A LUTA PELA SAÚDE NO MOVIMENTO SOCIAL DE ARATIBA

THE FIGHT FOR HEALTH IN THE SOCIAL MOVEMENT OF ARATIBA

Luciane Prado Kantorski[1]

RESUMO

O presente trabalho consiste em um estudo acerca do processo de organização e luta pela saúde desenvolvido no município de Aratiba (RS), enfocando o período de 1985 a 1993. Para tanto procurou-se articular a discussão teórica e os dados, aprofundando-se as reflexões acerca do Estado (enquanto espaço de conflito), da questão da ideologia dominante e dos mecanismos de contra-ideologia (reproduzidos ou recriados pelo movimento), dos espaços educativos gerados no interior do movimento social e das possibilidades de construção da cidadania resultante da participação social.

UNITERMOS: saúde, movimento social.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo resulta de alguns aprofundamentos realizados durante e após a conclusão da dissertação de mestrado da autora onde se analisou a educação e saúde no movimento social de Aratiba. Naquele momento, estabeleceu-se um recorte a fim de olhar mais profundamente o movimento social na saúde articulando-o a elementos das políticas de saúde do Estado, visualizando-se com isso uma outra possibilidade de apreender o processo de Aratiba.

Essa experiência faz parte dos grupos de trabalho chamados alternativos, que propõem uma formação mais globalizada, entendendo a saúde como uma prática construída social e historicamente pautada em uma realidade concreta e em constante movimento.

Tendo por base esse referencial, procurou-se, a partir de alguns documentos, atas de reuniões e principalmente das falas das lideranças, reconstituir a memória do movimento social e situá-lo no interior das dinâmicas competitivas do Estado, resgatando neste contexto a luta pela saúde compreendendo-a em articulação com outras lutas. Para finalizar, identificam-se alguns aspectos que suscitam a necessidade de maiores estudos acerca da temática, intencionando-se que esta pesquisa desperte novas curiosidades naqueles que se dedicam ao estudo do tema.

1 Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas/RS, doutoranda do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem - EERP/USP.

2 METODOLOGIA

O espaço social em que o estudo foi realizado é Aratiba, um município de pequeno porte da região Alto Uruguai do RS, com cerca de 10.000 habitantes, caracterizado por minifúndios e colonizado por italianos, alemães e poloneses, onde o movimento social de saúde está bastante solidificado. Este movimento social foi estudado no período de 1985 a 1993.

O estudo relatado neste artigo, constituiu-se em uma pesquisa de campo. Como técnicas para obtenção dos dados utilizou-se de documentos (relatórios, atas, plano geral e parecer do Conselho Estadual de Educação do Curso de Auxiliar de Enfermagem), questionários (aplicados a dez alunos deste curso), quatro entrevistas não-estruturadas (realizadas com pessoas envolvidas na organização do curso) e nove entrevistas semi-estruturadas (instrumento principal da pesquisa).

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com quatro líderes do movimento social de Aratiba – o sindicalista, o vereador, o prefeito e o deputado – e cinco agentes que participaram em outros níveis durante a evolução do processo – o engenheiro, a professora, a profissional de enfermagem, o dentista e o médico. As entrevistas tiveram duração de uma hora a uma hora e meia, sendo utilizados para registro o gravador e anotações paralelas. A amostragem foi intencional e o critério básico utilizado foi o de que esses agentes sociais tivessem acompanhado a organização do movimento na saúde a partir de 1985, e incorporado esse projeto de mudança a sua vida. O fato da

pesquisadora conhecer o campo de estudo desde 1986 e de ter enviado previamente o projeto para conhecimento das lideranças do movimento, serviu como guia para a determinação dos sujeitos que fariam parte da amostra. A delimitação da suficiência dos dados estabeleceu-se quando a pesquisadora considerou que os mesmos começavam a se tornar repetitivos, dando mostras de exaustão, conforme orienta Minayo (1992). Os resultados foram apresentados e discutidos através de uma abordagem qualitativa.

A categoria considerada central para análise dos dados foi a ***contradição***. Entende-se, que as categorias analíticas "... retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto em seus aspectos gerais. Elas comportam vários graus de abstração, generalização e aproximação" (Minayo, 1992, p.94).

As categorias empíricas que orientaram a ordenação dos dados foram *Estado e suas representações, movimento social enquanto espaço de formação, ideologia e contra-ideologia, e cidadania,* por se compreender que as categorias empíricas "... são construídas com finalidade operacional, visando o trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica" (Minayo, 1992, p.94).

3 O PERCURSO TEÓRICO

Como foi ressaltado anteriormente, as categorias analíticas e empíricas permitiram delimitar este olhar sob o processo de organização do movimento social em Aratiba. A seguir, explicita-se entendimento teórico que se assume sobre Estado e ideologia, movimentos sociais e cidadania, que orientou a discussão dos resultados desse estudo.

3.1 Estado e ideologia

Para pensar o Estado e a ideologia utilizou-se fundamentalmente as concepções de Marx e Gramsci. Marx afirma que o Estado é um aparelho de exercício do poder nas mãos da burguesia, que não visa o interesse geral, mas serve aos interesses específicos da classe dominante (Netto,1986). Por sua vez, Marx e Engels (1989) compreendem a ideologia como sendo a falsa consciência, ilusão, ou concepção distorcida de idéias, em que estas aparecem como motor da vida real. Os autores assinalam que a ideologia dominante produz uma consciência deformada da realidade.

