada neste contexto. Embora a preocupação estrita com a higiene do meio se desloque para a intervenção na relação entre o homem e o meio ambiente, abarcando elementos culturais e sociais, os riscos sanitários ainda são atribuídos a uma dimensão meramente técnica, ignorando completamente a responsabilidade política. Esta percepção faz com que a participação comunitária seja idolatrada como sendo a solução para a pobreza e as doenças, uma vez que ela se torna um meio de concretizar os serviços de saúde pública.

Desse modo, a participação comunitária nasce vinculada aos valores de solidariedade, auto-ajuda e voluntarismo, com um papel muito vinculado à idéia de cooperação com as políticas institucionais, inclusive com atuação na execução de ações sanitárias propostas pelo Estado. Seus preceitos permanecem com o reaparecimento da medicina comunitária na década de 60 nos Estados Unidos e ganham força a partir deste momento (Idem, 1995). Na década de 70, no Brasil, a necessidade de recrutamento da comunidade como mecanismo de vencer as doenças e a pobreza e ampliar a cobertura dos serviços de saúde é consenso no campo da saúde, e se expressa também internacionalmente, sendo defendida na Assembléia da Organização Mundial de Saúde realizada em 1975, na qual seu diretor geral referiu que:

“para vencer a dramática falta de médicos no mundo inteiro é indispensável aproveitar todo pessoal disponível, as parteiras curiosas, o pessoal de nível elementar e até mesmo os curandeiros”. (FINKELMANN, 2002. p.244)

Nesse sentido, Valla (1998) faz uma crítica à relação do Estado com a população, argumentando que ela somente é recrutada a participar em momentos em que ele perde o controle de determinados problemas, comumente identificados em situações de epidemias, nos quais se individualiza a responsabilidade pela doença e se obscurece a falta de comprometimento dos governos para com as demandas da população.

Como se pode notar, a participação comunitária se relaciona diretamente a um instrumento de efetivação das políticas de saúde implementadas pelo Estado e ao fortalecimento das relações entre os membros de um dado grupo social que compartilha de

mesmas condições materiais de existência e busca, por meio da cooperação, a superação dos problemas.

Cabe esclarecer que os Conselhos Comunitários, criados durante a ditadura militar, constituíram-se em espaços de negociação entre movimentos populares e o poder público, atuando basicamente como apaziguadores de situações de conflito. Estes Conselhos caracterizaram-se como esferas consultivas, fortemente manipuladas pelo governo, que buscava, por meio de mecanismos de cooptação de lideranças, ampliação de apoio político das classes populares (GOHN, 2003c).

3.4.1.2 Participação Popular:

A participação popular difere da participação comunitária em seu espectro de atuação, na medida em que sua categoria central deixa de ser a *comunidade* e passa a ser o *povo*, entendido como o segmento populacional que compartilha da exclusão do acesso aos bens e serviços públicos (CARVALHO, 1995).

Desta forma, na participação popular as causas dos problemas de saúde passam a ser atribuídas às questões políticas e não meramente técnicas; e o local de participação não se restringe mais aos serviços vinculados ao setor de saúde, passando a ser o conjunto da sociedade e o Estado, conforme afirma o autor:

“Não se trata mais de comunidades enfrentando um meio ambiente desfavorável, e sim de um povo de excluídos social, econômica e politicamente em luta contra um Estado cuja lógica é a de favorecer os já favorecidos. As melhorias sociais são obtidas através de conquistas, o acesso deve ser obtido através da pressão, do movimento. A participação passa a ter o sentido explícito de luta e contestação.” (CARVALHO, 1995. p. 22):

Nota-se, portanto, uma concepção de Estado que coaduna com a teoria de Marx -embora a luta possa ser entendida como conquista de cidadania - visto que esta esfera é concebida pelos movimentos sociais da época como um espaço restrito de dominação e dissociado da sociedade civil. Esta ótica marxista clássica é coerente com a conjuntura deste momento histórico, uma vez que a repressão da ditadura militar não permitia vislumbrar uma brecha neste espaço, restando à sociedade civil o papel de oposição direta ao opressor, isto é, ao Estado.

Com efeito, a crise política e econômica da década de 70 se expressou em todos os campos da vida social, revelando profundas desigualdades na distribuição de renda e evidenciando as precárias condições de vida de grandes parcelas da população que sofriam

com o arrocho salarial, com a falta de acesso aos serviços de saúde e às condições de infraestrutura e habitação, agravadas pelo quadro de recrudescimento de doenças infecciosas no país (FINKELMAN, 2002) que traduziam um Estado à serviço das classes dominantes.

Esta conjuntura propiciou um terreno fértil para a efervescência da participação popular por meio de diversos movimentos sociais que se formaram e que passaram a lutar contra a ditadura militar e por melhorias nas condições de vida da população (GERSCHMAN, 2004; SOUZA, 2004), refletindo a tomada de consciência da classe popular frente a sua condição de oprimida. No campo da saúde não foi diferente, e a participação acompanhou a forma de atuação dos movimentos sociais urbanos, adotando seus referenciais teóricos marcados pela doutrina marxista e desenvolvendo lutas de cunho reivindicatório e com caráter de classe (CARVALHO, 1995).

De acordo com Gohn (2003c), os movimentos sociais que emergiram na década de 70 tinham teor reivindicatório e interpretavam o Estado como inimigo, apostando na idéia de construção de um contra-poder popular, da articulação de forças independente do aparelho estatal. Com efeito, o Movimento de Educação Popular em Saúde nascido nesse período enfatizava a organização das classes populares com o fito de despertá-las à reflexão crítica e à luta política por acesso a bens e serviços públicos de responsabilidade do Estado. Contudo, cabe ressaltar que este movimento não se limitou à reivindicação de políticas públicas, incluindo em sua trajetória a luta pela construção de canais de interlocução entre a sociedade civil e o Estado, materializados na formação dos Conselhos Populares de Saúde, organizados especificamente pelo movimento de saúde da zona leste de São Paulo (STOTZ, 2005).

Os Conselhos Populares tinham como eixo central a democracia e fundamentavam-se nos princípios da autonomia e auto-gestão, tendo grande destaque no campo da saúde e na área da habitação, especialmente na cidade de São Paulo (Gohn, 2003c). Além disso, é importante destacar que a luta pelo direito de participação da população na gestão da coisa pública foi uma das grandes bandeiras do Movimento Sanitário, ainda que sua base não tenha advindo das classes populares.

Desse modo, nota-se que o processo de amadurecimento da participação na saúde conduziu à construção de novos mecanismos de atuação que ganharam força no decorrer dos anos 80 e se consolidaram ao longo da década de 90 no Brasil.

3.4.1.3 Participação Social:

A retomada da democracia no Brasil nos anos 80 inaugurou um período de transformação nas relações entre o Estado e a sociedade civil que propiciou a inserção de novos atores sociais e a construção de espaços de interlocução que imprimiram outros contornos à participação dos movimentos sociais e da população nas lutas políticas em geral.

De acordo com Carvalho (1995), a categoria central da participação na saúde, nesta época, deixou de ser a comunidade ou o povo e passou a ser a *sociedade*. Sendo assim, seus protagonistas já não se referiam somente aos grupos excluídos por problemas técnicos do sistema, como foi concebido na participação comunitária, ou às classes populares marginalizadas pela lógica do sistema, implícita na participação popular, mas ao conjunto dos cidadãos que compõem a sociedade, abarcando a diversidade de posições e interesses presentes nesta esfera e conformando a forma de atuação denominada pelo autor de participação social.

Conforme este autor, os mecanismos de ação se deslocam da oposição ao Estado e de manifestações reivindicatórias e passam a incluir a luta pela ocupação de espaços dentro da arena estatal, passando a requerer a participação nos processos decisórios das políticas públicas, refletindo assim uma nova concepção de sociedade civil e Estado e vinculando a participação a uma perspectiva ampliada do exercício da cidadania. Nesse sentido, autores como Quevedo e Iokoi (2007), Scherer-Warren (2005) e Gohn (2003 b, c), também destacam que os movimentos sociais no final dos anos 80, e especialmente na década 90, assumem outra postura de luta, passando a valorizar a participação na deliberação das políticas, ampliando sua composição com outros segmentos sociais e priorizando o controle social do Estado.

Desta forma, tanto a heterogeneidade da sociedade civil como a abertura à participação institucional, traduzem uma visão de Estado como uma esfera de disputa pela hegemonia - identificada com a teoria de Gramsci abordada anteriormente - uma vez que a participação adquire o caráter de luta dentro do aparelho estatal, evidenciando a crença na permeabilidade do Estado às demandas das classes subordinadas.

Esta forma de participação no campo da saúde foi impulsionada pela Reforma Sanitária brasileira e a instituição da garantia da participação da sociedade no controle social do SUS, inscrito na Constituição de 1988 (GERSCHMAN, 2004a; CORREIA, 2005). A conquista deste direito deflagrou novas relações sociais e traduziu referenciais teóricos com outras interpretações acerca das estratégias de transformação da sociedade.

Sinalizadas as características principais da participação social na saúde, cabe realçar que, embora a participação seja citada na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90 como “participação da comunidade”, o contexto em que foi construída indica que seus pressupostos buscavam instituir o que Carvalho (1995) denomina de “participação social”, visto que carregam consigo uma concepção de Estado ampliado, uma vez que estabelecem canais de participação passíveis de se fazer disputa e, segundo Correia (2005), resistência.

Não obstante, as três formas de participação apresentadas (comunitária, popular e social) não devem, contudo, ser interpretadas como categorias rígidas, mas como momentos que apresentam elementos que ora poderão estar mais ou menos presentes, pois se trata da expressão das forças vivas da sociedade civil e dos movimentos sociais e, como pondera Gonçalves (2004. p. 270): *“Afinal, movimento é, literalmente, mudança de lugar e, assim, todo movimento social é, de alguma forma, em maior ou menor grau, portador de uma configuração social possível.”*

3.5 Participação no controle social do SUS

Antes de adentrar o tema do controle social do SUS, é importante ressaltar que a perspectiva de controle social adotada neste trabalho, e consoante com o princípio do SUS, vai de encontro à concepção historicamente construída no campo da saúde pública.

As políticas de saúde implementadas pelo Estado brasileiro em suas primeiras intervenções, no início do século XX, foram marcadas por uma relação autoritária com a população e adotadas na ótica do exercício do controle estatal sobre a sociedade civil, inseridas em um contexto político em que estas ações constituíam um imperativo à manutenção da economia e a reprodução da força de trabalho (VERDI, 2002). No entanto, a adoção de políticas sanitárias pautadas em uma concepção de controle do Estado sobre a sociedade não constitui uma medida circunscrita ao âmbito nacional e emergente no referido século.

Ao contrário, suas origens localizam-se na Europa do século XVII, na formação do Estado moderno e instituição do monarquismo absolutista (CARVALHO, 1995). A concepção de Estado vigente no período relacionava-o estritamente ao acúmulo do poder, de modo que qualquer política implementada visava consolidá-lo. Para tal, a sociedade e a economia deveriam estar à serviço deste fim, de modo que tudo que vinha ao encontro deste objetivo era concebido como um bem à sociedade (ROSEN, 1994).

Com base nesse pressuposto, a expansão da população, o cuidado e o exercício do controle sobre o povo eram considerados elementos fundamentais para o enriquecimento e aumento do poder estatal e determinaram as primeiras intervenções do Estado no campo da saúde (Idem, 1994). De acordo com o autor, estas ações eram direcionadas ao ambiente e ao combate das condições insalubres, tanto em nível coletivo como individual, mas sempre determinadas verticalmente, sendo a população considerada alvo, e não sujeito.

No século XIX, com as descobertas de Pasteur e a ascensão da microbiologia, as medidas sanitárias passaram a ser dirigidas para o controle dos corpos, isto é, intervenção direta e compulsória no corpo biológico das pessoas e grupos sociais, traduzida no cenário brasileiro no modelo sanitarista campanhista do início do século XX (CARVALHO, 1995). Tendo em vista que estas políticas atravessaram o século e também se expressaram no modo de educação em saúde implementado, a mudança na concepção de controle social somente sofreu transformações expressivas com o advento da Reforma Sanitária brasileira.

A criação do SUS e do princípio do controle social como o controle da sociedade civil sobre o Estado, realizada na década de 1980, aconteceu em um cenário político e econômico marcado por uma grave crise internacional que afetou a economia mundial e teve como resposta um processo marcante de internacionalização dos mercados, dos sistemas produtivos e da tendência à unificação monetária que resultou no enfraquecimento da autonomia dos Estados nacionais (FERRER, 2004; LAURELL, 2000; ANDERSON, 1995).

Na América Latina os efeitos dessa crise reforçaram um modelo que vinha sendo aplicado por organismos internacionais, cujos princípios pregados eram os já estabelecidos no “Consenso de Washington”, os quais enfocavam políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, centradas na redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social (FERRER, 2004; LAURELL, 2000; ANDERSON, 1995).

No âmbito da saúde, o Banco Mundial e o FMI passaram a formular e difundir uma agenda baseada nesses novos princípios, consoantes com o modelo neoliberal e sua política do “Estado mínimo”, estabelecendo uma “nova ordem mundial” que repercutiu seriamente no campo da Saúde Pública (PAIM E FILHO, 2000; CORREIA, 2005).

Da mesma forma, Cohn e Elias (1996) colocam que:

“(…) a onda econômica neoliberal, originada na década de 80 nos países centrais – inicialmente na Inglaterra e Estados Unidos – dissemina-se pelo mundo capitalista alcançando os países periféricos, entre os quais o Brasil, e causando impactos na área da saúde.” (COHN E ELIAS, 1996. p. 58)

Paradoxalmente, neste cenário foi travada a luta social pela construção do SUS - liderada pelo Movimento Sanitário - e pela garantia do direito à participação social nas definições das políticas de saúde, definida como um de seus princípios e denominada posteriormente de controle social do SUS. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada durante o período de redemocratização do país, incluiu em seus temas três questões principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, priorizando as relações entre saúde e cidadania (FINKELMAN, 2002).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o acontecimento político-sanitário mais importante da década em virtude do seu caráter democrático e da maciça adesão de diferentes setores da sociedade (MENDES, 1999). A luta histórica do Movimento Sanitário se refletiu na aprovação de um capítulo sobre a saúde na Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a garantia da participação social na sua gestão, configurando um fato inédito no país (ESCOREL, 1999).

A consagração da saúde como um direito de todos e dever do Estado e a instituição do controle social do SUS, garantidos na Constituição Federal, inaugurou uma nova fase no que se refere às relações entre a sociedade civil e a sociedade política. A proposta do SUS refletiu um projeto consoante com a construção da cidadania, tanto por representar uma conquista social como por incluir em seus princípios a descentralização das ações e serviços de saúde e a participação da comunidade (MENDES 1999), aproximando a população do processo de elaboração e tomada de decisão sobre as políticas de saúde adequadas às demandas da realidade local. Sendo assim, os princípios e diretrizes do SUS representaram um novo objeto na agenda sanitária brasileira que deve ser visto como uma “(...) *situação-objetivo a ser alcançada no processo de construção do SUS*” (Ibidem 1999, p.124).

Deste modo, percebe-se que o contexto de democratização do país e as transformações políticas da década de 1980 contribuíram para a redefinição das relações entre a sociedade civil e o Estado e favoreceram a instituição da participação da sociedade civil nos processos decisórios das políticas públicas brasileiras (CORDEIRO et al, 2007; CORREIA, 2005; GERSCHMAN, 2004). Contudo, conforme mencionado, as políticas neoliberais disseminadas na América Latina neste mesmo período vieram de encontro aos princípios universalizantes do SUS e constituíram importantes entraves à consolidação do sistema durante a década de 1990.

A instituição do princípio do controle social do SUS, contemplado na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde 8142/90 e, mais recentemente, na Resolução 333/03, como um dos princípios organizativos do sistema de saúde garantiu a participação da sociedade civil na definição, fiscalização e acompanhamento das políticas de saúde implementadas pelos gestores nas três esferas de governo, inclusive com relação aos recursos disponibilizados (GAMARRA JÚNIOR, 2006; CORREIA, 2005; GERSCHMAN, 2004a, b; BRASIL, 2003; CARVALHO E SANTOS, 2002; WENDHAUSEN E CAPONI, 2002).