Mas é Gramsci, dentro da tradição marxista, que vai trazer uma contribuição diferente acerca do Estado. Esse autor, em seu conceito de *Estado Ampliado*, afirma que o Estado consiste na sociedade política mais a sociedade civil, ou seja, hegemonia revestida de coerção. Gramsci aponta que o Estado condensa em si um conjunto de atividades teórico-práticas pelas quais a classe dirigente justifica o seu domínio, obtendo o consentimento ativo dos governados. Deste modo, ocorre um reconhecimento do espaço da sociedade civil enquanto conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias (Coutinho, 1981).

Gramsci (1991), entende a ideologia enquanto concepção de mundo da classe dominante que precisa ser difundida por toda a sociedade, assumindo um caráter de universalidade e, deste modo, concordando com Marx e Engels. No entanto, desenvolve a idéia de que a difusão da ideologia se dá na filosofia e no senso comum. O autor reconhece nestes espaços de difusão um núcleo de contradição, que pode ser trabalhado de modo a se construir uma contra-ideologia elaborada historicamente pelos sujeitos que vivem a opressão.

Com base nestes autores, reitera-se a compreensão de que, ao tratar da reprodução, não se está compreendendo que a ideologia dominante seja mecanicamente incorporada, mas sim reelaborada pelos sujeitos em um movimento de conformismo e resistência.

Tendo como referência este suporte teórico, a autora se propõe a olhar a realidade considerando a historicidade dos sujeitos situados em uma sociedade concreta. No entanto, não se pretende advogar a autonomia do sujeito, mas reconhecer o seu caráter contraditório e a possibilidade de que sejam constituídos espaços emancipatórios no interior da sociedade.

O sujeito social, compreendido nas relações sociais que estabelece, ocupa um lugar no processo produtivo e através do trabalho humano, engendra instituições sociais. A questão do sujeito e das instituições é trazida aqui na tentativa de superar sua aparência[2], em que se pode entender por exemplo, as instituições de saúde como se estas fossem produzidas alheias ao homem concreto. Entende se que estes espaços cumprem, sim, uma finalidade social de reprodução da ideologia dominante, fortalecendo determinada classe social e contribuindo para a reprodução do capitalismo. Entretanto, este processo não acontece de forma mecânica, sendo permeado por contradições e gestando, no interior destas contradições, os espaços de resistência. Para exemplificar pode se afirmar que uma das contradições do capitalismo se refere ao modo como os bens materiais são produzidos e consumidos, o que pode levar à reflexão acerca dos serviços de saúde como necessidade dos indivíduos, mesmo que o acesso a eles não

2 Marx, ao trabalhar esta questão, afirma que a sociedade burguesa para manter a exploração/opressão necessita de mecanismos que acabam criando uma aparência coisificada dos processos sociais, apresentando-os como coisas alheias e externas ao homem e às relações de produção (Netto, 1986).

seja garantido a todos os grupos. Em suma, as diferentes classes sociais e seus interesses se expressam em diversos espaços sociais e produzem homens concretos e contraditórios.

Carnoy e Levin (1987), trazem uma contribuição importante acerca do Estado, que permite aprofundar a questão da ideologia e a formação da contra-ideologia, que se processa nas lutas internas do Estado. Os autores reconhecem o Estado fundamentalmente como campo de conflito, onde são desenvolvidas dinâmicas competitivas de disputa do capitalismo e dos movimentos sociais, na tentativa de expansão de poder econômico, social e político.

É nesta perspectiva teórica que se pretende trabalhar. Para isto, são colocadas algumas reflexões sobre as políticas públicas adotadas pelo Estado brasileiro nas duas últimas décadas. Entende-se que esta discussão pode auxiliar a compreensão de como este movimento pela saúde foi se constituindo no espaço de contradição de um Estado que, desenvolvendo-se no interior do capitalismo, sequer conseguiu/consegue suprir condições mínimas de sobrevivência dos indivíduos.

Como é um fato por demais conhecido, a década de 80 inaugurou-se com o choque externo negativo dos preços do petróleo entre 1979 e 1982, e com a explosão da taxa de juros internacionais, seguida de uma recessão mundial. No Brasil, os investimentos públicos realizados em décadas anteriores deram-se através do endividamento externo, o Estado respondendo a isto com a nacionalização de parte da dívida do setor privado, como proteção aos juros elevados. Esta situação acarretou um aumento da inflação, desestimulando os investimentos produtivos durante os anos 80. A crise externa e a crise fiscal configuraram, no Brasil, uma crise orgânica do Estado desenvolvimentista pois, diferente dos demais países da América Latina, o Brasil deu um passo decisivo rumo à industrialização e a uma economia cada vez mais voltada para a exportação. Deste modo, nos anos 80 vivenciou-se a estagnação econômica, a inflação crônica e a ingovernabilidade enquanto manifestações de uma crise orgânica de um Estado desenvolvimentista (Fiori; Kornis, 1994).

Assinala-se aqui que não é apenas uma situação conjuntural que está em questão, mas a crise de um modelo de desenvolvimento econômico, no interior do próprio capitalismo, que vai se esgotar e revelar uma crise orgânica.