Nesse sentido, Felisbino e Nunes (2000) afirmam que ele é a expressão mais evidente da inscrição da democracia na constituição do SUS, pois representa uma forma de compartilhar o poder, expressa na participação da sociedade civil no exercício do poder político. Da mesma forma, Carvalho e Santos (2002) e Wendhausen e Cardoso (2007) também afirmam que o controle social sobre as ações e serviços de saúde constitui um dos pilares do sistema e sua garantia, conforme pondera Garrafa (apud FORTES, 1997), justificase em função de ser a saúde um bem público e, sendo assim, não pode ser regida por padrões éticos deliberados de forma unilateral.

A Lei 8142/90 estabelece os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde como instâncias de participação social, referidas como “participação da comunidade”, instituídos em cada esfera de governo (CARVALHO E SANTOS, 2002). As conferências de saúde têm caráter consultivo e são periódicas, realizadas a cada quatro anos, devendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde e têm o papel de auscultar a sociedade acerca de suas demandas de saúde e debater e formular soluções conjuntas para esses problemas, delineando coletivamente a política de saúde a ser desenvolvida pelos gestores, em cada nível de governo (Idem, 2002).

Por outro lado, os Conselhos de Saúde, em suas esferas nacional, estadual e municipal, têm caráter deliberativo e permanente, constituindo-se em órgãos colegiados compostos de forma paritária por 50% de representantes dos usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003). Os Conselhos são responsáveis pela formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo (Idem, 2003).

Cabe destacar que tanto os conselhos quanto as conferências não foram instituídos a partir de um vazio constitucional. Ao contrário, a grande maioria dos conselhos tem suas raízes nas antigas Comissões Interinstitucionais, existentes desde meados da década

de 1980. Estas Comissões foram criadas em 1984, juntamente com a implantação do programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), ganhando destaque a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde e a Comissão Local Interinstitucional de Saúde por incluir o envolvimento de entidades representativas da população local, tornando-se importantes espaços de debate sobre o setor e construindo um canal de representação política dentro da organização estatal (CORTES, 2002).

Com relação às origens da participação social na deliberação das políticas públicas de saúde, é importante resgatar a importância das experiências dos Conselhos Populares de Saúde, abordados anteriormente em outros tópicos, uma vez que constituíram espaços de participação que colaboraram para a construção deste direito. Por outro lado, faz-se oportuno realçar que o Conselho Nacional de Saúde existe desde 1937, mas seu funcionamento somente passou a ter regularidade a partir de 1970, com as alterações realizadas por meio do Decreto 63300/70 (CARVALHO, 1995). Na época de sua criação, este órgão foi vinculado ao Ministério da Educação e Saúde e tinha apenas a função de assistência ao ministério.

Após o decreto, em 1970 o Conselho Nacional de Saúde foi definido como um órgão consultivo, cuja função se limitava à apreciação de questões referentes à saúde quando o ministério julgasse necessário e sua composição garantia ao governo seu total controle, servindo como um instrumento de legitimação de suas políticas, pois entre os dezesseis membros que compunham o órgão, doze eram escolhidos diretamente pelo Poder Executivo e os outros quatro indiretamente (Idem, 1995).

Deste modo, ainda segundo este autor, entre 1970 e 1990, o Conselho Nacional de Saúde não teve nenhuma participação expressiva na orientação dos rumos das políticas de saúde no país e quando foi criado o novo Conselho, por meio do Decreto 99438/90, àquele já estava praticamente extinto e sua função também não encontrava mais ressonância na conjuntura do momento. Assim, embora a figura do Conselho Nacional de Saúde exista há mais setenta anos, foi somente a partir da Reforma Sanitária de 1988, e concretamente a partir da década de 90, que a sociedade passou a interferir na definição das políticas públicas de saúde.

A conquista do direito de participação social na gestão do SUS e a operacionalização da diretriz acarretaram profundas mudanças na forma de atuação do Estado brasileiro no campo social (LUCCHESI, 2003). O surgimento de mais de 5500 Conselhos de Saúde no Brasil, colocou o setor de saúde em posição de destaque, não somente internamente,

como também na América Latina (LABRA e FIGUEIREDO, 2002), tornando os Conselhos o principal órgão de controle social do SUS (WENDHAUSEN e CAPONI, 2002).

Por outro lado, com o fortalecimento do neoliberalismo ao longo dos anos 90, inúmeras políticas liberalizantes foram adotadas e se transformaram em obstáculos conjunturais que exacerbaram as barreiras estruturais já existentes à concretização dos princípios do SUS. A imensa desigualdade social no país e as características do federalismo brasileiro, assim como a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído, constituem também barreiras estruturais que prejudicaram e ainda representam desafios à implementação do sistema (LEVCOVITZ et. al., 2001). Nesse sentido, o aperfeiçoamento da gestão do SUS é citado como um dos mais importantes requisitos para que os objetivos do sistema sejam alcançados (BARATA et. al., 2003).

A criação de canais de participação da sociedade civil organizada nos processos decisórios das políticas de saúde representou um importante avanço no que tange à democratização dos processos decisórios na área da saúde (MORITA et al, 2006; LABRA, 2005; GERSCHMAN, 2004a; CORTES, 2002) e constitui uma possibilidade de maior permeabilidade das instituições brasileiras aos setores sociais tradicionalmente excluídos do processo político (WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007; CORTES, 2002), constituindo, como pondera Gerschman (2004b), condição para a consolidação da democracia, ao mesmo tempo em que são frutos da democratização do país.

Todavia, é importante lembrar que os Conselhos de Saúde constituem uma arena de disputa e, como tal, são permeados por contradições e interesses distintos, onde vence a proposta do segmento com maior poder de persuasão (CORREIA, 2005). Sendo assim, tanto podem favorecer processos de transformação como servir à manutenção do *status quo*, pois conforme alerta a autora:

“(...) os mecanismos de controle sobre as ações do Estado são mecanismos de democracia burguesa, que têm limites. (...) podem se constituir em instrumentos de gestão do capital ou de resistência à sua reprodução ampliada (...) é como tal que esses mecanismos devem ser fortalecidos e ampliados.” (CORREIA, 2005. p.41):

Nesse sentido, percebe-se que a participação dos movimentos sociais e de toda sociedade civil é condição – embora não seja a única - *sine qua non* para que estes espaços, de fato, se consagrem como instâncias democráticas de construção das políticas de saúde, pois o direito à saúde se constrói na dinâmica da vida social e, como afirma Guizardi e Pinheiro (2006), a participação política é uma condição e instrumento indispensável nesse processo. A

participação ativa da sociedade civil organizada nos Conselhos de Saúde confere a eles potencial de se transformar em *locus* de condensação de forças sociais. Desta forma, o controle social implica na capacidade de intervenção dos movimentos sociais na gestão da política pública de saúde (CORREIA, 2005).

No entanto, percebe-se que não é aconselhável que a participação social na elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde esteja desvinculada de processos de participação em todos os âmbitos da sociedade civil e política que possibilitem intervir nas condições estruturais da sociedade (BRASIL, 1992), pois conforme mencionado, as instâncias de participação instituídas apresentam limites inerentes à natureza do sistema no qual está inserida.

Não obstante, os novos arranjos institucionais contribuíram para a incorporação expressiva de atores sociais na tomada de decisão política e envolvem hoje quase cem mil conselheiros de saúde distribuídos em mais de 5500 Conselhos de Saúde criados no país (STRALEN et al., 2006; CORREIA, 2005; LABRA, 2005). Embora este fenômeno represente uma inovação política, institucional e cultural, extremamente relevante do ponto de vista do avanço da democracia e do SUS (LABRA, 2005), muitos são os problemas presentes no funcionamento e na dinâmica destes colegiados, especialmente no que se refere à capacidade de intervenção dos representantes dos usuários (WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007; GUIZARDI e PINHEIRO, 2006; LABRA 2005; WENDHAUSEN e CAPONI 2002), segmento que abarca os movimentos sociais.

A análise de Guizard e Pinheiro (2006) acerca da participação de um movimento popular em Conselho de Saúde, especificamente dos agentes da Pastoral da Saúde, nos municípios de Vitória e Vila Velha no Estado do Espírito Santo, evidenciou a presença de relações assimétricas de poder entre os representantes desta organização e os conselheiros representantes do segmento governamental. Este fenômeno também é apontado em estudos realizados por Wendhausen e Cardoso (2007) e Wendhausen e Caponi (2002) com Conselhos de Saúde e revelam a existência de relações desiguais de poder entre os representantes dos segmentos dos usuários e do governo, os quais, por sua vez, comumente fazem uso de estratégias no sentido de reforçar seu poder.

Por outro lado, existem também obstáculos relatados em pesquisas que indicam a existência, nos Conselhos de Saúde, de práticas de cooptação de lideranças em troca de favores, falta de acesso às informações, utilização da linguagem técnica e desarticulação dos conselheiros com suas bases, elementos que comprometem seriamente a

representatividade e a legitimidade dos representantes e do próprio colegiado (CORDEIRO et al, 2007; WENDHAUSEN e CARDOSO, 2007; GUIZARDI e PEREIRA, 2006; CORREIA, 2005).

Ademais, embora a Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde estabeleça que a presidência do Conselho deva ser escolhida mediante eleição, o exercício dessa função por Secretários de Saúde é muito freqüente (CORDEIRO et al, 2007) e constitui outro elemento que interfere na democratização destes espaços. Além disso, a fragilidade da mobilização das entidades representadas nestas esferas é um sério problema e reflete, na realidade, a desmobilização da sociedade no contexto atual (CORREIA, 2005). Segundo Gerschman (2004b), a participação da sociedade civil nos Conselhos tornou-se meramente virtual diante da conjuntura neoliberal dos anos 90 e os movimentos populares em saúde desapareceram da cena social e política.

Desta forma, nota-se que muitos são os desafios com relação à consolidação dos espaços institucionais de participação no controle social do SUS. Os limites parecem estar vinculados a uma série de fatores, alguns estruturais outros conjunturais e há ainda àqueles vinculados à cultura política construída historicamente em nosso país. Contudo, ainda que seja fundamental avaliar e refletir sobre as formas de controle social estabelecidas, a conquista do direito da sociedade civil participar das deliberações sobre as políticas de saúde constitui um avanço inquestionável pelos autores que discutem este tema e essencial para o avanço da consolidação do direito à saúde.

3.6 Retrospecto histórico da luta pela terra: sementes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)

Abordar as origens do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) remete necessariamente às resistências e lutas pela terra materializadas no Brasil desde seu descobrimento. Estas lutas sempre estiveram presentes no decurso histórico, ainda que tenham apresentado diferentes matizes ao longo dos séculos. O MST, como representante de um movimento social do campo, carrega consigo essas heranças e cultua essas experiências como parte de seu patrimônio histórico e cultural que lhe fornece elementos para prosseguir neste processo em pleno século XXI (CALDART, 2004; LAUREANO, 2007).

De acordo com Silva (2004), a expansão do capitalismo mercantilista no século XV e o domínio das áreas indígenas pelos colonizadores em toda região da América Latina causou profundas alterações nestas sociedades e determinou as origens da

concentração agrária que viria a se perpetuar ao longo dos séculos. Desde a chegada dos europeus e a apropriação das terras indígenas com a submissão destes povos aos desígnios de seus “descobridores” os conflitos no campo se inscreveram na história latino-americana.

Segundo o autor, com a posterior ascensão do capitalismo industrial e a necessidade de expansão dos mercados europeus essa exploração foi renovada por meio da aliança entre as elites locais - interessadas na manutenção da estrutura social e obtenção de benefícios - e o capital industrial, acentuando as contradições sociais e a pobreza no campo e estabelecendo uma forma de inserção subordinada ao capital estrangeiro. Deste modo, nota-se que desde a América colonial, a elite dominante sempre se articulou com o capital estrangeiro com o fito de manter o *status quo*, impedindo a democratização do acesso à terra e fazendo com que a possibilidade de transformação social somente pudesse advir das contestações populares, notadamente das revoltas camponesas.

No Brasil, do mesmo modo, estes processos se originaram no período colonial (século XVI) e perpetuaram-se no Império e na República, consolidando a estrutura agrária brasileira centrada no latifúndio, na produção para o mercado externo e em sua inserção subordinada ao capital internacional, com ausência de investimentos na produção para o mercado interno, cristalizando a concentração de terras em poder de uma pequena camada da elite brasileira. O desenvolvimento da primeira cultura agrícola iniciada no século XVI - cultivo da cana-de-açúcar - estabeleceu o latifúndio como o tipo de propriedade dominante, visto que as características de produção e comercialização exigiam grandes extensões de plantação (Ibidem, 2004).

Contudo, as forças de resistência também se manifestaram desde a colonização, destacando-se a Confederação dos Tamoios e a luta dos Povos Guaranis no sul do país, cujo líder Sepé Tiaraju tornou-se símbolo da resistência indígena à apropriação da terra e escravização indígena antes da substituição pelo trabalho escravo negro (LAUREANO, 2007). As primeiras manifestações de luta contra a escravidão negra datam do século XVI e XVII, com a constituição dos quilombos - territórios livres e socializados onde conviviam índios, negros e trabalhadores livres - que se tornaram símbolos da luta negra e indígena pelo direito à liberdade e tiveram no Quilombo dos Palmares sua maior experiência, visto que esse povoado chegou a abrigar 20 mil pessoas na metade do século XVII. Seu maior líder foi Zumbi dos Palmares, referência maior na luta contra a escravidão no país e fonte de inspiração dos integrantes do MST na atualidade (Idem, 2007).

No século XVIII, após o declínio da cultura da cana e com o desenvolvimento do capitalismo industrial na Europa, o Brasil retomou a cultura extensiva e passou a cultivar o

algodão e o café, intensificando a concentração da propriedade da terra e a dependência econômica externa (SILVA, 2004). Todavia, as lutas contra a escravidão e o latifúndio mantiveram-se ao longo do tempo, ainda que a desigualdade de acesso à terra tenha se consolidado fortemente no século XIX, com a instituição da Lei de Terras (LAUREANO, 2007).

A necessidade de reprodução do capitalismo e da manutenção da exploração da força de trabalho - diante do prenúncio do fim do trabalho escravo - implicou na criação antecipada de mecanismos que viessem a garantir a propriedade privada da terra. Desse modo, em 1850 o Brasil instituiu a Lei de Terras que veio, posteriormente, a cristalizar a exclusão dos camponeses e ex-escravos do acesso à terra, uma vez que estabelecia a necessidade de sua aquisição, garantindo assim o monopólio da propriedade às oligarquias agrárias. A extinção do trabalho escravo e a mudança da propriedade fundiária conduziram ao deslocamento do capital, anteriormente concentrado no escravo e no tráfico negreiro, para a terra, transformando o monopólio de classe sobre o trabalhador escravo em monopólio de classe sobre a terra (MARTINS, 1986).

Este monopólio se expressou no período da primeira República por meio da dominação política dos coronéis na esfera do Estado, controlando e utilizando as classes populares, especialmente os trabalhadores rurais, como instrumento de legitimação de seu poder através do voto a cabresto (SILVA, 2004; MARTINS, 1986). Cabe ressaltar que ao longo da história brasileira o coronelismo e o latifúndio sempre se articularam e constituíram os principais adversários políticos das organizações dos trabalhadores rurais. Por outro lado, as lutas camponesas também se fizeram sempre presentes e materializaram-se na transição do Império para a República e no início do século XX em diversas revoltas, destacando-se a Guerra de Canudos, a Guerra do Contestado e o Movimento do Cangaço, entre outras (LAUREANO, 2007; MARTINS, 1986).

Com relação à Guerra de Canudos, realizada no sertão nordestino entre 1847 e 1897 e liderada por Antônio Conselheiro, é considerada atualmente uma das grandes experiências de resistência e organização camponesa, embora todos tenham sido massacrados pelas tropas do governo. A comunidade organizada no lugar denominado de Belo Monte chegou a abarcar 10 mil pessoas vivendo em uma proposta de organização social distinta do modo competitivo capitalista, pautada na solidariedade e cooperação, onde todos os membros tinham acesso à terra e à produção (Ibidem, 2007). Embora ela seja compreendida por correntes tradicionais como um movimento messiânico de cunho religioso, os historiadores contemporâneos lhe atribuem um caráter social-libertário (GOHN, 2003a).

Já a Guerra do Contestado, ocorrida na região sul do Brasil entre 1912 e 1916, é considerada uma revolta messiânica que envolveu camponeses sem terras, posseiros e pequenos proprietários e consistiu em uma luta popular camponesa que, assim como Canudos, visava construir uma forma de organização social que rompesse com a república do latifúndio, com a pobreza e o domínio dos coronéis. Ambas as revoltas foram combatidas pelos latifundiários e pelo governo em nome da defesa da república, quando na verdade visava conter a mobilização social dos pobres do campo (MARTINS, 1986).

Da mesma forma que Canudos e Contestado, o Movimento do Cangaço (1925-1938) também refletiu uma luta dos camponeses e sem-terra contra a dominação dos coronéis, embora seja considerado uma espécie de ‘banditismo social’ que, em verdade, sempre existiu no Nordeste e exacerbou-se com o coronelismo vigente na República. Diante da marginalidade e supressão de condições dignas de vida, os integrantes deste movimento, denominados de cangaceiros, optaram por realizar ataques armados às comunidades e fazendas da região nordeste do país como forma de solucionar sua situação de exclusão social (LAUREANO, 2007).

Silva (2004) destaca a radicalidade das lutas camponesas no Brasil como reflexo do contraste entre a marginalização dos camponeses e sem-terra de um lado e a rigidez da estrutura social por outro, determinando, segundo o autor, a luta por uma reforma agrária radical como única opção, exemplificada por ele como os casos dos movimentos messiânicos, do cangaço, das Ligas Camponesas e, recentemente, do MST. Referindo-se ao movimento do cangaço, Fernandes (2000, p.32) pondera que: *“nas terras onde a lei não alcança o coronel porque ele é ou está acima da lei, restou bem pouco à resistência camponesa a não ser a rebelião.”*

Deste modo, nota-se que a concentração de terras em poder da elite política e econômica do país representa uma marca da formação social brasileira e revela as origens das desigualdades sociais, assim como os mecanismos de reação desenvolvidos pelos camponeses com intuito de construir respostas à manutenção e reprodução de sua existência.

Assim sendo, a luta pela terra e por sua redistribuição pelo Estado, isto é, a implementação de uma política de Reforma Agrária, constitui, portanto, uma reivindicação histórica dos camponeses tanto no Brasil como em toda América Latina e, a despeito das políticas apresentarem características tão distintas entre os países latino-americanos, após as primeiras experiências adotadas no início do século XX, revelam semelhanças negativas em seus resultados que parecem vincular-se às características do modo de produção capitalista (SAMPAIO, 2005). Em todos os países deste continente os povos camponeses representam

atualmente o grupo populacional mais pobre, que apresenta os piores indicadores de saúde e os menores índices de expectativa de vida (Idem, 2005).

De acordo com o autor, as reformas agrárias latino-americanas podem ser classificadas em três subconjuntos: as reformas advindas de revoluções agrárias, cujas alterações na estrutura fundiária foram profundas, caso que se aplica à Revolução Mexicana (1910) e à Revolução Boliviana (1952); as reformas agrárias que geraram processos de desconcentração de terra importante e originaram um sub-setor camponês tradicional intermediário - dedicado à produção para subsistência e comércio do excedente – realizadas na Guatemala, Chile, Peru, Nicarágua e El Salvador; e as reformas pontuais e superficiais - patrocinadas em sua maioria pelos Estados Unidos com o objetivo velado de conter a disseminação da Revolução Cubana - ocorridas em países como o Brasil, Venezuela, Equador, Colômbia, Honduras, República Dominicana e Paraguai.

No caso do Brasil, embora a luta pela terra sempre tenha existido, foi em meados do século XX, especificamente a partir de 1955, que surgiram as organizações camponesas mais expressivas, denominadas Ligas Camponesas, anteriormente mencionadas (FERNANDES, 2000; MARTINS, 1986). Este movimento mobilizou por dez anos camponeses brasileiros, propiciando condições dignas de vida a milhares de cidadãos que se engajaram em suas lutas, especialmente na região nordeste, ainda que tenham se alastrado por todo país, atingindo 20 estados brasileiros e 2.181 Ligas em todo território nacional em 1964 (LAUREANO, 2007). Com o fim da ditadura de Vargas em 1945, se restabeleceu uma atmosfera propícia às mobilizações de massa camponesa, uma vez que a formação dos sindicatos no período Getulista, embora fosse legal, enfrentava obstáculos burocráticos que praticamente inviabilizava sua conformação, pois necessitava do aval do Ministério do Trabalho (Idem, 1986).

As Ligas Camponesas foram associações de trabalhadores rurais que surgiram em 1955 e sobreviveram até o golpe militar de 1964. Elas nasceram a partir de um conflito ocorrido no Engenho da Galiléia, em Vitória de Santo Antão em Pernambuco, apoiadas pelo advogado e líder dos camponeses, Francisco Julião, e pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), tornando-se um movimento camponês de luta pela Reforma Agrária, com repercussão em nível nacional (MARTINS, 1986; FERNANDES, 2000). A visibilidade nacional que as Ligas alcançaram resultou de intensas mobilizações massivas deflagradas por meio de estratégias de participação consideradas inovadoras naquele momento histórico, como as marchas, comícios e congressos (LAUREANO, 2007).

É importante ressaltar que um ano antes da formação das Ligas Camponesas o PCB havia criado a União dos Trabalhadores e Lavradores Agrícolas (ULTAB) com intuito de formar uma aliança política entre os camponeses e os operários, lançando as sementes do que viria posteriormente conformar a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), fundada em 1963, fruto de um acordo entre os filiados à ULTAB e os membros da Igreja Católica, defensores da criação da CONTAG. Nesta mesma década foi também formado um movimento camponês no estado do Rio Grande do Sul, apoiado pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), denominado Movimento dos Agricultores sem Terra (MASTER), (FERNANDES, 2000; MARTINS, 1986) cujo caráter diferenciava-se das Ligas Camponesas em virtude de lutarem para adentrar a terra, enquanto as Ligas resistiam para não sair dela (Idem, 2000).

Com o golpe militar de 1964 e a repressão política, os movimentos camponeses foram desarticulados, ressurgindo somente no final da década de 70, com a ascensão do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). De acordo com Silva (2004), o golpe militar teve como objetivos conter as tensões no campo e a ameaça de reformas de base que vinham sendo reivindicadas, bem como viabilizar a introdução de um novo modelo capitalista alicerçado no capital internacional. A internacionalização da produção impulsionada pelos países desenvolvidos induziu transformações radicais no modelo agrícola brasileiro que passou a adotar políticas de “modernização” da agricultura, pautadas na intensificação do uso do solo, na mecanização e utilização de insumos químicos, subordinando a agricultura à indústria e inserindo o Brasil no cenário mundial de forma também subordinada (ARAÚJO, 2007; SILVA, 2004).

Este modelo adotado resultou em diversas transformações sócio-econômicas, destacando-se o aprofundamento da concentração agrária, o crescimento do êxodo rural, o aumento dos conflitos no campo e a proletarização dos camponeses, fatos que exacerbaram as desigualdades sociais e colaboraram para o surgimento do MST (ARAÚJO, 2007; CALDART, 2004; SILVA, 2004). Além disso, as mudanças na conjuntura política e nas relações sociais, assim como a atuação da Igreja junto aos camponeses, por meio de sua ala representante da Teologia da Libertação, também são apontadas como elementos propulsores da formação deste movimento social (LAUREANO, 2007; CALDART, 2004; SILVA, 2004).

3.7 O MST e o Coletivo Nacional de Saúde: o processo de construção

O MST foi formado oficialmente no ano de 1984, no 1º Encontro Nacional de Trabalhadores Sem Terra, realizado na cidade de Cascavel, no Estado do Paraná (COLETTI, 2004, MIRZA, 2006; CALDART, 2004; SILVA, 2004), no qual estiveram presentes 92 pessoas (LAUREANO, 2007) de 12 estados do Brasil (CALDART, 2004). Neste Encontro foram estabelecidos os objetivos do movimento, a saber: a luta pela terra, pela Reforma Agrária e por justiça social, ratificados no ano seguinte durante o I Congresso Nacional (COLETTI, 2006; CALDART, 2004; SCHERER-WARREN, 2002; FERNANDES, 2000).

As origens de seu processo de formação encontram-se na região centro-sul do país, especialmente nas lutas desenvolvidas no estado do Rio Grande do Sul (RS) entre 1979 e 1984. A ocupação da Fazenda Encruzilhada Natalino (RS), realizada em 1980, é considerada um marco simbólico da gênese do movimento (LAUREANO, 2007; CALDART, 2004; SILVA, 2004;) em virtude da repercussão nacional que alcançou e do apoio que recebeu da sociedade, terminando por se configurar como um signo da luta pela redemocratização do país (LAUREANO, 2007; CALDART, 2004). Ademais, algumas lutas desenvolvidas neste período nos estados do Paraná, Santa Catarina, São Paulo e Mato Grosso do Sul também foram fatores que corroboraram a formação deste movimento.

Do mesmo modo, a participação da Igreja, católica e luterana, é destacada como um fator essencial em sua constituição, inicialmente por meio das atividades das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), atuantes desde a metade da década de 1960, e posteriormente fortalecidas com a formação da Comissão Pastoral da Terra (CPT) em 1975, cujas ações orientavam-se no sentido da promoção da conscientização dos camponeses acerca da necessidade de sua organização e mobilização social para lutar por seus direitos e superar as condições de opressão a que eram submetidos (LAUREANO, 2007; CALDART, 2004). A influência da CPT e o convívio ecumênico são apontados pelos autores como fatores que contribuíram para a conformação de uma unidade no movimento em nível nacional. Além disso, algumas características marcantes da Igreja foram inscritas no MST e se transformaram em signos deste movimento, como é o caso da *mística*¹, cuja inspiração advém desta influência religiosa.

¹ De acordo com Caldart (2004, p.208-209), o MST *“trata a mística como sendo o ‘tempero da luta’ (...) sua lógica de significação não se expressa tanto em palavras mas muito mais em gestos, em símbolos, em emoções.”* Diz respeito a *“um sentimento muito forte que une as pessoas em torno de objetivos comuns (...)”*. De fato, é difícil explicar a *mística*, é preciso senti-la. Porém, racionalmente, é possível dizer que ela promove o sentimento

A análise da trajetória do MST realizada por Roseli Caldart (2004) identifica três momentos distintos que revelam o modo como ele foi tecendo suas relações e se constituindo enquanto movimento, refletindo os desafios interpostos em seu processo e as estratégias de enfrentamento adotadas. A primeira fase, correspondente ao período de sua formação até 1986/87, teve como objetivo principal a luta pela terra, simbolizado na palavra de ordem adotada no I Congresso Nacional (1985): “*Ocupação é a única solução!*” (Ibidem, 2004, p.114). Este momento foi marcado: (a) pela escolha dos camponeses em engajar-se na luta e assumir o papel de sujeitos de sua própria história; (b) pela definição do *jeito de lutar* e das *formas de luta* que seriam desenvolvidas (Ibidem, 2004, p.121); e (c) pela construção da identidade Sem Terra, referida pela autora (Ibidem, 2004, p.129) como “*a passagem do sem-rosto a cidadão*”².

Cabe destacar três decisões importantes que foram tomadas neste momento e que viriam a nortear a atuação do movimento em seu percurso: a primeira delas se refere à definição da ocupação da terra como a principal estratégia de luta; a segunda diz respeito à opção do MST pela adoção de uma postura de *lutador* perante a sociedade - ao contrário da figura de *coitado* defendida nesse momento pela Igreja - (Ibidem, 2004, p.124) e a terceira relaciona-se à decisão de formar um movimento nacional.

O segundo momento iniciado em 1986/87 e vigente até a atualidade, caracterizou-se pela ampliação da agenda política do MST, que passou a inserir em sua pauta outras lutas convergentes à Reforma Agrária, constituindo a fase em que o movimento inicia sua conformação, ainda em marcha, em “*uma organização social dentro de um movimento de massas*”, também denominado por alguns grupos de “*organização de massas*”, isto é, um movimento que possui uma estrutura organizacional interna que viabiliza a continuidade das ações mas que também mantém sua característica “*de massas*”, ou seja, de envolvimento e mobilização de grandes contingentes de pessoas, aberto à participação de qualquer interessado (Ibidem, 2004, p.130).

Com relação ao terceiro momento, deflagrado a partir do III Congresso Nacional, realizado em 1995, corresponde à fase em que o MST passa a se engajar na luta pelo desenvolvimento de um projeto popular para o Brasil, se envolvendo em questões políticas e sociais referentes ao conjunto da classe trabalhadora e da sociedade brasileira e

de pertença, de confraternização do coletivo, de valorização das conquistas cotidianas e da luta, por meio de uma espécie de ritual de celebração diário destinado para tal.

² Citado por Roseli Caldart (2004) em alusão ao título de uma Dissertação de Mestrado realizada na área do Direito Constitucional de autoria de José Carlos Garcia: “*De sem-rosto a cidadão. A luta pelo reconhecimento dos sem-terra como sujeitos no ambiente constitucional brasileiro*”, 1998.

mobilizando-se em torno de temas que dizem respeito aos destinos da Nação (CALDART, 2004). É importante ressaltar que os objetivos do movimento estabelecidos desde sua fundação oficial nunca se restringiram somente à luta pela terra, embora ela tenha sido mais enfocada em seu período inicial. Percebe-se que à medida que o MST ampliava sua base e acumulava experiências, sua atuação política alargava-se, como revela a categorização proposta por Roseli Caldart.

A ampliação da participação política do movimento e seus direcionamentos também podem ser observados nos próprios lemas dos Congressos Nacionais realizados pelo MST ao longo dos 24 anos de sua trajetória. Em seu I Congresso Nacional, realizado em 1985, o lema foi: “*Sem Reforma Agrária não há Democracia* (e a palavra de ordem “*Ocupação é a única solução*”); em 1990, no II Congresso, mudou para: “*Ocupar, resistir e produzir*”; em 1995, no III Congresso, passou a ser: “*Reforma Agrária, uma luta de todos*”, no ano 2000, no IV Congresso foi adotado: “*Reforma Agrária: por um Brasil sem latifúndio*” e por fim, em seu último e V Congresso realizado em 2005, o lema passou a ser: “*Reforma Agrária: por justiça social e soberania popular*” (MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA, 2008). A mudança dos lemas traduz os movimentos que o MST vem fazendo no que concerne à organização, mobilização e articulação “com” e “na” sociedade civil e política.

A capacidade de organização e mobilização que o MST apresenta constitui os elementos que mais despertam a atenção da sociedade (civil e política) e é também um de seus principais diferenciais com relação às experiências anteriores de lutas camponesas. Seu caráter popular (a) é considerado uma das três características que definem este movimento, sendo as outras duas referentes ao seu componente de luta sindical (b) e ao fato de ser um movimento político (c) (CALDART, 2004; FERNANDES, 2000).

Em relação ao caráter de movimento popular, representa um elemento fundamental pois significa a abertura do MST à participação de qualquer pessoa que se identifique com sua causa, independente de ser ou não camponês. Ele é um movimento de massa, ou seja, é aberto, e justamente por isso possui uma dinâmica muito grande. Em função de ser um movimento de famílias sem-terra, não se limita ao gênero, idade ou fase produtiva, possibilitando a participação de todas as gerações. Além disso, a inexistência de exigência de filiação formal - comum nos sindicatos - favorece a dinâmica, pois a qualquer momento e em qualquer lugar é possível começar a participar (LAUREANO, 2007; FERNANDES, 2000), revelando que “*no MST tudo é movimento, no sentido mais literal da palavra*” (Idem, 2007, p.84).

A consciência da necessidade da participação de todos, indistintamente, foi desenvolvida em seu processo de formação, à medida que o movimento percebeu que a luta não poderia se limitar à terra, uma vez que constituía “*uma luta permanente pela dignidade e pela vida*” (FERNANDES, 2000, p.84), ou seja, uma luta pelo direito ao exercício da cidadania (CALDART, 2004). Com efeito, Araújo (2007) destaca que por trás da luta pela redistribuição da terra, o que os Sem Terra buscam, em verdade, é a conquista do direito de cidadania, o respeito aos direitos fundamentais do homem, direito que, para eles, apresenta uma condição *sina qua non*: o acesso à terra.