Como apontam Fiori e Kornis (1994), paralelo à crise econômica ocorre uma crise política do governo militar e um avanço das forças sociais. Os autores definem a década de 80 como uma década enviesada em que convivem a crise econômica e a expansão de organizações no âmbito da sociedade civil e dos direitos à cidadania política. De 1980-1991, observa-se um crescimento populacional da ordem de 23,46% e um aumento da concentração da população urbana de 67,59% em 80, para 75,47% em 91. Os autores ressaltam que a inflação de 80 para 90 alcançou três dígitos (110,2%) ao mês, chegando em alguns momentos (88, 89, 90, 92 e 93) a mais de 1000% ao ano.

A situação de aumento populacional, concentração da pobreza no espaço urbano, redução de renda per capita e hiperinflação, que compõem o cenário da década, se contrapõe ao crescimento econômico da década anterior. No entanto, o que chama a atenção é o fato de que as políticas econômicas tenham concentrado seus esforços prioritários em combater a inflação, mesmo adotando medidas extremamente recessivas e tendo que abandonar o incentivo ao desenvolvimento das forças produtivas. Isto é perfeitamente compreensível quando se pensa que este crescimento se deu às custas da constituição de uma dívida externa impagável, fortalecendo mecanismos externos de dependência e regulação. Ao mesmo tempo, há que se considerar os mecanismos internos da dependência, que apontam, por exemplo, para medidas estatais protecionistas voltadas para um investimento intenso no setor privado.

Coerentemente, o setor saúde vivencia este movimento contraditório de um momento histórico caracterizado pela crise econômica e pelos avanços da sociedade organizada. A tônica consiste na redução dos investimentos em saúde e na adoção de medidas cada vez mais racionalizadoras. No início da década, elabora-se o projeto do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) com vistas à reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, compreendendo áreas como saneamento e habitação. Com o objetivo de racionalizar a assistência médica, e em função da crise da Previdência, cria-se o Conselho Consultivo e Administrativo de Saúde Previdenciária (CONASP) que introduziu critérios de compra e venda de serviços, mas manteve as relações de privilégio do setor privado (Oliveira; Teixeira, 1986).

De acordo com Fleury (1991), as Ações Integradas de Saúde (AIS) têm origem nos programas propostos no âmbito da Previdência Social elaborados pelo CONASP e aprovados em agosto de 1982. Este, como outros programas do CONASP, serviriam de estratégia de estrangulamento de uma política hegemônica do INAMPS de privatização dos serviços de saúde. A autora afirma que as AIS, baseadas em princípios de integração institucional, participação e controle social, descentralização, universalização e eqüidade no atendimento, vão servir estrategicamente para o delineamento do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987.

Todo este movimento teve como pano de fundo um determinante importante – a crise previdenciária, reflexo da crise econômica e institucional vivida naquele momento. Desde a década de 60, vinha ocorrendo uma progressiva aniquilação dos

Institutos de Assistência e Previdência Social-IAPS, um estímulo ao complexo médico-industrial durante os anos 70, e um incentivo a um modelo previdenciário centrado na figura do médico, de caráter individual, assistencialista e privatista (Oliveira; Teixeira, 1986).

Neste mesmo bojo, a crise política do regime autoritário que, estrategicamente, implementou uma abertura política controlada em 1979, pressionado pelas organizações sociais crescentes, desembocou em uma série de lutas por eleições diretas para presidência da República, ou seja, em lutas de democratização do país. Esta conjuntura, que resultou na transição democrática da Nova República nos anos 80, impulsionou toda uma organização em torno da criação do Sistema Único de Saúde-SUS (Luz, 1991).

Assim, em 1986, quando aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, configurou-se uma mobilização dos vários tipos de organizações sociais, que se retratou em um cenário de 4.000 representantes da sociedade civil organizada, que manifestava uma compreensão acerca da participação e do controle social enquanto possibilidade concreta de construção do sistema de saúde (Luz, 1994).

A nova Constituição aprovada em 1988, afirma que o direito à saúde deve ser assegurado pelo Estado e que deve ser garantida a participação da comunidade no SUS (Art.198, inciso III). A Lei Orgânica da Saúde, Lei no 8.080, propõe a criação de duas instâncias colegiadas que são a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, nas esferas nacional, estadual e municipal (Brasil, 1990). No entanto, uma série de retrocessos foram ocorrendo e mesmo a organização social em torno do SUS não impediu a crise que se acirrou na área de saúde.

O que se torna importante assinalar neste contexto de avanços e retrocessos é o fato de que somente a lei não pode garantir maior participação social no interior do Estado, de modo que se possam reorientar políticas públicas como a saúde. Acredita-se que a força para resgatar a participação e a resistência esteja nos sujeitos sociais que, de alguma forma, sentem-se comprometidos com as lutas pela saúde e por condições mais dignas de existência humana. Neste sentido, aborda-se, a seguir, os movimentos sociais enquanto espaços de formação e de construção da cidadania, ou seja, espaços de constituição de sujeitos sociais.

3.2 Os movimentos sociais e a questão da cidadania

Resgatando-se as contradições internas do Estado e os espaços de formação dos movimentos sociais, pode-se dizer que os movimentos passam a se redefinir no próprio conflito. Calderón e Jelin (1987), enfatizam que nos anos 70 e 80, se processou uma transformação nos atores coletivos, uma perda dos horizontes totalizantes e uma segmentação das práticas coletivas.

O que se pode observar, inegavelmente, é que outras organizações diferentes dos sindicatos e partidos passaram a compor o cenário dos movimentos sociais. Estas organizações, como as CEBs (Comunidades Eclesiais de Base), Clubes de mães, movimentos pela saúde, pelos direitos dos homossexuais, das mulheres, entre outros, apresentam novas características. Dentre elas, pode-se assinalar o fato dos novos movimentos não trazerem como foco principal a discussão macro-política, da luta de classes, da necessidade de contrapor a sociedade capitalista. Coloca-se no centro dos novos movimentos as disputas micropolíticas, a valorização das experiências mais localizadas e específicas. Considera-se que as opções neoliberais têm contribuído para o desgaste das práticas coletivas de organização, o que não significa que as lutas macropolíticas saíram do cenário político atual.

Para Gohn (1992), o espaço de resistência, enquanto processo de luta, é também um espaço de formação, ou seja, constitui-se em um movimento educativo visto que historiciza os problemas e constrói novos sujeitos coletivos. A mesma autora, ao falar do caráter educativo dos movimentos sociais, reitera que o exercício da prática cotidiana no movimento leva ao acúmulo de experiência, aprende-se sobre o processo de ocultamento das diferenças sociais, sobre os interesses distintos e elabora-se estratégias de conformismo e resistência. Esta questão do movimento social enquanto espaço educativo traz consigo implícita a discussão da cidadania, construída pela participação, como forma de criação histórica da sociedade.

Por sua vez, Dornelles (1989), questiona se os valores burgueses que nortearam a conceituação da cidadania, passando pelos direitos naturais do século XVIII, por Diderot, Locke, Rousseau, percorrendo a Declaração da Virgínea (1776) e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão da Assembléia Nacional Francesa (1789), que consistem basicamente em afirmações de direitos individuais, são realmente fundamentais aos seres humanos. O autor segue indagando se, ao invés destes, não seriam fundamentais novos direitos de natureza social, que servissem para garantir as condições da existência humana. Entende-se que a sociedade carece rever esta questão, ao menos no sentido de atribuir novos significados a estes direitos.

Valla (1992), complementa a presente discussão quando afirma a existência de dois tipos de cidadania que são: cidadania de sobrevivência e cidadania de vigilância. O primeiro tipo, encontrado na América Latina, significa que a população, mesmo tendo alguns direitos básicos garantidos na Constituição, como o acesso aos serviços de saú-

de, não tem esses direitos concretizados de fato. O segundo tipo, predominante nos países desenvolvidos, significa que, tendo a população acesso aos serviços básicos, cabe a ela manter-se vigilante em relação ao governo para que seja garantida a qualificação dos serviços.

Tais conceitos trazem à tona uma acepção de cidadania que se relaciona com a garantia de condições e da qualidade da existência humana. Também remete ao exercício de se repensar a cidadania em sua plenitude, relacionando-a às necessidades, liberdade, igualdade, autonomia, democracia, participação e à organização da sociedade como um todo.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste momento do trabalho, apresenta-se os resultados encontrados na pesquisa, buscando-se uma articulação com o referencial teórico desenvolvido anteriormente.

4.1 A memória do movimento social em Aratiba

Aratiba, o cenário deste estudo, localiza-se na região Alto Uruguai do estado do Rio Grande do Sul, fazendo parte da micro-região de Erechim, da qual dista 40 Km. Aratiba possui atualmente cerca de dez mil habitantes e tem como base da economia as atividades agropecuárias. 80% da população vive no meio rural. As culturas predominantes são: o trigo, a soja, o milho, o feijão e o fumo. Destaca-se também a criação de animais tais como: gado, suínos, peixes, aves e a apicultura. O Alto Uruguai caracteriza-se por apresentar um relevo bastante acidentado, o que dificulta o acesso por vias rodoviárias, a comunicação e o uso de máquinas agrícolas. Isto significa que grande parte dos agricultores trabalha a terra manualmente e encontra sérias dificuldades para o transporte e a comercialização do seu produto.

A organização do sistema local de saúde em Aratiba, conta atualmente com dois hospitais privados, sendo um de propriedade particular de um médico e o outro da associação de agricultores. O município possui um posto de saúde localizado na sede, que realiza atividades preventivas e curativas no campo das imunizações, prevenção do câncer ginecológico e saúde bucal. A organização dos trabalhadores em torno da questão saúde iniciou-se em função das injustiças vividas cotidianamente frente ao não acesso aos serviços, especialmente ao hospital particular mencionado. Na ocasião, foi formada uma associação dos agricultores que comprou um dos hospitais locais e iniciou um trabalho que se colocou como alternativa ao alto custo e a má qualidade dos serviços prestados até então.

O processo de estruturação da luta pela saúde em Aratiba iniciou em 1985, tendo como ponto de partida a organização do Sindicato dos Trabalhadores Rurais (STR) local. Os líderes do movimento eram, em sua maioria, vinculados à Igreja Católica. Evidencia-se aqui uma forte contradição interna da Igreja enquanto instituição do Estado, sendo a mesma veiculadora da ideologia dominante. No entanto, é nesta contradição que se cria a possibilidade do envolvimento de alguns setores mais progressistas da Igreja no conjunto das lutas sociais. Isto possibilita, ainda, a formação de lideranças que atuem nos espaços sociais em busca da transformação.

Observa-se que algumas peculiaridades são evidenciadas pelo movimento social em Aratiba devido à influência da Igreja. Estas peculiaridades aparecem nas denominações que os entrevistados utilizam para o movimento como: conduzir o rebanho, preparação da base, caminhada e capacidade do povo. A expressão "conduzir o rebanho" contrapõe-se à perspectiva de construção histórica do sujeito evidenciada por Gramsci (1991) pois, veicula uma idealização de que as pessoas necessitam ser conduzidas a algum caminho tido como bom ou verdadeiro.