Assim sendo, “*conquistando a terra, estão conquistando cidadania*” (Idem, 2007, p.313) e, tendo em vista que no Estado Democrático de Direito ela somente se constrói por meio da mobilização social e da participação política, ao organizar os trabalhadores rurais em torno desta luta, o MST promove o resgate da cidadania (Ibidem, 2007), ou de outra forma, “*a passagem do sem-rosto a cidadão*” (CALDART, 2004. p.129). Desse modo, a conquista da terra representa a transição de um modelo social em que os Sem Terra são representados como um povo *clandestino* para uma condição de um povo *com destino* (ARIAS, 2002, p.90), sujeito de sua própria história e detentor do direito de lutar por seus direitos.

Essa representação da terra, cujos sentidos extrapolam o concreto e adentram outras dimensões simbólicas, cristalizadas na expressão do bispo Casaldáliga: “*Terra é mais do que terra*” (Ibidem, 2004. p.28) explica, de certo modo, outra característica que define o MST: a existência de seu componente sindical de luta no sentido corporativo, isto é, de luta que não se restringe à terra, mas que inclui demandas específicas dos assentados, necessidades relacionadas ao direito à saúde, educação, acesso ao crédito, estradas, entre tantas que vão surgindo após a conquista da terra e que tem gerado a ampliação de suas frentes de luta, ao mesmo tempo em que têm sido inseridas em um contexto mais amplo de luta pela Reforma Agrária (Ibidem, 2004).

Nesse sentido, a articulação entre os interesses corporativos e os de classe é apontada como o motivo da sobrevivência do MST. O componente político do movimento, terceiro e último elemento que o define, reside justamente na consciência (do MST) de que a luta pela terra e por Reforma Agrária somente pode ser entendida *no contexto da luta de classes* (FERNANDES, 2000. p.85). Tendo em vista que o movimento almeja a construção de uma sociedade socialista, faz sentido que sua luta seja pautada em uma perspectiva ampla. A participação em questões que extrapolam a luta pela terra é ressaltada como o principal fator que consolidou seu caráter político (LAUREANO, 2007).

Com efeito, o MST hoje representa o principal interlocutor entre o Estado e os sem-terra (MARQUES, 2006) e ocupa lugar de destaque no cenário nacional por sua participação ativa no debate sobre os rumos da política do país. Além disso, sua articulação com a Via Campesina também tem fortalecido sua atuação em nível internacional, especialmente na América Latina (Idem, 2006). No Brasil, atualmente está presente em 24 estados da federação (LAUREANO, 2007), tendo 75.730 famílias em 585 acampamentos e 108.849 famílias em 1490 assentamentos (COLETTI, 2006). Suas principais estratégias de luta são as ocupações de latifúndios improdutivos e de prédios públicos, as marchas e mobilizações (LAUREANO, 2007; SIMONETTI, 2007; COLETTI, 2006; MIRZA, 2006; CALDART, 2004) incluindo bloqueios de estradas e ferrovias.

Diante de tamanha abrangência, o MST possui uma estrutura organizacional bastante complexa, constituída pela combinação de duas lógicas de organização que buscam viabilizar a continuidade da luta pela terra, por meio da mobilização de massas, bem como dar conta das demandas advindas da conquista da terra pertinentes ao cotidiano da vida nos assentamentos. Ademais, existem princípios organizativos que regem o movimento e conferem a ele uma dinâmica própria, destacando-se: a direção coletiva, divisão de tarefas, disciplina, planejamento, estudo, formação de quadros, vinculação dos dirigentes com a base e crítica e autocrítica permanente (CALDART, 2004).

Com relação à estrutura organizativa, a direção é descentralizada e cada dirigente representa um determinado número de famílias (LAUREANO, 2007). Esquemáticamente, existem duas organizações: uma vertical e uma horizontal. A organização vertical tem sua raiz nos Núcleos de Base, isto é, núcleos de famílias dos acampamentos e assentamentos. Aproximadamente cada 10 famílias formam um núcleo de base e sua direção é formada por cinco pessoas: um homem, uma mulher, um representante para secretariar as reuniões e dois representantes responsáveis pelas finanças (Idem, 2007).

O conjunto de cinco núcleos de base (pode variar entre 5 e 50), formam um grupo denominado de 'brigada', que por sua vez elege um coordenador, ou seja, um dirigente que pode ser um homem ou uma mulher. O conjunto de todos os coordenadores de brigadas do estado formam a Coordenação Estadual, cujas reuniões acontecem com periodicidade mensal. Por conseguinte, a Coordenação Estadual elege dois representantes, necessariamente um homem e uma mulher, para compor a Coordenação Nacional, que também conta com delegados dos setores de atividade do movimento. A Coordenação Nacional se reúne trimestralmente e representa a instância executiva máxima no MST. Ela se responsabiliza pela representação pública do movimento e implementa as resoluções definidas nos Congressos e

Encontros Nacionais, respeitando a descentralização da aplicação das decisões e a autonomia dos estados e municípios (MIRZA, 2006).

O Congresso Nacional é o órgão máximo do MST, realizado a cada cinco anos, no qual participam delegados de todos os assentamentos e acampamentos do país, além de assessores, colaboradores e amigos do movimento. Nele são definidas as grandes linhas de ação, realizados estudos, trocas de experiências e o fortalecimento da identidade do movimento (LAUREANO, 2007; MIRZA, 2006). Além do Congresso, são realizados Encontros Nacionais a cada dois anos com intuito de debater as plataformas de luta adequadas à conjuntura política e econômica do momento, tendo em conta as demandas do movimento.

Os Encontros também são destinados à eleição, por meio de votação secreta, dos representantes da Direção Nacional, instância máxima responsável pela definição das linhas políticas do MST (MIRZA, 2006), composta por vinte e um membros eleitos, necessariamente, com mais de 50% dos votos para um mandato de dois anos (LAUREANO, 2007; MIRZA, 2006). Em nível estadual existem também Direções Estaduais, responsáveis pela discussão das diretrizes políticas nesta esfera. Além disso, existe uma espécie de infraestrutura que também faz parte da organização e é composta pelas Secretarias Estaduais e por três Secretarias Nacionais situadas em capitais do país.

Já a organização horizontal, refere-se aos setores de atividade do movimento, como saúde, educação, produção, formação, comunicação e imprensa, frente de massas, direitos humanos, entre outros (MIRZA, 2006). Eles se estruturam em Coletivos, existentes desde a base até o nível nacional, e atuam em cada uma das instâncias mencionadas, seja nos núcleos de base, nas brigadas, nas coordenações e direções e assim por diante. Cada um dos setores possui sua agenda política e estabelece suas ações de acordo com as demandas específicas sem, contudo, se desvincular das grandes lutas do movimento.

O Setor de Saúde do MST é composto pelo Coletivo Nacional de Saúde (CNS), pelo Coletivo Reduzido, pelos Coletivos Estaduais e por Coletivos de Saúde dos acampamentos e assentamentos. Conforme exposto anteriormente, o Coletivo Nacional de Saúde representa a maior instância de debate sobre as estratégias políticas no campo da saúde no interior do movimento. É composto por dois representantes de cada estado em que o MST é presente, normalmente membros dos Coletivos Estaduais. Por conseguinte, estes são responsáveis pela organização do setor em cada região e pela implementação das ações definidas pelo Coletivo Nacional, respeitadas as especificidades de cada estado.

O Coletivo Reduzido é composto por cerca de sete a dez pessoas, membros do Coletivo Nacional, e atua como uma espécie de Grupo de Trabalho (GT) do CNS,

desempenhando um papel tanto operacional, oferecendo suporte aos estados, realizando articulação entre as diferentes regiões e atuando na organização dos Encontros nacionais, como também de debate político. Caber ressaltar, no entanto, que todas as discussões políticas realizadas no âmbito do Coletivo Reduzido necessariamente são debatidas pelo Coletivo Nacional e precisam ser aprovadas nesta instância para que sejam implementadas. O CNS se reúne aproximadamente duas vezes por ano e os Coletivos Estaduais possuem autonomia para estabelecer a periodicidade de suas reuniões, variando de acordo com o grau de organização do setor em cada região e das próprias demandas de saúde do local.

As práticas populares de saúde sempre existiram no movimento, visto que a necessidade de dar respostas aos problemas surgidos na dinâmica da vida social dos acampamentos e assentamentos também se fez presente desde o princípio do processo de luta, embora a saúde somente tenha se estruturado organicamente como Setor no final da década de 90, precisamente em 1998 (CARNEIRO, 2007; DAROS et al, 2007). Neste ano foi realizada uma oficina nacional em Brasília com a participação de representantes dos 23 estados brasileiros, resultando na criação do Coletivo Nacional de Saúde. Este encontro estabeleceu as diretrizes norteadoras da luta pela saúde, incluindo questões relacionadas à educação, produção e moradia. Destaca-se que a luta pela terra foi então enfatizada como um direito fundante para que as pessoas possam ter acesso às condições de saúde, vida digna e bem-estar (CARNEIRO, 2007).

Inicialmente o Setor de Saúde se concentrou no desenvolvimento de ações curativistas, centradas na doença e voltadas à produção de medicamentos fitoterápicos, como pomadas, tinturas e xaropes, reproduzindo a concepção biomédica de saúde hegemônica na sociedade. A mudança de abordagem e a ampliação do conceito de saúde no Setor iniciaram somente em 2000, com a organização da I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde, realizada no Instituto Cajamar em São Paulo e considerada o marco da transformação da perspectiva de ação nesse campo (DAROS et al, 2007).

Neste encontro do Coletivo Nacional de Saúde estiveram presentes coordenadores do Setor de 21 estados e as reflexões sobre as práticas e a concepção de saúde vigente conduziram à constatação dos limites das atividades até então desenvolvidas, uma vez que não ofereciam respostas suficientes às demandas em saúde existentes nos acampamentos e assentamentos e refletiam, do mesmo modo, um conceito de saúde limitado à dimensão biológica do ser humano, ignorando questões como o *direito à saúde, as relações entre educação e saúde e o foco em uma vida saudável* vinculada à manutenção da luta por transformações sociais em consonância com os objetivos do MST (Idem, 2007. p.132).

O principal resultado deste encontro foi a elaboração de um material educativo com objetivo de expressar o conceito de saúde do MST, editado na forma de uma cartilha. A partir deste momento o tema da saúde começou a se inserir de forma mais pronunciada nos debates do movimento e nos projetos de Reforma Agrária (Ibidem, 2007), evidenciando a importância do Coletivo Nacional de Saúde na promoção da politização deste tema.

Com a mudança de foco da atenção à doença e ao indivíduo para a complexidade das dimensões que envolvem a construção da saúde na dinâmica das relações sociais, o CNS sentiu a necessidade de investir na formação de quadros técnicos, nascendo assim a idéia da construção do Curso Técnico em Saúde Comunitária. O processo de construção do projeto político-pedagógico deste curso envolveu a busca minuciosa de educadores e educadoras comprometidos com a concepção ampliada de saúde e dispostos a romper com os moldes tradicionais dos cursos técnicos vigentes, uma vez que estes divergiam dos objetivos do MST e não contemplavam as demandas específicas da população do campo (Ibidem, 2007).

Não obstante, durante a fase de elaboração da proposta os primeiros traços do curso expressaram contradições em função da ênfase conferida ao estudo da doença, ainda que o intuito fosse ultrapassar a concepção biomédica e introduzir uma nova forma de conceber a saúde. A mudança de direção aconteceu após a colaboração de um docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina que auxiliou no processo de reflexão sobre o desenho do projeto almejado pelo Coletivo (Idem, 2007).

O passo seguinte foi a decisão de desenvolvê-lo no Instituto de Educação Josué de Castro (IEJC), uma escola que tem como mantenedora o Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária (ITERRA), vinculada ao projeto político-pedagógico do MST. Esta escola localiza-se no município de Veranópolis, no estado do Rio Grande do Sul, e desenvolve cursos de nível médio/técnico e formação de professores, formando militantes e técnicos para atuação nas áreas de Reforma Agrária vinculadas ao MST (CERIOLI E CALDART, 2007).

O referido curso tornou-se um dos principais eixos de ação do Coletivo Nacional de Saúde e iniciou sua primeira turma em 2001, contando com a participação de militantes de todas as regiões do país e deflagrando um processo que viria a replicar-se posteriormente em outros estados, tornando a educação popular em saúde o “carro-chefe” das ações desenvolvidas pelo Coletivo. Atualmente o ITERRA já formou duas turmas e a terceira encontra-se em andamento. Além disso, foram também criados cursos nos estados do Paraná,

Bahia e Maranhão. De acordo com Daros et al (2007. p.135-136), os objetivos gerais e específicos do curso são os seguintes:

- Formar educadores populares em saúde com uma concepção integral da saúde para atuar no campo.
- Proporcionar ao educando a compreensão do processo saúde-doença, capacitando-o a intervir para transformar a realidade.
- Formar educadores inscritos na luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu controle social.
- Proporcionar o acesso à escolarização de nível médio para jovens e adultos (pela integração curricular entre ensino médio e curso técnico).
- Formar educadores em saúde capacitados a articular os saberes científicos e tradicionais para promover a saúde no campo.
- Capacitar os educandos em saúde para um processo de reflexão, planejamento, execução e avaliação de ações em saúde que fortaleçam o desenvolvimento do campo na perspectiva dos/as camponeses/as.

Percebe-se que a educação popular, amplamente difundida no MST e desenvolvida desde sua origem nos trabalhos de base relacionados também à saúde, é reiterada como eixo da educação formal proposta pelo Curso Técnico em Saúde Comunitária. Como mencionado, a educação popular em saúde constituiu um movimento próprio que promoveu a articulação e a mobilização social das classes populares e contribuiu decisivamente para a formação de movimentos sociais como o MST. Desse modo, não se trata meramente do cultivo de práticas populares de saúde, mas sobretudo de uma concepção da educação como parte estruturante da dinâmica das relações sociais e relacionada diretamente com a promoção da consciência crítica dos sujeitos e com a transformação da realidade social.

Assim sendo, a educação para o MST é muito mais do que escola, é “também” escola. É processo de formação humana vivenciado no cotidiano de sua própria construção histórica e, desse modo, permeia todas as ações do movimento (CALDART, 2004). A escola

representa então um dos espaços de formação, entre tantos outros presentes no viver humano, mas não menos importante. Por esse motivo a luta pela educação e pela escola foi incorporada, desde suas origens, à luta pela Reforma Agrária e pelo direito de participação na construção de um novo modelo de sociedade (CALDART, 2004) e é também por isso que, após uma ocupação de terra, ela é a primeira a entrar em funcionamento, seja *debaixo de uma grande árvore* ou simplesmente em uma *antiga cocheira do latifúndio* (LAUREANO, 2007. p.97).

Com relação ao Curso Técnico em Saúde Comunitária, possui uma carga horária de formação técnica de 1800 horas, divididas em oito etapas com duração de três anos e meio. É importante ressaltar que sua dinâmica segue o princípio da alternância, assim como todos desenvolvidos no IEJC, e seu desenvolvimento acontece em etapas, divididas em Tempo Escola e Tempo Comunidade (DAROS et al, 2007).

Durante o Tempo Escola os educandos ficam alojados no ITERRA e além das aulas e trabalhos específicos do curso desenvolvem todas as atividades de rotina necessárias à manutenção da escola e do cotidiano da vida, as quais também são concebidas como parte das atividades pedagógicas, uma vez que o trabalho constitui um princípio educativo da escola. Sendo assim, a organização da vida é coletiva e todas as tarefas são compartilhadas, de modo que tudo é dividido em “tempos” educativos: tempo-aula, tempo-trabalho, tempo-reflexão escrita, tempo-oficina, tempo-núcleos de base (CERIOLI E CALDART, 2007), para citar alguns, além de momentos como as jornadas socialistas, a noite cultural, entre outros.

O Tempo Comunidade, por sua vez, refere-se ao estágio desenvolvido no período em que os educandos retornam para seus acampamentos e assentamentos, no qual desenvolvem atividades práticas em suas comunidades. Ao término de cada Tempo Escola inicia-se o Tempo Comunidade, perfazendo um total de 600 horas de estágio divididas em etapas (DAROS et al, 2007). É importante realçar que durante o Tempo Comunidade, além das tarefas solicitadas no curso, os educandos realizam todas as atividades referentes à organização do MST, cumprindo a agenda de reuniões e ações tanto específicas dos Coletivos Estaduais de Saúde como àquelas que estão inscritas nas grandes jornadas de luta do movimento em nível nacional.