As marcas da diversidade do movimento social em Aratiba retratam-se através das diversas frentes de abrangência da luta, tais como: movimento de barragens, de saúde, de política agrícola, mulheres, entre outros.

Para nomear estas lutas e expressar a sua importância, são usados termos como: a questão concreta, o grande impulso. Considera-se o movimento social como questão específica e que não se limita devendo este envolver pelo menos as pessoas diretamente interessadas na causa.

As expressões retratam que o movimento social de saúde surge em torno de uma questão concreta e específica envolvendo um determinado grupo. Assim, este movimento não comporta os interesses da sociedade como um todo, não consiste em patrimônio específico de uma classe e necessariamente não coloca em xeque a sociedade capitalista e a luta de classes. O que ele advoga, primeiramente, diz respeito ao consumo coletivo dos serviços de saúde a ser garantido pelas políticas públicas do Estado. Isto se retrata também na perda dos horizontes totalizantes expressas pelo dentista em sua avaliação de que para o movimento, "... as questões locais são muito mais importantes do que as nacionais...".

Outro aspecto importante sobre o processo de mudança em Aratiba é evidenciado através do uso de expressões como: "mudar", "pressão", "as pessoas desafiam as regras", "trabalho de organização" e "o movimento vai ter que aquecer de novo". As falas reiteram que todo o movimento possui suas formas participativas, ou seja, seus espaços de democratização onde os indivíduos interagem com a realidade, realimentando a resistência durante a construção do processo.

Os espaços de democratização são reforçados quando os dados históricos coletados apontam que em dois ou três anos, existiam pequenos núcleos com cerca de 150 a 200 pessoas reunindo-se periodicamente para discutir os rumos do movimento.

Assim, os resultados apresentados demonstram que o movimento social em Aratiba é extremamente diversificado e multifacetado. Demonstram ainda uma certa dificuldade para que se estabeleçam relações globais entre o processo ao nível local e o contexto mais geral da sociedade. Fundamentalmente, as falas reforçam as novas faces dos movimentos sociais emergentes e seus espaços de democratização na construção da resistência.

4.2 Estado e suas representações em Aratiba

As representações do Estado, conforme o conceito gramsciano, enquanto hegemonia revestida de coerção, estão bem retratadas nas falas acerca dos setores que detêm o poder econômico e político no município.

O deputado refere que: "Aratiba um município de pequenos agricultores dominada essencialmente pelos comerciantes aliados à Igreja... e ao poder da saúde... sempre tinha um médico no meio da história".

Este dado demonstra que o Estado consiste em um campo de conflito que abriga contradições internas se processando no seu interior, concomitantemente à manutenção das relações de poder e à construção da resistência. Pode-se observar que as alianças realizadas historicamente entre instituições sociais como a Igreja, alguns setores economicamente importantes e a própria medicina, vão dando organicidade a uma série de relações sociais, fundamentais para a reprodução do capitalismo. Em contrapartida, existe nesta reprodução um núcleo de contradição que possibilita aos sujeitos organizarem-se e se contraporem mais efetivamente a estas práticas, gerando espaços emancipatórios importantes com vistas à superação.

Na especificidade da saúde e das políticas sociais do Estado para a área de saúde, os depoimentos enfatizam que: "... O sistema que está montado a nível de Brasil, se paga pela doença..." (O prefeito).

Como se sabe, o sistema de saúde no Brasil está estruturado com base em um modelo clínico, individualizante, organizado em função de interesses privativos dos grupos dominantes. Considera-se relevante, porém, reconhecer a contribuição da clínica para o aclaramento de algumas doenças. No entanto, este modelo focalizador da doença individual não leva em conta como o processo é construído historicamente e como as condições concretas de existência são fundamentais na determinação da saúde-doença. Um aspecto que reflete o enfoque individual-curativo do modelo de saúde vigente se concretiza no modo como são remunerados os serviços de saúde, ora por unidades de serviços, ora por AIHs, mas prioritariamente privilegiando a remuneração das doenças e não de programas integralizadores.

Assim, a resistência aparece retratada nos depoimentos quando ao falar da luta de direitos, o deputado expõe que: "O nosso grande desafio era superar, vencer esse espaço aí de fazer com que a lei fosse cumprida na área de saúde".

Ao lado da luta pelo cumprimento da lei do SUS, aponta-se que o Estado, por necessitar de respaldo para consolidar os interesses da classe dominante, até cria algumas leis de ampliação dos direitos sociais. No entanto, o Estado pode não implementar uma política social que realmente dê conta de viabilizar estas leis. O desafio colocado consiste em organizar-se e lutar para que os direitos de cidadania sejam garantidos a todos, como se propõe no processo de Aratiba. Considera-se que isto extrapola a luta pelo cumprimento da lei e aquisição de direitos, pois coloca em questão como a sociedade se organiza para garantir aos cidadãos mesmo que minimamente, condições dignas de existência.

Como se mencionou anteriormente, a experiência de Aratiba oferece dados que possibilitam a compreensão do Estado enquanto campo de conflitos, bem como palco das disputas de poder que vão possibilitar a manutenção ou a mudança nos processos sociais.

4.3 Ideologia e contra-ideologia no processo de Aratiba

Retoma-se o conceito marxista de ideologia que a considera enquanto mascaração da realidade, necessária à reprodução das concepções da classe dominante como se fossem universais. Entretanto, se reconhece a possibilidade de construção dos sujeitos sociais e da luta contra-ideológica, trazendo-se este referencial para a reflexão das especificidades do campo da saúde.

Evidencia-se que existe na saúde uma orientação ideológica dominante, no sentido de perpassar valores como o individualismo, a competitividade e a visão fragmentária da doença como forma de consolidar os interesses da classe dominante.

Neste sentido, as lideranças manifestam que: "Num hospital tradicional a primeira preocupação é a doença", "a competição é predominante", "as pessoas buscam o lucro e a vantagem pessoal".

Com a finalidade de cimentar a ideologia dominante, o discurso médico conservador é um dos que representa algumas das concepções que vão dar organicidade à classe dominante. O médico de Aratiba referindo-se à medicina comunitária diz que: "Quem está fazendo medicina comunitária, está fazendo empirismo, chazinho. Eu falei pelo menos que sou contra".

Coerentemente com a proposta de saúde veiculada através das políticas públicas de saúde hegemônicas, o discurso e a prática médica manifestos nas entrevistas, são centrados na doença, na negação do trabalho alternativo existente, realizando-se uma prática curativa e individualista, requerendo-se serviços de alta complexidade.

As lideranças reconhecem que o atendimento no hospital é realizado dentro da forma mais tradicional porém, ingenuamente, referem que isto não atrapalha. O vereador fala que: "... os médicos e dentistas tiveram uma formação onde a saúde é tratada como mercadoria... eles em si não atrapalham, não tem apoiado o trabalho e continuam a fazer da forma antiga".

Encontra-se aí representada uma luta de interesses contrários em que, apesar de uma formação profissional e das formas de se compreender a saúde-doença, que não são neutras, os agricultores tentam, conflituosamente, manter uma estrutura de atendimento que focaliza o modelo clínico, tentando ao mesmo tempo criar alternativas para este modelo. Esta questão das alternativas também se torna um pouco complicada visto que muitas das propostas reforçam formas individualizadas e centradas na doença (como uma espécie de substituição do medicamento pelo chá). No entanto, inegavelmente, as práticas alternativas trabalham com uma valorização do saber popular, da educação, observação e conhecimento do indivíduo sobre o corpo. Dão uma dimensão mais crítica para o papel do indivíduo e remetem também para questionamentos acerca da medicalização da sociedade.

Observa-se no processo de Aratiba a existência de toda uma luta contra-ideológica que visa solidificar novas crenças e vem progressivamente modificando a consciência das pessoas. Porém, os próprios integrantes do processo carecem de se aperceber que sua proposta terá maior sustentação e coerência somente quando os técnicos de saúde se engajarem e assumirem o seu compromisso com práticas sociais transformadoras. Porque, em se tratando este de um processo coletivo, ele requer a ação de vários sujeitos que, no conflito, vão criando outras possibilidades de construção de uma vida mais saudável. Com base nos dados coletados constata-se que este consiste em mais um novo desafio para a consolidação do processo de Aratiba.

4.4 A Luta pela saúde e os espaços de formação constituídos neste processo

No estudo da experiência de Aratiba observa-se a existência de dois processos de formação, a saber: um de educação formal configurado no Curso Supletivo de Auxiliar de Enfermagem da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba e outro de educação informal, como os encontros, reuniões, seminários, os cursos de formação sindical, os cursos de agentes de saúde e a própria prática cotidiana do movimento social, que se constitui em amplo espaço de educação informal.

Nos cursos de formação sindical, os conteúdos abordados referem-se a "... sindicato combativo (primeira etapa), como funciona a sociedade (segunda etapa), metodologia (terceira etapa), ideologia... comunicação (quarta etapa)", (O sindicalista).

As informações demonstram uma contradição entre a proposta pedagógica dos cursos e o nível de aprofundamento que efetivamente as lideranças adquirem a respeito da sociedade como um todo. Isso se evidencia especialmente quando o sindicalista afirma que: "A democracia está acima de tudo... a sociedade que eu gostaria pode até ser o capitalismo... desde que se possa dividir a riqueza".

Tal afirmação ignora que a distribuição de riquezas mexe na própria sustentação do capitalismo tanto nos países periféricos como centrais, colocando assim uma proposta idealizada desta distribuição.

Outro aspecto relevante desta fala consiste em que o processo de resistência no campo surge como anota Gaiger (1987), para resgatar a identidade dos camponeses, enquanto produtores rurais autônomos, e não necessariamente em contraposição à sociedade capitalista. Isto explica, ao menos em parte, porque estas lutas foram se fragmentando, perdendo perspectivas mais totalizantes e até gerando concepções idealizadas de modificação da sociedade.

Em relação aos conteúdos repassados nos cursos de formação de agentes de saúde, o vereador relata que: "Existe uma formação mais teórica no sentido da política de saúde... e a formação técnica no sentido de dominar os métodos de alimentação correta e aproveitamento da medicina alternativa...". Mais adiante, segue dizendo que a formação ".... por outro lado, também se fez acompanhada da discussão política".

Com relação aos cursos de agentes de saúde, observa-se uma coerência entre seu projeto pedagógico, as diretrizes, objetivos do movimento e a prática cotidiana dos agentes de saúde. Isto se confirma nas seguintes falas a respeito dos agentes de saúde: "... conseguem ser líderes na comunidade, conseguem trabalhar com a pessoa e não apenas com a doença" (O sindicalista).