Observando a proposta do Curso Técnico em Saúde Comunitária, nota-se que um dos objetivos centrais do curso consiste na formação de educadores comprometidos com a defesa do SUS e do controle social, revelando a inserção do MST em uma luta específica da saúde, embora com repercussões amplas em diversas dimensões da vida em sociedade e, conseqüentemente, na própria luta do movimento. Para contemplar este objetivo o currículo

do curso destina o foco de uma de suas etapas especificamente para a abordagem do tema das políticas públicas e planejamento e inclui em suas práticas de campo visitas às Unidades Básicas de Saúde e o reconhecimento dos Conselhos Locais de Saúde (Ibidem, 2007).

Estas visitas buscam conhecer a organização e o funcionamento do SUS, identificar os serviços prestados em nível municipal, reconhecer os obstáculos à sua implementação e comparar a realidade concreta do SUS com relação aos princípios garantidos legalmente (Idem, 2007). Desta forma, percebe-se que a política pública de saúde e o direito à participação social em sua elaboração e controle ocupam lugar de destaque na formação proposta pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST.

Com base no exposto, nota-se que a historicidade deste Coletivo é recente no interior do movimento e que o processo de mudança mais expressivo do referencial de saúde adveio das práticas de formação em saúde. Esta característica, além de expressar a relevância da educação popular em saúde, evidencia a importância da atuação do Coletivo Nacional de Saúde na politização do tema no movimento e sinaliza o longo caminho a ser percorrido pelo conjunto do MST neste campo.

Foto Julien Farruja



Acampamento Cabanos no Maranhão

PERCURSO METODOLÓGICO

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Abordagem Metodológica

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, realizada no segundo semestre de 2007. Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme protocolo 272/07, e realizada em consonância com a Resolução 196/96. Para preservar o anonimato dos sujeitos de pesquisa foram utilizados codinomes de países latino-americanos, escolhidos em virtude da representação simbólica de luta e resistência presente na história da América-Latina.

A abordagem qualitativa foi escolhida em função de possibilitar a identificação dos significados da experiência humana e permitir a interpretação do seu contexto, completando assim o objeto e mostrando inclusive seus conflitos (MINAYO, 1994).

A pesquisa foi realizada com doze integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST, além de três sujeitos entrevistados que foram excluídos devido a problemas no processo de registro dos dados. Os instrumentos utilizados foram entrevistas semi-estruturadas e o diário de campo. O registro dos dados coletados nas entrevistas foi realizado por meio de gravador digital e analógico.

Ao término da coleta, os dados foram transcritos manualmente, com o auxílio de uma mestrande das ciências sociais da UFSC e, após as transcrições, procedeu-se à organização do material. Posteriormente, iniciou-se o processo de tratamento dos dados, realizado por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977).

De acordo com Minayo (1994), a análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas que relaciona estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados, ou seja, articula o sentido expresso no texto com o significado que é dado no contexto do processo de produção das mensagens.

4.2 Percurso Metodológico

O projeto desta pesquisa inicialmente partiu da perspectiva do controle social do SUS, tendo por base a experiência vivenciada pela pesquisadora neste campo e os obstáculos encontrados no âmbito dos Conselhos de Saúde. Embora o objetivo do trabalho fosse identificar a concepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra sobre a participação no controle social do SUS para

contribuir com o aprofundamento do tema no interior deste Coletivo e potencializar suas práticas de educação popular em saúde, a estrutura do projeto não apresentava como eixo central o MST. A inversão de perspectiva e abordagem aconteceu após as importantes sugestões dos membros da banca de qualificação.

A pesquisa foi realizada em cinco etapas, desenvolvidas nas cidades de Veranópolis/RS, Brasília/DF, Rio de Janeiro/RJ e Florianópolis/SC, durante o segundo semestre de 2007. Os sujeitos do estudo foram os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde (CNS) do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), escolhido em função de ser a principal instância de deliberação das estratégias do setor de saúde do MST e contemplar membros de todo Brasil, oferecendo assim a possibilidade de representação da diversidade de pensamentos sobre o tema.

A entrevista semi-estruturada foi escolhida como um dos instrumentos, pois de acordo com Minayo (1994), as entrevistas constituem um instrumento privilegiado de coleta de informações em virtude do potencial da fala em revelar condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, além de possibilitar a transmissão, através de porta-vozes, das representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Além disso, a entrevista semi-estruturada oferece a liberdade dos sujeitos abordarem as questões de pesquisa por caminhos próprios, possibilitando emergência de elementos que permeiam a temática e, simultaneamente, permitindo a orientação proporcionada pelo roteiro estabelecido. Nesta pesquisa, o roteiro construído foi composto por oito perguntas (Apêndice B).

Por outro lado, em função da pesquisadora atuar neste movimento e vivenciar muitos processos com os sujeitos da pesquisa, optou-se pela adoção do diário de campo como um de seus instrumentos, visto que possibilita uma forma de registro de informações, verbais e não-verbais, apreendidas em todos os momentos em que a pesquisadora desenvolvia alguma atividade no movimento. Deste modo, foi possível registrar comportamentos, dinâmica de relações e significações simbólicas percebidas durante todo processo da coleta de dados do estudo (TURATO, 2003)

O início da pesquisa aconteceu por meio do contato presencial com um membro do Coletivo Nacional de Saúde do MST na cidade de Veranópolis/RS, no Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária (ITERRA), durante a realização de uma etapa do Curso Técnico em Saúde Comunitária do MST na qual a pesquisadora estava trabalhando como educadora.

Neste momento, foi feita a apresentação da pesquisa, de seus objetivos e procedimentos de coleta e análise, bem como esclarecido que as entrevistas seriam registradas por meio de gravador digital e/ou analógico e posteriormente transcritas manualmente.

Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e explicado que seria entregue para todos os sujeitos que concordassem em participar da pesquisa, sendo sua assinatura condição para tal. Foi colocado que o documento representa a garantia do anonimato dos entrevistados e a utilização dos dados para fins específicos de pesquisa e publicação dos resultados. Também foi informado sobre o direito dos participantes se retirarem da pesquisa a qualquer momento, sendo neste caso, desconsiderado o registro da entrevista do requerente, sem acarretar prejuízo algum para o mesmo.

Após os esclarecimentos, o representante foi convidado para ser informante-chave da pesquisa e, com sua anuência, foi discutido o critério de escolha dos sujeitos do estudo. Com base nesta conversa, optou-se por desconsiderar o critério de inclusão de 3 pessoas por região do Brasil, como havia sido previsto no projeto, uma vez que constituiria um fator limitante da pesquisa, já que as informações indicaram que as diferentes linhas de pensamento acerca do tema de pesquisa não apresentavam vinculação com a diversidade regional.

Sendo assim, o único critério de inclusão dos possíveis entrevistados, solicitado ao informante-chave, foi a tradução dos distintos modos de conceber a participação no controle social do SUS, caracterizando uma escolha dirigida.

Com base na previsão empírica, foi requisitado ao informante-chave a indicação de quinze pessoas que poderiam compor o grupo de sujeitos de pesquisa. De acordo com Deslandes (apud FARIAS, 2007) a previsão empírica exclui o critério numérico para garantir validade dos dados, pois é baseada na representatividade das informações, ou seja, considera a vinculação significativa para o problema investigado.

Após o fornecimento da lista com os nomes dos possíveis participantes da pesquisa, verificou-se que dois sujeitos indicados encontravam-se presentes nesta ocasião no ITERRA. Em função disso, a coleta de dados foi iniciada neste local. O convite para a participação na pesquisa foi feito pessoalmente e, uma vez aceito, foi acordado um horário e local para a realização das entrevistas naquele mesmo dia. Cabe ressaltar que foi difícil combinar um horário com os entrevistados, pois a dinâmica interna do movimento funciona com base na divisão de tarefas e as demandas são muito grandes, restando pouco tempo disponível na agenda dos militantes.

Antes de iniciar as duas entrevistas realizadas no ITERRA, foi realizada a apresentação da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e explicado que seria utilizado um gravador digital para registro e que os dados seriam posteriormente transcritos manualmente. Após a concordância dos sujeitos e a assinatura do Termo, procedeu-se ao início das entrevistas. Este procedimento foi realizado com todos os sujeitos de pesquisa em todas as etapas da coleta de dados.

Cabe destacar que as duas entrevistas sofreram interferências externas que comprometeram um pouco sua dinâmica, a primeira em razão dos ruídos advindos de uma obra em andamento nos arredores da escola e a segunda devido às interrupções que sofreu por pessoas que necessitavam de alguma informação do entrevistado em função das demandas do movimento.

Após a realização destas entrevistas, a continuidade da coleta de dados aconteceu na cidade de Brasília, durante um Encontro do Coletivo Nacional de Saúde do MST no qual a pesquisadora foi convidada a participar como colaboradora.

A chegada ao local do Encontro aconteceu no segundo dia do evento, cuja duração foi de seis dias e contou com a presença de representantes de todo país, pesquisadores e colaboradores externos. Em função de muitos militantes não terem facilidade de acesso à internet, optou-se por fazer o convite para a participação na pesquisa pessoalmente, no decorrer deste encontro, ao contrário do convite por e-mail que havia sido previsto no projeto.

O convite para a participação na pesquisa foi feito individualmente e o agendamento do local e horário para a realização das entrevistas foi acordado conforme a disponibilidade de cada sujeito. Em virtude da escassez de tempo, a maioria foi realizada no turno da noite, após o término das atividades do evento, ou no intervalo da programação entre o turno da tarde e a noite. Somente duas foram feitas no período que antecede o café da manhã do Coletivo.

As entrevistas aconteceram no saguão da instituição que sediou o encontro, na área externa de lazer ou nos corredores, sendo apenas uma realizada em uma sala fechada. Isto aconteceu devido à necessidade de adequação à dinâmica interna do movimento e à indisponibilidade de salas livres. Sendo assim, seis das oito entrevistas realizadas nesta etapa sofreram algum tipo de interferência, seja por causa do ruído do ambiente, do trânsito de pessoas, ou mesmo da intervenção de algum militante que por ventura não percebeu que estava sendo desenvolvida entrevista, constituindo um fator limitante da pesquisa.

Os procedimentos de apresentação da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada um dos entrevistados seguiram o mesmo padrão adotado na

etapa anterior e, após a assinatura do documento, foram iniciadas as entrevistas, todas registradas por meio de gravador digital. Nesta etapa oito pessoas foram entrevistadas.

A apresentação da pesquisa para todo Coletivo Nacional de Saúde aconteceu no terceiro dia de encontro, no período da noite, como parte da programação oficial estabelecida pelo Coletivo. Neste momento, também foi feita a apresentação de outro projeto que se encontra em fase de elaboração, de autoria de um representante do CNS.

Deste modo, procedeu-se a explanação acerca dos objetivos, procedimentos de coleta e análise que estavam sendo utilizados, assim como a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com relação ao processo de análise dos dados, foi esclarecido que, após o tratamento dos dados, os resultados da pesquisa seriam apreciados pelo Coletivo Nacional de Saúde e discutidos em conjunto com a pesquisadora, de modo que as críticas pertinentes seriam levadas em consideração para a elaboração final do relatório de pesquisa, configurando, assim, uma forma de participação deste Coletivo no processo de análise.

Após esta apresentação foi reservado um momento para esclarecimento de dúvidas, entretanto não houve questionamentos. É importante destacar que, em virtude da atuação da pesquisadora como educadora e colaboradora do setor de saúde do MST, muitos representantes do CNS já conheciam o teor da pesquisa em função de terem colaborado com informações e críticas que serviram de subsídio para a elaboração do projeto.

A terceira fase desta pesquisa aconteceu na cidade do Rio de Janeiro/RJ, durante a realização de uma etapa do Curso de Saúde Alternativa, desenvolvido pelo Coletivo Estadual de Saúde do MST, o qual contava com a colaboração da pesquisadora.

Nesta ocasião, foi realizado o contato com dois representantes do Coletivo Nacional de Saúde que se encontravam na cidade por ocasião do curso e do encaminhamento de assuntos relacionados ao setor de saúde. Os convites foram feitos pessoalmente e, uma vez aceitos, foi acordado local e horário para realização das entrevistas. Uma das entrevistas foi realizada no pátio do INCRA e outra em uma sala da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O registro dos dados nesta etapa foi realizado por meio de gravador analógico.

A quarta etapa desta pesquisa ocorreu na cidade de Brasília, durante um Encontro do Coletivo Reduzido de Saúde, no qual a pesquisadora foi convidada a participar. Nesta fase foi feito o convite pessoalmente para dois integrantes do CNS, os quais concordaram em participar da pesquisa.

O horário e local das entrevistas foi acordado com os sujeitos, em consonância com suas possibilidades, de modo que uma delas aconteceu em uma Capela existente no

interior da sede onde foi feita a reunião do Coletivo Reduzido de Saúde e outra em uma sala de estar de uma residência que serve de Alojamento do MST em Brasília.

A quinta e última etapa desta pesquisa aconteceu na cidade de Florianópolis, onde foi realizada a última entrevista. Para tanto, foi feito contato telefônico com o entrevistado, no qual foi realizado o convite e agendado um horário e local de acordo com sua disponibilidade.

Após o término da coleta procedeu-se ao início da transcrição das entrevistas e durante este processo foram detectados problemas no registro dos dados de três entrevistados, devido ao nível de ruído. Sendo assim, estas entrevistas foram excluídas e o grupo de sujeitos da pesquisa composto por doze pessoas.

A transcrição das cinco entrevistas registradas por meio de gravador analógico foi realizada integralmente pela pesquisadora e o restante das entrevistas, realizadas em gravador digital, foi feito em duas etapas: uma transcrição prévia, feita por uma mestrande das ciências sociais da UFSC e uma segunda fase, de conferência e refinamento de todas as transcrições, realizada pela pesquisadora, garantindo assim a fidedignidade das informações transcritas.

Posteriormente, iniciou-se o processo de análise dos dados realizado de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), composta por três etapas: Pré-análise, Codificação dos dados e Categorização.

Durante a etapa de Pré-análise procedeu-se a organização do material coletado e a realização de leituras incessantes, com intuito de estabelecer contato aprofundado com os dados e possibilitar a imersão no universo verbalizado pelos sujeitos. Este processo favoreceu a apropriação de seu conteúdo e a construção de relações entre o sentido das palavras e as palavras sentidas e apreendidas pela pesquisadora na relação estabelecida com os sujeitos e sua realidade durante as entrevistas e registradas também no diário de campo.

Desse modo, à medida que as leituras eram repetidas, esse deslocamento entre o verbal e o não-verbal, entre o concreto das palavras e o simbólico das relações, propiciava com que os elementos contidos nas falas se tornassem mais aparentes e as palavras delineassem o corpo do estudo.

A partir da conformação deste *corpus*, iniciou-se a etapa de codificação, momento em que os dados passaram por um tratamento no qual foram apreendidos os núcleos dos sentidos e, posteriormente, extraídas as sub-categorias de acordo com a frequência de aparecimento nas Unidades de Registro.

A terceira etapa compreendeu a categorização dos dados, na qual as subcategorias contidas nas Unidades de Registro foram agrupadas de acordo com suas aproximações de sentido, conduzindo assim à composição das categorias reveladas na pesquisa.

Destaca-se que durante o processo de análise dos dados e aprofundamento da revisão de literatura optou-se pela alteração do título referido no projeto de pesquisa e pelo agrupamento dos objetivos deste estudo.

Ao término das três etapas do processo de análise dos dados, foram identificadas as seguintes categorias: a Concepção de Controle Social do SUS; a Participação Institucional e sua contradição; e a Concepção de Estado.

A apresentação desta pesquisa obedece ao modelo preconizado pelo Regimento do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da UFSC, e é composta por duas partes: um projeto ampliado, contendo introdução, objetivos, revisão de literatura, percurso metodológico e referências bibliográficas; e um artigo científico, no qual são apresentados os resultados e a análise dos dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADIGI, F.R. **Implicações Éticas da Concepção dos Trabalhadores da Equipe de Saúde da Família sobre o Direito à Saúde**. 2005. 117 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (Orgs). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 09-23.

ARAÚJO, L. E.B. O MST e a luta pela terra: a juridicização do político. In: QUEVEDO, J.; IOKOI, Z.M. G. (Orgs). **Movimentos Sociais na América Latina: desafios teóricos em tempos de globalização**. Santa Maria: MILA, CCSH, UFSM, 2007. p. 310-326.