A profissional de enfermagem reitera que: ".... agora as pessoas são mais instruídas, conscientes... por conta, procuram antes da situação se agravar".

Além disto, é assinalada nas entrevistas a importância do processo educativo na construção de novos sujeitos sociais para a manutenção da luta e a geração de mudanças. Isto é explicitado no seguinte depoimento: "... essa formação deu suporte para que a luta tivesse sucesso" (O vereador).

Os entrevistados manifestam existir na sociedade de modo geral uma certa enfatização do saber formal, em detrimento do saber popular, valorizado pelos movimentos sociais. Um conflito importante evidenciado juntamente com esta análise consiste na relação campo e cidade, expressada da seguinte maneira: "O pessoal da cidade, o pessoal de mais cultura, considera o pessoal do interior como colono e até como colono grosso, chineludo e outros adjetivos. A capacidade estaria com quem tem curso superior, com quem mora na cidade, com quem tem condições de ter cargo público, com quem detém o poder afinal" (A professora).

Esta classificação do colono como inferior já vem ressaltada por Martins (1990) e reflete uma postura ideológica. O autor ao abordar os modos como se retrata a exclusão do homem do campo, evidencia que palavras como camponês, caipira, caiçara, taboréu, caboclo, assim como estancieiro, fazendeiro, senhor de engenho, seringalista ou latifundiário expressam situações de classe e vão dar unidade às lutas camponesas. O autor reitera que tais concepções vêm enraizadas em um processo histórico de lutas políticas e confrontos entre as classes sociais. Em virtude do conteúdo histórico, político, social e ideológico das palavras, elas não podem ser consideradas meras definições. Este autor insiste em frisar que os diferentes adjetivos significam que o camponês está à margem, ou seja, excluído da sociedade. A essa exclusão, que classifica o camponês como inferior, Martins (1990), chama de exclusão ideológica.

A resistência em Aratiba se configurou na demonstração de que existe todo um saber informal e paralelo possível de ser construído, através do qual os trabalhadores rurais podem exercer o poder em favor da maioria. Além do que, aponta para uma reflexão das contradições internas do Estado, da organização da sociedade civil e das possibilidades de avanço com vistas à transformação da sociedade. Nesta reflexão, salienta-se que a experiência do movimento social tem demonstrado que os avanços para a classe trabalhadora dependem dos avanços nas lutas, tanto no campo como na cidade.

Acerca do Curso Supletivo de Auxiliar de Enfermagem, observa-se que a condução do seu projeto pedagógico está de acordo com as diretrizes do movimento, evidenciando-se o desagrado de alguns alunos frente à abordagem política dos conteúdos. Uma aluna relata a inclusão de discussões conjunturais como o movimento pela reforma agrária reclamando que: "... as vezes, paro para pensar e não consigo entender porque tive aquele tipo de aula num Curso de Auxiliar de Enfermagem". Entende-se que, embora o curso tenha uma orientação problematizadora e crítica, muitas vezes os alunos não chegam a compreender a proposta pedagógica que se coloca.

Após explicitar-se os espaços onde se desenvolveu o processo educativo do movimento social de Aratiba, procurou-se resgatar no movimento os aspectos que possibilitam a construção da cidadania dos sujeitos.

4.5 A construção da cidadania no interior das lutas pela saúde em Aratiba

A experiência de Aratiba teve como principal fator norteador a participação, expressa no poder de mobilização das pessoas, nos cursos de formação, nos espaços democráticos das diversas entidades e frentes de atuação.

Tais concepções aparecem nas seguintes falas: "Este projeto de saúde... as pessoas participaram e sentiram que elas estavam juntas... fazendo parte do processo e do projeto" (O prefeito).

Esta participação se converte em questão de cidadania também quando os entrevistados relatam o seu poder de opinar e decidir dizendo que: "não fecho totalmente", "não dá prá dizer que está bom", "eu tenho direito para resolver alguma coisa", ou ainda quando falam sobre o poder de ser ouvido.

Em relação ao sistema local de saúde, em termos de cidadania, dois dados apresentam-se como extremamente relevantes. O primeiro refere-se ao padrão do atendimento médico no consultório particular e no Hospital Comunitário, que se equivalem em termos de qualidade. O engenheiro ao falar sobre o bom atendimento compara estes locais dizendo que: "... a qualidade do atendimento não muda em nada".

O segundo refere-se ao perfil de demanda de consultas e internações que chega aos serviços de saúde, refletindo o acesso, a qualificação do trabalho e ganhos de cidadania. A profissional de enfermagem diz que: "... hoje se faz pré-natal em Aratiba... praticamente não tem internações de crianças e realiza-se 1300 consultas por mês".

Esta questão não implica em uma simples alteração de demanda, visto que, em uma população como a de Aratiba, fazer pré-natal e levar as crianças regularmente aos serviços de saúde não se constituía em um comportamento culturalmente incorporado. Assim, muitos dos problemas no parto e na infância podiam decorrer da não realização de pré-natal; do mesmo modo, muitos casos graves em crianças, como estados de desidratação, doenças respiratórias e outras chegavam ao consultório ou hospital quando a situação já era muito preocupante. Esta mudança constitui-se, portanto, em um fator importante no contexto desta realidade social.

Passando-se da análise da cidadania, enquanto conquista de direitos, para uma concepção mais ampla, relacionada à cidadania plena e a conceitos de educação e saúde mais abrangentes, destaca-se alguns depoimentos.