ARIAS, P. G. **La Cultura: estrategias conceptuales para comprender la identidad. La diversidad, la alteridad y la diferencia**. Quito: Abya-Yala. 2002. 127 p.

ARRUDA JR. E. L.; BORGES FILHO, N. (Orgs.). **Gramsci: Estado, Direito e Sociedade**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, CPGD/UFSC, 1995. 160 p.

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.U.; MENDES, J.D.V. **15 Anos do SUS: desafios e perspectivas**. Saúde Rev. Piracicaba, v. 5, n. 11. 2003. p. 07-14

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 223 p.

BEM, A. S. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o Estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 97, p. 1137-1157, 2006.

BÓGUS, C. M.; et al. Programa de Capacitação Permanente de Conselheiros Populares de Saúde na cidade de São Paulo. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 12. 2005. p. 56-67.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8ªed. São Paulo: Brasiliense, 2007.81 p.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. p 133.

BRASIL, 1992. **Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9conf_nac_rel.pdf Acesso em: 20 de janeiro de 2008.

BRASIL, 2003. **RESOLUÇÃO 333/2003**. Ministério da Saúde: Brasília, 2003. 11 p.

CALDART, R. S. **Pedagogia do Movimento Sem Terra**. São Paulo: Expressão Popular, 2004. 439 p.

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

Belo Horizonte, 2007.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. Campinas, SP: Papirus, 1986. 339 p.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 135 p.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica da Saúde** (Leis n. 8080/90 e 8142/90). Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2002. 330 p.

CERIOLI, P. R.; CALDART, R. S. **Instituto de Educação Josué de Castro**: características gerais da organização escolar e do método pedagógico. Cadernos Iterra, ano VII, n. 13, set. 2007. p. 11-41.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil – Políticas e Organização de Serviços**. São Paulo: Cortez Ed. CEDEC, 1996. 117 p.

COLETTI, C. Avanços e impasses do MST e da luta pela terra no Brasil nos anos recentes. In: SEOANE, José (Org.). **Movimientos sociales y conflicto en América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2004. p. 279-285.

CORDEIRO, S.; CORNWALL, A.; DELGADO, N. G. A. Culturas da política, espaços de poder: contextualizando as experiências brasileiras de governança participativa. In: ROMANO, J. O.; ANDRADE, M. P.; ANTUNES, M. (Orgs.). **Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania**: trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 199-255.

CORNWALL, A.; ROMANO J. O.; SHANKLAND, A. Culturas da política, espaços de poder: contextualizando as experiências brasileiras de governança participativa. In: ROMANO, J. O.; ANDRADE, M. P.; ANTUNES, M. (Orgs.). **Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania**: trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 257-291.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 278 p.

CORTES, S.M.V. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários**: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias. Porto Alegre, v. 4, n. 7, 2002. p. 18-49

CORTINA, A. **Cidadãos do Mundo**: para uma teoria da cidadania. São Paulo: Edições Loyola, 2005. 210 p.

COVRE, M. L. M. **O que é cidadania?** São Paulo: Brasiliense, 2007. 78 p.

DA ROS, M.A. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. In: PEREIRA, M.J.L.; COELHO, E.B.S.; DA ROS, M.A. (Org.). **Da Proposta à Ação**: Currículo integrado do curso de Medicina da UFSC. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2005. p. 59 – 80.

DAROS, D.; DELLAZERI, D. T.; ANDREATTA, M. O Curso Técnico em Saúde

Comunitária do IEJC. **Cadernos Iterra**, ano VII, n. 13, set. 2007. p. 129-177.

DELGADO, N. G.; ROMANO, J. O. Mobilizações e novos movimentos sociais: o processo do Fórum Social Mundial. In: ROMANO, J. O.; ATHIAS, R.; ANTUNES, M. (Orgs.). **Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania: trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 251-304.

DOIMO, A. M. A Vez e a Voz do Popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ANPOCS, 1995. 353 p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 206 p.

FARIAS, L. C. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários**. 2007. 86 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública).- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FELISBINO, J. E.; NUNES, E. P. **Saúde da Família – Planejando e Programando a Saúde nos Municípios**. Tubarão: Editora Unisul, 2000.

FERNANDES, B. M. **A formação do MST no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. 318 p.

FERRER, A. La Globalización, la crisis financiera y America Latina. In: BORON, Atilio A.; GAMBINA, J. C.; MINSBURG, N. (Orgs.). **Tiempos Violentos: Neoliberalismo, globalización y desigualdad en América Latina**. Buenos Aires: Clacso, 2004. p. 85-104.

FINKELMAN, J.(Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002. 326 p.

FORTES, P. A. C. **A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde**. **Revista Bioética**, v.5, n.1, 1997. Disponível em: < <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v5/contsocia.html> > Acesso em 26 maio. 2008.

FREIRE, P **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 165 p.

_____ **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 184 p.

GAMARRA JR., J. S. Controle social na saúde: desafios e perspectivas. In: MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. (Orgs.). **Saúde Coletiva: um campo em construção**. Curitiba: Ibepe, 2006. p. 149-176.

GERSCHMAN, S. 2004a. **A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 270 p.

GERSCHMAN, S. 2004b. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2004. p. 1-16.

GOHN, M. G **O Protagonismo da Sociedade Civil**: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. São Paulo: Cortez, 2005. 120 p.

_____. 2003a. **História dos Movimentos e Lutas Sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Loyola, 2003. 213 p.

_____. 2003b. **Movimentos Sociais no Início do Século XXI**: antigos e novos atores sociais. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 143 p.

_____. 2003c. **Os Sem Terra, ONGs e Cidadania**. São Paulo: Cortez, 2003. 172 p .

GOMES SILVA, I. **Participação popular nas políticas públicas**: a trajetória dos conselhos de saúde do Sistema Único de Saúde no Brasil. 2004. Disponível em: <http://www.ces.fe.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel73/IlseGomesSilva.pdf> Acesso em 12 de abril de 2008.

GONÇALVES, C. W. P. A Geograficidade do Social: uma contribuição para o debate metodológico sobre estudos de conflito e movimentos sociais na América Latina. In: SEOANE, José (Org.). **Movimientos sociales y conflicto en América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2004, p. 279-285.

GRUPPI, L. **Tudo Começou com Maquiavel**: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L&PM, 1985. 93 p.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. p. 797-805.

HUMENHUK, H. **A teoria dos Direitos Fundamentais. Jus Vigilantibus**, Vitória, 24 out. 2003. Disponível em: http://www.jusvi.com/doutrinas_e_pecas/ver/690>. Acesso em: 09 de maio de 2008.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. As adições socializadas: uma interpretação histórica das causas dos hábitos tóxicos do habitante das cidades. In: KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cidades da cidade**: um estudo sobre as relações da vida urbana com a drogadição. São Paulo: editora brasiliense, 1978. p. 25-57.

KLEBA, M. E. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005. 476 p.

KOERNER, A. O papel dos direitos humanos na política democrática: uma análise preliminar. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, 2003. v. 18, n. 53, 2003. p. 143-157.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LABRA, M.E; FIGUEIREDO, J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, 2002. p. 537-547.

LAUREANO, D. S. **O MST e a Constituição**: um sujeito histórico na luta pela reforma agrária no Brasil. São Paulo: Expressão Popular, 2007. 232 p.

LAURELL, A. C. Globalización, políticas neoliberales y salud. In: BRICENO- LEON, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs). **Salud y Equidad**: Uma mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 73-84.

LEVCOVITZS, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001. p. 269-291.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz. 2005. p. 27-58.

LOVATO, F. F. A. A Teologia da Libertação na América Latina e suas manifestações em Santa Maria – RS. In: QUEVEDO, J.; IOKOI, Z. M. G. (Orgs.). **Movimentos Sociais na América Latina**: desafios teóricos em tempos de globalização. Santa Maria: MILA CESH, 2007. p. 250-262.

LUCCHESI, P.T.R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, 2003. p. 439-448.

MARQUES, M. I. M. Relação Estado e MST: algumas fases e faces. **Lutas & Resistências**: Londrina, v.1, 2006. p. 184-196.

MARTINS, J. S. Os camponeses e a política no Brasil. In: MARTINS, J. S. **Os camponeses e a política no Brasil**: as lutas sociais no campo e seu lugar no processo político. 3ªed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986. p. 21-102.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã**. São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas LTDA, 1979. 138 p.

_____. **O Manifesto Comunista**. São Paulo: Paz e Terra, 2006. 67 p.

MEDEIROS, M. **A trajetória do Welfare State no Brasil**: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Texto para Discussão nº 852. Brasília: IPEA, 2001. p. 1-24.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

MEZZAROBBA, O. (Org.). **Gramsci**: Estado e Relações Internacionais. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2005. 334 p.

MILIBAND, R. **Socialismo & Ceticismo**. Bauru, SP: EDUSC, 2000. 295 p.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1994. 269 p.

MIRZA , C. A. Los Casos Examinados: movimientos sociales y sistemas de partidos en

Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Venezuela y Uruguay. In: MIRZA , C. A. **Movimientos sociales y sistemas políticos en América Latina**. Buenos Aires: CLACSO, 2006. p. 67-172.

MONDAINI, M. O respeito aos direitos dos indivíduos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (org). **História da Cidadania**, São Paulo, Contexto. 2003. p. 115-137.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Revista Saúde e Sociedade**, v. 15, n.1, 2006. p. 49-57.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. Disponível em: www.mst.org.br Acesso em 20 de maio de 2008.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 123 p.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular em Saúde: que bicho é esse? **Revista Artículus**, Chapecó, ano 1, n. 1, 2005. p. 13.

QUEVEDO, J.; IOKOI, Z.M. G. (Orgs). **Movimentos Sociais na América Latina: desafios teóricos em tempos de globalização**. Santa Maria: MILA, CCSH, 2007. 326 p.

ROMANO, J. O. e SHANKLAND, A. Trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil. In: ROMANO, J. O.; ATHIAS, R.; ANTUNES, M. (Orgs.). **Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania: trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 305-316.

ROSEN, G. O Mercantilismo, o Absolutismo e a Saúde do Povo (1500 – 1750). In: ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994. p. 73-107.

SAMPAIO, P. A. La Reforma Agrária en América Latina: una revolución frustrada. **Revista Observatório de América Latina**. OSAL. ano VI, nº16, enero-abril 2005. p. 15-22.

SANTOS, J. C. Processo de Participação como Alternativa Política para a Transformação Social. **Educação e Sócio-Economia Solidária**. Série Sociedade Solidária, Volume 1, 2004. p. 193-203.

SCHERER-WARREN, I **Redes de Movimentos Sociais**. São Paulo: Loyola, 2005. 143 p.

_____. I. A atualidade dos movimentos sociais rurais na nova ordem mundial. In: SCHERER-WARREN, I.; FERREIRA, J.M.C. (Org.). **Transformações Sociais e Dilemas da Globalização: um diálogo Brasil/ Portugal**. São Paulo, 2002. p. 243-257.

SEOANE, J. Movimientos Sociales y Recursos Naturales em América Latina: resistencias al neoliberalismo, configuración de alternativas. **Sociedade e Estado**, v. 21, n.1, 2006. p. 85-107.

SEVERO, D. O.; CUNHA, A. P.; DA ROS, M. A. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 2007. p. 239-245.

SILVA, E. N. **Formação e ideário do MST**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2004. 143 p.

SIMIONATTO, I. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. Florianópolis: Ed. UFSC; São Paulo: Cortez Editora, 2004. 281 p.

SIMONETTI, M. C. L. A geografia dos Movimentos Sociais em Tempos de Globalização: o MST e o Zapatismo. **Revista NERA**. Presidente Prudente, ano 10, n.11, jul.- dez./2007. p. 122-130.

SINGER, P. A cidadania para todos. In: PINSKY, J.; PINSKY, C.B. (org). **História da Cidadania**, São Paulo, Contexto. 2003. p. 191-263.

SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação**. São Paulo: Cortez, 2004. 231 p.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, 2005. p. 9-30.

STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. p. 621-632.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, 1998. p. 7-18.

VASCONCELLOS, E. M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo-Sobral: HUCITEC, 2001. 336 p.

VERÁS, M. P. B.; BONDUKI, N. G. Política habitacional e a luta pelo direito à habitação. In: COVRE, M. L. M. **A Cidadania que não Temos**. São Paulo: Brasiliense, 1986. p.39-72.

VERDI, M. **Da Haussmannização às Cidades Saudáveis**: Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do Início e do Final do Século XX. 233 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

WENDHAUSEN, A; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em Conselhos Gestores. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2006. p. 131-144.

WENDHAUSEN, A; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002. p. 1621-1628.

WENDHAUSEN, A; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, 2007. p. 579-84.

Foto Douglas Mansur



Assentamento Campos Novos – Santa Catarina

ARTIGO CIENTÍFICO

A PARTICIPAÇÃO NO CONTROLE SOCIAL DO SUS: CONCEPÇÃO DO
MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA

THE PARTICIPATION IN SUS' SOCIAL CONTROL: PERSPECTIVE OF THE
LANDLESS RURAL WORKERS' MOVEMENT

Denise Osório Severo³

Marco Aurélio Da Ros⁴

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com doze integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O estudo busca identificar a concepção dos membros do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS e discutir as estratégias adotadas nessa direção. A análise dos dados revelou que a participação nas esferas instituídas de controle social do SUS não constitui a prioridade deste Coletivo, pois fazer o controle social do SUS significa, sobretudo, fazer a luta política por meio de estratégias de ocupação, de mobilizações e de marchas. Revelou ainda uma contradição em relação à participação nos Conselhos de Saúde, e também duas concepções de Estado que parecem influenciar na determinação das estratégias de controle social priorizadas.

Palavras-chave: participação; controle social; MST;

ABSTRACT: The present study is a descriptive exploratory field research based on a qualitative approach carried out with twelve members of the National Collective of Health of the Landless Workers' Movement (MST). The objective of the study is to identify the perspective of the members of the National Collective of Health of MST about the participation of SUS social control, and to discuss the strategies adopted towards this direction. The data analysis showed that the participation in spheres established by SUS social control does not constitute the priority of this Collective since performing SUS' social control means to struggle politically through strategies of occupation, mobilization and marches. The results also revealed a contradiction related to the participation in Health Councils, as well as two State perspectives which seem to influence in the determination of social control strategies to be preferred.

Key-words: participation, social control, MST

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Saúde Pública; Universidade Federal de Santa Catarina; Educadora Popular em Saúde do MST; Rua: Francisco Vieira, 567, Bairro: Campeche – Florianópolis/Santa Catarina, Cep: 88066-010. Brasil deniseosorios@hotmail.com

⁴ Doutor em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina; Professor Titular do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; Rodovia Jornalista Manoel de Menezes nº 1750, Bairro: Praia Mole – Florianópolis/Santa Catarina, Cep: 88062-970. Brasil. ros@ccs.ufsc.br

INTRODUÇÃO

*“(...) qualquer política só surge da luta
(...) As políticas pra classe trabalhadora
não vem de graça, não vem porque algum
iluminado quis” (México)*

Adentrar este artigo por meio do depoimento de um dos sujeitos da pesquisa realizada com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) sobre sua participação no controle social do SUS busca simbolicamente criar um espaço de reverberação das vozes que compõem esse movimento. A fala de abertura foi escolhida em virtude de seu conteúdo refletir a relevância da participação na conquista e construção de políticas públicas, evidenciando a importância dos movimentos sociais nos processos de luta por transformações das condições materiais de existência e por melhores condições de vida da população.

Com efeito, os movimentos sociais configuram-se como instrumentos de enfrentamento coletivo de contradições sociais que se apresentam como obstáculos à satisfação das necessidades compartilhadas por determinados grupos¹. Assim, eles refletem o modo de organização das sociedades e, como tal, têm o potencial de revelar suas contradições e criar mecanismos de luta e construção de condições favoráveis à vida.

Realizando uma incursão no processo histórico brasileiro, nota-se que as lutas sociais sempre estiveram presentes, embora com variações no grau de organização e atuação. Com relação à saúde, as formas de participação também acompanharam as mudanças no modo de operar dos movimentos. Durante a década de 70, apesar da repressão política do período, as classes populares encontraram formas de resistir e fazer luta durante a ditadura, tendo o respaldo de representantes da ala progressista da Igreja, adeptos da Teologia da Libertação, os quais desempenharam importante papel no apoio aos grupos que resistiram e contribuíram na formação de diversos movimentos sociais, especialmente no surgimento do movimento de educação popular em saúde e de movimentos camponeses.

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), gestado neste cenário e formado oficialmente em 1984, é considerado atualmente o maior e mais importante movimento social brasileiro e um dos principais no contexto latino-americano. Está presente em vinte e quatro estados do Brasil² e sua agenda política apresenta três grandes objetivos: a terra, a reforma agrária e justiça social^{3, 4, 5}, indicando uma direção de luta que vai além da simples reivindicação por terra e destacando-o como importante ator social na luta pela concretização do direito à saúde e do controle social do SUS. Ademais, cabe ressaltar que, além dos objetivos mencionados, a luta do MST inclui a superação do modo capitalista de produção e a reorganização da sociedade sob novas bases².

Sua organização interna estrutura-se sob a forma de coletivos e o Setor de Saúde foi criado em 1998^{6, 7}. O Coletivo Nacional de Saúde (CNS) representa a principal instância responsável pelo debate político nessa área no interior do MST. Embora a centralidade da luta deste movimento não seja a saúde, as demandas sanitárias presentes em seu cotidiano exigiram a construção de respostas orientadas à concretização do direito à saúde, conduzindo à criação desse setor e evidenciando a importância da participação nessa área.

A inserção da Reforma Sanitária na Constituição de 1988 e a garantia da participação na saúde como um direito *per se*, corroborou o processo de mudança na conformação e atuação dos grupos organizados, pois inaugurou novos terrenos de participação dos movimentos sociais e de toda população – Conselhos e Conferências de Saúde - na tomada de decisão sobre as ações que interferem no cotidiano de suas relações sociais⁸.

No entanto, cabe ressaltar que a conquista do SUS aconteceu na contramão da adoção de políticas neoliberais no Brasil. O neoliberalismo foi (e continua sendo) um grande

obstáculo à efetivação do sistema de saúde, pois defende a redução da intervenção do Estado no provimento das políticas públicas^{8,9,10}.

Nesse sentido, a garantia da participação da sociedade civil na elaboração, controle e fiscalização das políticas de saúde, instituído como um dos princípios do SUS e denominado, posteriormente, de controle social do SUS, representa, de certo modo, a defesa dos direitos sociais, tornando-se elemento fundamental na consolidação do direito à saúde, no exercício da cidadania e no aprofundamento da democracia participativa.

Considerando a representatividade política do MST e a importância da participação como aspecto estrutural na formação de sujeitos políticos atuantes e, conseqüentemente, na elevação do potencial de saúde da população, este estudo busca apreender a concepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS e discutir as estratégias adotadas nesta direção. Com isso, pretende-se reconhecer os prováveis desafios advindos de suas concepções sobre esta forma de participação, colaborando para o debate deste tema no interior do MST e para a ampliação da participação social na saúde.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, de abordagem qualitativa, realizada com doze membros do Coletivo Nacional de Saúde do MST no segundo semestre de 2007. Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme protocolo 272/07, e obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Com vistas à preservação do anonimato dos sujeitos de pesquisa, foram utilizados nomes de países latino-americanos como codinomes.

Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos intencionalmente, indicados por um informante-chave militante do MST, tendo como critério de indicação a revelação, tanto

quanto possível, da diversidade de pensamentos com relação ao tema da pesquisa, presentes nesse Coletivo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas e de diário de campo. As entrevistas foram feitas em Veranópolis/RS, em Brasília/DF, no Rio de Janeiro/RJ e em Florianópolis/SC. Cabe ressaltar que, em função da pesquisadora ser colaboradora do movimento no campo da educação popular em saúde, os registros em diário de campo foram realizados durante todas as vivências da pesquisadora no MST durante o período da coleta.

O tratamento dos dados foi feito com base na Análise de Conteúdo de Bardin¹¹. Foram realizadas leituras flutuantes com intuito de extrair os núcleos dos sentidos e desvelar as sub-categorias presentes nas unidades de registro, e posteriormente foram identificadas três categorias: concepção de controle social; a participação institucional e sua contradição e a concepção de Estado dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST. Cada uma dessas categorias será analisada a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Concepção de Controle Social

Com relação à primeira categoria identificada – Concepção de Controle Social – foi possível entender que, para os entrevistados, fazer o controle social do SUS não significa necessariamente participar de esferas institucionalizadas de controle social (Conselhos e Conferências de Saúde), mas, sobretudo, fazer a luta política fora do âmbito do Estado, conforme expressa a fala abaixo:

“(...) quando a gente ocupa (...) uma terra (...) isso é fazer controle social e isso é fazer saúde (...) fazer a luta social, fazer a luta de massas (...)” (Peru)

Destaca-se que a ocupação, as mobilizações e as marchas constituem as principais estratégias de luta utilizadas e caracterizadas como formas de participação no controle social do SUS. Cabe esclarecer que a diferença entre o conceito de ocupação adotado

pelo MST e o de invasão difundido pela mídia e defendido pela elite dominante, encontra-se no campo político-ideológico e reflete o modelo de organização da sociedade que cada qual acredita e defende.

A ocupação refere-se à (re) apropriação de “espaços” e de direitos que historicamente foram expropriados dos trabalhadores e, portanto, como pondera Araújo^{12, 3} (, a luta do MST representa, em verdade, uma luta por cidadania, pelo respeito aos direitos fundamentais do homem; direitos que, para os Sem Terra, não são dissociados da luta pela (re) apropriação da terra. Assim, a conquista da terra simboliza a conquista da cidadania¹², e a ocupação deflagra um processo de mudança na vida dos Sem Terra, que transitam de uma situação na qual eles são representados socialmente como um povo *clandestino* para uma condição de um povo *com destino*^{13:90}.

Por outro lado, o conceito de invasão defendido pela elite burguesa fundamenta-se no capitalismo, para o qual o princípio básico é a defesa da propriedade privada – um imperativo à manutenção das relações de produção capitalistas – acima de qualquer direito fundamental.

Nessa perspectiva, percebe-se que a reflexão sobre o conceito de controle social do SUS e as estratégias de participação do MST nas políticas de saúde transita por um terreno conceitual intrinsecamente vinculado à concepção do modelo de sociedade e representa, do mesmo modo, instrumentos adotados para sua transformação.

Tendo em vista que o MST luta pela concretização dos direitos de cidadania e considerando que a terra constitui para ele condição *sine qua non* para tal, faz sentido que a ocupação seja considerada pelos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde também uma estratégia de controle social do SUS, uma vez que, nessa perspectiva, a (re) apropriação da terra constitui um instrumento de justiça social, de resgate da dignidade humana e, conseqüentemente, de luta pela concretização do direito à saúde.

É importante ressaltar que a ocupação defendida pelos entrevistados não se restringe à (re) apropriação da terra. Inclui também a ocupação de espaços públicos, de órgãos e de instituições relacionados de algum modo à implementação de políticas públicas. Assim, percebe-se que as estratégias de controle social do SUS priorizadas pelo Coletivo Nacional de Saúde não diferem dos principais mecanismos adotados pelo conjunto do MST. Embora sejam estratégias utilizadas há décadas pelo MST, de acordo com Seoane¹⁴ elas tornaram-se hegemônicas nos movimentos sociais no princípio do século XXI em toda América Latina, porém sob novas conformações. Segundo o autor, a partir de meados da década de 90 o caráter dos movimentos sociais se transformou, passando a incluir novas camadas sociais e a defender a participação na gestão do espaço público.

Ainda que os mecanismos sustentados pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST possam colaborar para a transformação gradual do modelo societário, no que tange às demandas específicas da saúde, esses instrumentos (ocupações, marchas e mobilizações) mostram-se frágeis, pois tendem a limitar-se ao ato reivindicatório, conduzindo ao reconhecido esvaziamento de mobilizações diante de respostas pontuais, ou ainda, à ausência de envolvimento dos sujeitos na proposição e gestão do processo das ações solicitadas.

A significativa preocupação dos entrevistados em não restringir a participação às esferas legais também indica uma participação política com tendência à oposição estatal que parece refletir uma concepção de Estado impermeável às classes dominadas, evidenciando características da participação na saúde tradicionalmente utilizadas nas décadas de 70 e 80, cujo eixo era centrado no confronto com o Estado e na reivindicação das classes subalternas por acesso a bens e serviços sanitários¹⁵.

Embora existam indícios no interior do Coletivo Nacional de Saúde do surgimento de novas formas de participação na gestão do SUS, orientadas à atuação em

processos de elaboração de políticas de saúde, as principais estratégias adotadas não enfatizam a atuação na formulação e acompanhamento da política de saúde.

Por outro lado, revelam um potencial pedagógico que merece destaque. O engajamento na luta política, desde que acompanhado de reflexão, representa uma atitude carregada de qualidades, na medida em que a participação favorece a elevação da consciência crítica dos sujeitos, propiciando o desvelar das condições de opressão na sociedade e facilitando a apreensão dos determinantes da produção social da saúde, contribuindo para a construção de dispositivos fundamentais ao exercício da participação no controle social do SUS. A concepção apresentada e os mecanismos priorizados conduzem à reflexão sobre a próxima categoria.

A participação Institucional e sua contradição

Os depoimentos revelaram uma importante contradição no discurso dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST no que se refere à participação nos espaços instituídos de controle social do SUS: há uma significativa descrença nos Conselhos de Saúde, ao mesmo tempo em que há uma relevância quanto à importância da inserção do movimento nas esferas institucionais. A assertiva a seguir demonstra essa contradição:

“[Coletivo Nacional de Saúde] *temos insistido que isso é importante* [participação nos Conselhos] (...) *nesse modelo não adianta ter camponês (...) não vai ter força de participação (...)*” (Argentina)

Nota-se que o baixo potencial de intervenção nas decisões e a limitação inerente à relação orgânica com o Estado são elementos de destaque que parecem manter relação com a descrença nas esferas estabelecidas. Ademais, a necessidade de revisão do modelo de controle social é muito relatada nas entrevistas e reflete tanto a descrença como a dissonância entre o conceito apresentado pelos integrantes do Coletivo e a concepção instituída após a Reforma Sanitária.

Com efeito, a dificuldade do segmento dos usuários – representação da sociedade civil organizada – intervirem nos Conselhos de Saúde constitui um obstáculo bastante relatado em estudos nesse campo^{16, 17, 18}. Além disso, pesquisas indicam a existência de práticas de cooptação de lideranças em troca de favores; falta de acesso às informações; utilização da linguagem técnica como instrumento de poder e desarticulação dos conselheiros com suas bases, elementos que comprometem seriamente a representatividade e a legitimidade dos representantes e do próprio colegiado^{16, 17, 8} e que parecem contribuir para a descrença do CNS nestas esferas.

Com relação à prática de cooptação, cabe assinalar que preocupa muito os movimentos sociais e é motivo de importantes debates internos. O receio de sofrer cooptação influencia sobremaneira a decisão dos movimentos acerca de sua participação na gestão de espaços públicos¹⁹ e constitui um fator que também parece colaborar para a descrença dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST na participação nos Conselhos de Saúde.

Todavia, afirmar que os problemas encontrados nos Conselhos são inerentes a eles não parece prudente, uma vez que refletem, tão somente, a cultura política autoritária brasileira, historicamente construída. Essa cultura, materializada em práticas *comportamentais e simbólicas*, traduzem valores que estão impregnados no tecido social^{20:191} e, como tais, podem ser encontradas em todas as relações e espaços de participação (inclusive no interior dos movimentos sociais), sejam eles institucionais ou não.

Com isso, nota-se que mitificar os Conselhos - como espaços autoritários de dominação das elites políticas - pode ser tão equivocado quanto transformá-los em fetiche da participação da população na gestão do SUS, em únicos espaços para o exercício do controle social na saúde. No entanto, é necessário ponderar que, ainda que os obstáculos justifiquem, parcialmente, a descrença nos Conselhos de Saúde, a falta de apropriação destes mecanismos pela sociedade civil organizada representa, na atual conjuntura, a renúncia ao direito de

deliberar sobre as políticas de saúde no país e a transferência do poder de decisão para os grupos que se fizerem presentes.

Por outro lado, é fundamental considerar que “*os homens só se apropriam do que faz sentido para suas vidas*”^{21:264} e o modelo de controle social do SUS, segundo os entrevistados, não encontra significação no imaginário social da população do campo. Esta falta de sentido encontra ressonância na ausência do sentimento de pertença nos militantes do MST com relação ao sistema de saúde, uma vez que a criação do SUS não é percebida como uma conquista do MST, desvelando mais um elemento que parece essencial na determinação da descrença nos mecanismos instituídos de controle social.

Outro aspecto relatado nas entrevistas refere-se à natureza orgânica dos Conselhos de Saúde. O fato de fazer parte do aparelho do Estado é citado como elemento limitante, indicando uma tendência à defesa da autonomia do MST em relação à participação em esferas vinculadas ao aparelho estatal e reiterando a importância que a concepção de Estado apresenta na percepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a atuação no controle social do SUS.

Cabe ponderar ainda que a autonomia dos movimentos sociais frente ao Estado, embora seja importante em determinados aspectos, pode paradoxalmente vir a aprofundar a abstenção do Estado no provimento de políticas públicas, uma vez passível de significar, aos grupos defensores do modelo neoliberal, a ausência de oposição no interior da sociedade política (Estado).

A contradição referida sugere a existência de outras formas de entendimento no interior do Coletivo Nacional de Saúde sobre a relação entre o MST e o Estado e as estratégias adequadas tanto à participação na gestão das políticas públicas como à transformação do modo capitalista de produção.

A concepção de Estado

A terceira categoria do trabalho expõe distintas formas de entendimento quanto à concepção de Estado e busca debater a influência que distintos entendimentos exercem na participação do MST em mecanismos de controle social estabelecidos pelo SUS, quais sejam: uma corrente de pensamento entende o Estado estritamente como um instrumento de dominação da burguesia e outra como um espaço de disputa política e, como tal, passível de ser ocupado parcialmente pelas classes dominadas. A assertiva pode ser identificada nas seguintes falas:

“(...) o Estado (...) é o campo dentro do qual a gente faz a disputa política.” (Nicarágua)

“(...) é um Estado burguês (...) independente do governo (...) vai se manter hegemônico e dominante contra outras classes dominadas (...)” (El Salvador)

Essas vertentes de pensamento encontram ressonância nas concepções Marxista e Gramsciana de Estado. No *Manifesto Comunista*, Marx e Engels²² apresentam uma visão estrita do Estado, entendido como o comitê de gestão dos interesses da burguesia e, como tal, um instrumento de dominação e coerção. Com efeito, a pesquisa revela a existência de um grupo de militantes que coadunam com estes pensamentos e manifestam-se contra a inserção do movimento no aparelho estatal ou apresentam muitas ressalvas no estabelecimento destas relações, conforme pode ser observado na seguinte fala:

“(...) nós [o MST] não vamos pra dentro do Estado, mas nós precisamos mudar o Estado!” (México)

O relato revela uma visão polarizada da sociedade civil e do Estado que encontra ressonância na teoria de Marx, na qual o Estado é concebido como representante da superestrutura enquanto a sociedade civil constitui o conjunto das condições materiais de existência, também denominado de infra-estrutura²³. Acompanhando esse referencial, a transformação do modo capitalista de produção (revolução), na perspectiva Leninista, passa

necessariamente pela derrubada do Estado pelas classes subalternas, por meio de uma rebelião de massas, também referida como *guerra de movimento*²⁴.

Nesse sentido, é possível inferir que os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde que se revelam identificados com essa corrente de pensamento não encontram sentido na participação nos mecanismos de controle social do SUS instituídos, visto que, pressupondo o Estado como espaço restrito à burguesia e impermeável às classes dominadas, essa forma de participação na saúde não representaria uma estratégia capaz de colaborar com a transição do modelo societário.

É importante realçar que, independente da concepção de Estado apresentada, a luta pela saúde e o exercício do controle social, assim como qualquer outro campo de ação, não representa para os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde um fim, mas um meio, um caminho de luta por cidadania e por uma transformação ampla da sociedade, conforme podemos notar no depoimento abaixo:

“(...) o maior desafio [do MST] é recolocar o SUS e o controle do SUS (...) dentro do marco no qual ele foi pensado (...) da luta pelo socialismo (...)” (Nicarágua)

Contudo, cabe ponderar que a luta pela consolidação dos direitos fundamentais do homem e pela construção de uma nova organização da sociedade não pode prescindir de mudanças políticas setoriais, visto que a coesão social em torno de lutas macro-políticas não se sustenta quando os problemas imediatos e emergentes na base não encontram respostas²⁵.