O dentista fala de um modelo de saúde onde se possa conceber a saúde além da doença, relacionando-a as condições de vida, em que: "... se promova a saúde acima de tudo, se procure dar para a pessoa... oportunidade de acesso ao conhecimento".

Vale ressaltar que vislumbrar um projeto mais amplo de saúde implica em falar das condições de vida das pessoas. Implica ainda que o acesso ao conhecimento tenha o significado de uma possibilidade concreta de construção dos sujeitos, dos movimentos sociais, enfim, da construção de processos emancipatórios.

Como afirma Castoriadis (1987), o projeto de transformação da sociedade é extremamente amplo e necessita de todas as forças e formas de organização social. O autor evidencia que para garantir que esse processo seja construído democraticamente é necessário que as pessoas sejam colocadas em condições concretas de decidir.

Neste sentido, constata-se que o processo de Aratiba constituiu-se de participação, conflitos, abertura de espaços de democratização e criação de condições concretas para a tomada de decisões, configurando-se assim em uma experiência riquíssima para o avanço, a construção e a ampliação da cidadania.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar a questão da luta pela saúde no processo de Aratiba constitui-se em um desafio, face a riqueza de dados oferecidos pela realidade. No entanto, procurou-se delimitar o estudo, realizando-se uma síntese que desse conta de alguns aspectos dessa complexa realidade, tais como movimento social, Estado e suas representações, ideologia e contra-ideologia, espaços de formação e construção de cidadania no processo de Aratiba.

Outros aspectos carecem de aprofundamento, como o próprio Curso de Auxiliar de Enfermagem em seu projeto pedagógico e concepções veiculadas pelo curso e movimento como um todo.

Percebe-se que o contexto é amplo e diversificado, oferecendo muitas perspectivas de estudo. Este trabalho representa apenas uma entre as muitas contribuições necessárias à apreensão da luta pela saúde em Aratiba.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 1988.

2 _____, Lei Orgânica da Saúde - Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Saúde em Debate,* Londrina, CEBES, v.30, p.15-30, 1990.

3 CALDERÓN, F.Q.; JELIN, E., Classes sociais e movimentos sociais na América Latina: perspectivas e realidades. *Revista Brasileira de Ciências Sociais, ANPOCS,* v.2, n.5, p. 67-85, 1987.

4 CARNOY, M.; LEVIN, H.M. *Escola e trabalho no Estado capitalista.* São Paulo: Cortez, 1987.

5 CASTORIADIS, C. *As encruzilhadas do labirinto/2:* os domínios do homem. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

6 COUTINHO, C. N., *Gramsci.* Porto Alegre: LPM, 1981.

7 DORNELLES, J.R.W., *O que são direitos humanos.* São Paulo: Brasiliense, 1989. (Coleção Primeiros Passos.)

8 FIORI, J.L. ; KORNIS, G.E.M. Além da queda: economia e política numa década enviesada. In: GUIMARÃES, Reinaldo;TAVARES, Ricardo A.S. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil*: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.1-42.

9 FLEURY, S. Avaliação comparativa das ações integradas de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate.* Londrina, CEBES, n.3, p.78-81, fev. 1991.

10 GAIGER, L.I.G., *Agentes religiosos e camponeses sem terra no sul do Brasil:* quadro de interpretação sociológica. Petrópolis: Vozes, 1987.

11 GOHN, M. G., *Movimentos sociais e educação.* São Paulo: Cortez, 1992.

12 GRAMSCI, A. *A concepção dialética da história.* 9.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

13 LUZ, M. T., Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. *Saúde em Debate, Londrina,* CEBES, v.32, p.27-32, jun. 1991.

14 _____. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In:GUIMARÃES, Reinaldo;TAVARES, Ricardo A.S. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil:* anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.131-154.

15 MARTINS, J. S., *Os camponeses e a política no Brasil.* 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

16 MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã.* São Paulo: Martins Fontes, 1989.

17 MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

18 NETTO, J.P. O que é Marxismo. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986. *(Coleção Primeiros Passos, 148.)*

19 OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(IM)Previdência Social* - 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986.

20 VALLA, V. V. Investigação científica, assessoria popular e capacitação técnica In: *PESQUISA social em saúde.* São Paulo: Cortez, 1992. p.95-102.

Endereço do autor: Luciane Prado Kantorski
Author's address: Rua Barão de Cotegipe, 490/09
Vila Tibério
14.050-000 - Ribeirão Preto - SP

ABSTRACT

This article is a study about the process of fight and organization for health, developed in Aratiba country in RS/Brasil, on a period between 1985 and 1993. For this we tried to articulate theoretical discussion and empirical data, reflecting about the State as a conflictive space, about the dominant ideology and the counter-ideology mechanisms (reproduced by the social movement), the educational spaces originated in the interior of the social movement and the possibilities of citizenship construction resulting from social participation.

KEY WORDS: *health, social movement.*

RESUMEN

Este estudio trata del proceso de la organización y lucha por la salud desarrollado en el município de Aratiba (RS/Brasil) y analisado entre 1985 y 1993. Para esto se tento articular la discusión teorica y las informaciones empíricas. Fuerón realisadas profundas reflexiones sobrem el Estado (referente al espacio del conflicto), sobre la cuestión de la ideología dominante y los medios de la contraideología reproducidos o recreados por el movimiento, sobre el espacio de la formación generados en el movimiento social y sobre la posibilidad de construcción de la ciudadania atraves de la participación social.

UNITERMOS: *salud, movimiento social.*