Segundo este autor, no imaginário social atual a materialização dos direitos sociais constitui uma expectativa que precede a revolução. Sendo assim, a participação do MST na elaboração e controle das políticas de saúde assume um papel estratégico na mudança estrutural. Porém, isso implica em uma visão de Estado que conceba a superação do capitalismo como algo menos abrupto e mais processual.

A pesquisa revela a existência de um grupo de integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST que acredita na importância da inserção do movimento no

aparelho estatal, assim como nos espaços possíveis de construção de alianças e realização de disputas políticas que permitam acumular forças orientadas à mudança do modelo de sociedade em longo prazo, evidenciando uma concepção de Estado distinta da apresentada.

Essa corrente de pensamento encontra sentido no referencial teórico de Gramsci, que parte da obra de Marx e elabora uma teoria ampliada do Estado, entendido como o conjunto de duas esferas que compõem a superestrutura: a sociedade política, composta pelos aparelhos coercitivos do Estado, cujo papel é o exercício da coerção e do domínio, e a sociedade civil entendida como o conjunto de organismos privados, cuja função é a conquista da hegemonia por meio do consenso^{26, 23}.

Portanto, para Gramsci, o Estado é entendido como um espaço de disputa entre distintos interesses, enquanto a sociedade civil, diferentemente da visão de Marx, constitui um momento da superestrutura e mantém uma relação dialética com a sociedade política. Assim, a sociedade civil não é homogênea; ao contrário, representa um espaço de conflito onde as contradições tornam-se aparentes. Nessa perspectiva, a revolução é percebida como algo processual, realizada por meio da *guerra de posição*, entendida como a conquista da hegemonia na sociedade civil como forma de construir uma contra-hegemonia na esfera da sociedade política; o Estado é visto como um espaço permeável à luta de classes, uma vez que é atravessado por ela^{26, 23, 24}.

A presença dessas idéias nas entrevistas evidencia a dualidade existente no grupo pesquisado e indica que o conjunto do MST encontra-se em um processo de reflexão sobre sua relação com o Estado na atual conjuntura política, sinalizando uma tendência à adesão ao referencial de Gramsci.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados, foi possível entender que a participação do MST nos espaços formais de controle social do SUS é uma questão controversa e ainda *em aberto* entre

os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde. As categorias que emergiram do estudo descortinam alguns elementos envolvidos no delineamento das distintas visões acerca desse assunto e traduzem o terreno conceitual sobre o qual transitam: o modelo de organização social e a luta por uma transformação ampla da sociedade que possa promover a real concretização dos direitos fundamentais do homem. É nessa perspectiva que o movimento pauta sua atuação e parece balizar suas estratégias de participação.

A concepção relatada de controle social representa, fundamentalmente, fazer a luta política fora do âmbito do Estado por meio de ocupações, marchas e mobilizações realizadas no cotidiano da militância no movimento e inseridas em suas lutas mais amplas. Essas estratégias de luta política alinham-se com as atuais práticas dos movimentos sociais, mas também revelam reminiscências históricas de aspectos reivindicatórios.

Foi também revelado nos depoimentos a existência de uma contradição importante entre os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde quanto à participação institucional. A descrença nos espaços institucionais como *lócus* de participação social para a consolidação do direito à saúde e a importância da inserção do MST nesses espaços apresentaram-se polarizadas. Parte dos sujeitos desacredita na participação formal no controle social e prioriza a luta por fora, entendendo o Estado como um espaço restrito, conforme proposto por Marx. Outra parte concebe a participação nos espaços de controle social instituídos como uma estratégia de transformação social importante, consoante com a visão de Gramsci.

Os resultados sinalizam a importância da ampliação do debate sobre essa polarização no interior do Coletivo Nacional de Saúde e do conjunto do MST, com vistas a superar a contradição e encontrar o consenso necessário à elaboração de estratégias de controle social do SUS que possibilitem fortalecer as potencialidades presentes e superar as

limitações da luta reivindicatória, contribuindo para a ampliação das formas de participação social na gestão do SUS e para a consolidação do direito à saúde.

As ocupações, as mobilizações e as marchas podem ter promovido, historicamente, avanços para o movimento no que concerne às suas grandes lutas, mas revelam-se frágeis com relação à efetivação do direito à saúde no cotidiano. Embora a Reforma Agrária represente também uma conquista sanitária, na materialidade da vida, as privações objetivas e subjetivas exigem atenção e cuidados que não podem ser postergados e não são satisfeitos somente com a conquista da terra.

Desse modo, as políticas públicas de saúde constituem demandas concretas permanentes e os serviços de saúde invariavelmente são demandados em algum momento pela população (inclusive a do MST), evidenciando a necessidade da concretização de um sistema de saúde (e o referido sistema, SUS, aí está) independentemente do modelo de Estado vigente.

Sendo assim, a participação social na elaboração e acompanhamento das políticas de saúde assume um papel fundamental, uma vez que possibilita a construção de respostas aos problemas emergentes no conjunto da sociedade. Nessa perspectiva, cabe ao Coletivo Nacional de Saúde, e ao conjunto do MST, traçar estratégias que articulem as questões amplas com as lutas setoriais, bem como a objetividade e a subjetividade, o imediato com o mediato, pois, lutar por um futuro societário pautado na justiça social sem construir mecanismos que concretizem os direitos fundamentais no presente, significa negar o direito à saúde às bases que mantêm o movimento vivo e negar a própria história de luta dos movimentos sociais pela construção desses direitos.

Para tanto, faz-se necessário promover debates entre o MST, a sociedade civil e a sociedade política sobre o modelo atual de participação no controle social do SUS, com vistas a identificar e construir (com) juntamente possíveis alternativas de atuação que

fortaleçam a participação social na gestão das políticas de saúde e promovam a consolidação do SUS e do direito à saúde.

Por fim, a dissonância existente entre o conceito de participação no controle social do SUS presente no imaginário dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST e o modelo garantido no plano jurídico conduz a uma nova pergunta: em que medida o desenho de controle social do SUS instituído após a Reforma Sanitária refletiu as expectativas da sociedade civil com relação à participação na saúde?

Esse questionamento incita o desenvolvimento de novas pesquisas que revelem a significação simbólica de outros movimentos sociais sobre a concepção de controle social do SUS e auxiliem a desatar os nós que se apresentam nesse campo, possibilitando tecer novas tramas que fortaleçam a rede de participação social no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - SOUZA, M. L. Desenvolvimento de Comunidade e Participação. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2004. 231 p.
- 2 - LAUREANO, D. S. O MST e a Constituição: um sujeito histórico na luta pela reforma agrária no Brasil. São Paulo: Expressão Popular; 2007. 232 p.
- 3 - CALDART, R. S. Pedagogia do Movimento Sem Terra. São Paulo: Expressão Popular; 2004. 439 p.
- 4 - COLETTI, C. Avanços e impasses do MST e da luta pela terra no Brasil nos anos recentes. In: SEOANE, José (Org.). Movimientos sociales y conflicto en América Latina. Buenos Aires: CLACSO; 2004. p. 279-285.
- 5 - SCHERER-WARREN SCHERER-WARREN, I.; FERREIRA, J.M.C. (Org.). Transformações Sociais e Dilemas da Globalização: um diálogo Brasil/ Portugal. São Paulo; 2002. p. 243 -257.
- 6 - CARNEIRO, F. F. A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. 2007. 143 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2007.
- 7 - DAROS, D.; DELLAZERI, D. T.; ANDREATTA, M. O Curso Técnico em Saúde Comunitária do IEJC. Cadernos Iterra, ano VII, n. 13, 2007. p. 129-177.
- 8 - CORREIA, M. V. C. Desafios para o Controle Social: subsídios para capacitação de

conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 278 p.

9 - LAURELL, A. C. Globalización, políticas neoliberales y salud. In: BRICENO-LEON, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., Carlos E. A. (Orgs). Salud y Equidad: Una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 73-84.

10 - ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Orgs). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. p. 09-23.

11 - BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 223 p.

12 - ARAÚJO, L. E.B. O MST e a luta pela terra: a juridicização do político. In: QUEVEDO, J.; IOKOI, Z.M. G. (Orgs). Movimentos Sociais na América Latina: desafios teóricos em tempos de globalização. Santa Maria: MILA, CCSH; 2007. p. 310-326.

13 - ARIAS, P. G. La Cultura: estrategias conceptuales para comprender la identidad. La diversidad, la alteridad y la diferencia. Quito: Abya-Yala; 2002. 127 p.

14 - SEOANE, J. Movimientos Sociales y Recursos Naturales em América Latina: resistencias al neoliberalismo, configuración de alternativas. Sociedade e Estado, v. 21, n.1, 2006. p. 85-107.

15 - CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995. 135 p.

16 - WENDHAUSEN, A; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, 2007. p. 579-84.

17 - GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. p. 797-805.

18 - WENDHAUSEN, A; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002. p. 1621-1628.

19 - SCHERER-WARREN Redes de Movimentos Sociais. São Paulo: Loyola; 2005. 143p.

20 - GOHN, M. G. História dos Movimentos e Lutas Sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Loyola; 2003. 213 p.

21 - GONÇALVES, C. W. P. A Geograficidade do Social: uma contribuição para o debate metodológico sobre estudos de conflito e movimentos sociais na América Latina. In: SEOANE, José (Org.). Movimientos sociales y conflicto en América Latina. Buenos Aires: CLACSO; 2004. p. 279-285.

22 - MARX, K.; ENGELS, F. O Manifesto Comunista. São Paulo: Paz e Terra; 2006. 67 p.

23 - SIMIONATTO, I. Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. 3ª ed. Florianópolis: Ed. UFSC; São Paulo: Cortez Editora; 2004. 281 p.

24 - GRUPPI, L. Tudo Começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. Porto Alegre: L&PM; 1985. 93 p.

25 - BETTO, F. Vamos mudar: desafios do Neoliberalismo ao movimento popular. Revista Caros Amigos, São Paulo; n.36, 2000. p. 15.

26 - MEZZARROBA, O. (Org.). Gramsci: Estado e Relações Internacionais. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2005. 334 p.

D.O. Severo elaborou os originais do artigo e M.A. Da Ros os revisou.

ANEXO 1: PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Parecer Consubstanciado Projeto nº 272/07

I - Identificação

Data de entrada no CEP: 06/09

Título do Projeto: A participação dos movimentos sociais no controle social do SUS: percepção do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

Pesquisador Responsável: Marco Aurélio da Ros.

Pesquisador Principal: Denise Osório Severo.

Propósito: A pesquisa em questão configura o projeto de Mestrado da pesquisadora principal e está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC.

Instituição onde se realizará: A pesquisa será realizada em Brasília – DF – no local onde acontecerá o Encontro do Coletivo Nacional de Saúde do MST, a ser definido pelo movimento.

II - Objetivos:

Geral: - Identificar a percepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS.

Específicos: a) apreender a visão dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação nos Conselhos de Saúde; b) identificar se a temática do controle social do SUS está presente nas discussões do Coletivo Nacional de Saúde do MST e quais estratégias estão sendo adotadas neste sentido; c) discutir alternativas de participação dos movimentos sociais no controle social do SUS; d) contribuir com a discussão deste tema no interior do movimento no sentido de municiá-lo para as tarefas de educação popular em saúde.

III - Sumário do Projeto: Podemos constatar no cenário nacional a fragilidade da participação da sociedade civil nos Conselhos de saúde, especialmente dos movimentos sociais, e a baixa capacidade de intervenção dos representantes dos usuários nestas instâncias. Esse cenário revela, por um lado, uma lacuna na apropriação destes espaços participativos e, por outro, um despreparo daqueles que assumem esta representação, o que torna esta participação vulnerável e compromete a consolidação do controle social do SUS. Compreender a visão do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação na gestão do SUS oferece a possibilidade de identificar elementos que possam vir a colaborar para a reflexão sobre os desafios da efetivação da participação social no controle social do SUS. A escolha do MST deve-se ao fato desse ser o maior movimento social brasileiro e um dos poucos remanescentes das décadas de 70/80, o que o torna um importante ator social no que concerne à efetivação do controle social do SUS. Os sujeitos da pesquisa serão 15 integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST, sendo no máximo 3 representantes de cada uma das cinco regiões geográficas do país: norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste. Os integrantes serão

indicados por um informante-chave membro do Coletivo Reduzido de Saúde. A coleta de dados será realizada a partir da aplicação de entrevistas e da realização de observações. O tratamento dos dados será realizado através da análise de conteúdo, na qual será extraído do conjunto de categorias após a coleta de dados e revisitados os marcos teóricos, com o intuito de confrontá-los com a fundamentação teórica, caracterizando assim a dialeticidade da pesquisa.

IV - Comentários: A pesquisa apresenta a documentação exigida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se bem elaborado e será apresentado a todos os sujeitos envolvidos na pesquisa. A pesquisadora envolvida com a pesquisa assinou e se comprometeu a aceitar a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados podem trazer maiores informações sobre o desenvolvimento de estratégias eficazes para a participação social no controle social do SUS, bem como, oferecer elementos para que o MST possa fortalecer suas atividades de educação popular em saúde e seu potencial de participação na definição das políticas de saúde no Brasil. A considerar esses aspectos, somos de parecer favorável à aprovação da pesquisa.

V - Parecer:

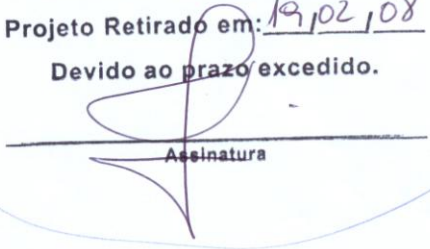
Aprovado (X)

VI - Data da Reunião: 01 de outubro de 2007.


Washington Portela de Souza
Coordenador

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

Comitê de Ética - CEP/UFSC
Projeto Retirado em: 19/02/08
Devido ao prazo excedido.


Assinatura

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você pensa sobre a participação do MST no controle social do SUS?
2. Qual a relação dos movimentos sociais e do MST com a origem do controle social do SUS?
3. O controle social do SUS é abordado nas discussões do movimento? De que forma?
4. Existe participação do movimento nos Conselhos de Saúde? Existem Conselheiros de Saúde entre os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde?
5. Existem estratégias adotadas pelo movimento em relação à participação no controle social do SUS? Quais?
6. Quais são os desafios em relação à participação no controle social do SUS?
7. Qual o papel do movimento em relação à consolidação do SUS?
8. Quais outras formas de participação no controle social do SUS poderiam ou deveriam existir?

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Denise Osório Severo**, Fisioterapeuta Sanitarista e Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina-Brasil, sob orientação do Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **“A participação dos movimentos sociais no controle social do SUS: percepção do Coletivo Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)”**, com o objetivo de identificar a percepção dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS.

Este estudo tem como objetivos específicos: apreender a visão dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação nos Conselhos de Saúde; identificar se a temática do controle social do SUS está presente nas discussões do Coletivo Nacional de Saúde do MST e quais estratégias estão sendo adotadas neste sentido; identificar os desafios percebidos pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST na efetivação da participação social no controle social do SUS, bem como discutir alternativas de participação dos movimentos sociais no controle social do SUS.

Compreender a visão dos integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre a participação no controle social do SUS oferece a possibilidade de identificar elementos que possam vir a colaborar para a reflexão sobre os desafios da efetivação da participação social na gestão do SUS, assim como contribuir com a discussão deste tema no interior do movimento.

Para isto será necessário o desenvolvimento de entrevistas gravadas em áudio com os integrantes do Coletivo Nacional de Saúde do MST, sujeitos desta pesquisa. Os resultados serão posteriormente apresentados a este Coletivo em reunião agendada com o mesmo, publicados sob a forma de artigos científicos. Aos participantes estará garantido o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Diante do exposto, Eu _____, **concordo** em colaborar voluntariamente com o trabalho e declaro para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa, da metodologia e das condições da minha participação nesta pesquisa.

Concordo, portanto, com as condições aqui oferecidas pela pesquisadora para a correta utilização das minhas informações, bem como, a mesma afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação no trabalho.

Brasil, _____ 2007.

Sujeito da Pesquisa

Ass: _____

RG: _____

Pesquisadora responsável

Ass: _____

Denise Osório Severo

RG: _____