XXVIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI GOIÂNIA – GO

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

LITON LANES PILAU SOBRINHO

SAMYRA HAYDÊE DAL FARRA NASPOLINI

JORDÃO HORÁCIO DA SILVA LIMA

Copyright © 2019 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI
Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro Prof. Dr.
Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo
Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)
Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará
Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM– Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano
Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goías
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul) Prof. Dr.
José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul Prof. Dr. Caio
Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

---

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFG / PPGDP

Coordenadores: Liton Lanes Pilau Sobrinho

Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini

Jordão Horácio da Silva Lima – Florianópolis: CONPEDI, 2019.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-814-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Constitucionalismo Crítico, Políticas Públicas e Desenvolvimento Inclusivo

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVIII Encontro Nacional do CONPEDI (28 : 2019 : Goiânia, Brasil).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
Univeridade Ferderal de Goiás e Programa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis

Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

de Pós Graduação em Direito e Políticas Públicas
Goiânia - Goiás
https://www.ufg.br/

XXVIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI GOIÂNIA – GO

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

O GT Direitos Sociais e Políticas Públicas, na presente edição do Congresso Nacional do Conpedi, junto à Universidade Federal de Goiás (UFG), contou com a coordenação dos professores Liton Lanes Pilau Sobrinho, Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini e Jordão Horácio da Silva Lima. No GT interessantes temas foram abordados, com cuidado científico e competência jurídica, desvelando franco avanço das pesquisas na área.

Os trabalhos apresentados, que compõe a presente publicação, tratam das seguintes questões:

Daniela Arruda De Sousa Mohana e Danilo Mohana Pinheiro Carvalho Lima discutem em seu trabalho, intitulado "O Direito ao Trabalho e Exames Genéticos: Novos Desafios Na Proteção Da Dignidade Da Pessoa Humana", o direito ao trabalho e a sua relação com os exames genéticos, buscando refletir acerca da tutela da personalidade do trabalhador, na perspectiva da proteção da dignidade da pessoa humana. Concluem, com envergadura científica, que a utilização de teste genético de forma indistinta para fins de ingresso no mercado de trabalho acarreta consequências graves aos direitos fundamentais do indivíduo.

Erica de Kassia Costa da Silva e José Claudio Monteiro de Brito Filho trouxeram uma análise acerca das condições degradantes de trabalho do “peconheiro” na colheita do açaí, como uma forma típica de trabalho escravo contemporâneo. Apresentam a necessidade de se garantir os direitos fundamentais nas relações de trabalho através de políticas públicas, e a organização dos referidos profissionais em grupos de pressão, como instrumento de fortalecimento da categoria na elaboração de propostas para as agendas de governo, e na promoção da conscientização de todos aqueles que estão envolvidos na cadeia de valor do açaí.

Com o texto “Sujeitos À Margem: A Luta Da População Em Situação De Rua - Reflexões Sobre A Sua Tutela Normativa No Brasil E Uma Alternativa Ao Enfrentamento Da Situação De Vulnerabilidade”, Antonio Vitor Barbosa de Almeida analisa a mobilização da população em situação de rua em torno do Movimento Nacional da População de Rua – MNPR, cuja articulação impulsionou a criação de uma Política Nacional para atendimento dessa população, estampada no Decreto 7.053/09, e propõe uma análise acerca da proposta que vem cada vez mais ganhando destaque enquanto estratégia mais eficaz de superação da situação de vulnerabilidade dessas pessoas, qual seja, o programa "housing first".

Lélia Júlia de Carvalho, em seu trabalho, analisa como as desigualdades sociais, especialmente na situação da mulher no Brasil, auxiliam para que estas se tornem potenciais vítimas do tráfico, entre outras formas de violência, em meio a um contexto social que facilita a ocorrência desses aspectos que, de certa forma, influenciam o crime. Defende, nesse contexto, o comprometimento do Estado, para que através de políticas públicas, alcance resultados satisfatórios diante do combate ao tráfico de mulheres, se valendo, inclusive, de práticas que busquem diminuir, ou até mesmo erradicar, a vulnerabilidade social e civil.

Bruna Barbieri Waquim e Antonio Henrique Graciano Suxberger, em seu artigo científico, debatem a inclusão de estratégias de prevenção à Alienação Parental na agenda de políticas públicas do país, demonstrando a importância de se trabalhar a educação conjugal como forma de prevenir a violação dos direitos das crianças e adolescentes à convivência familiar e à integridade psicológica, bens jurídicos protegidos pela Lei nº 12.318/2010.

Os pesquisadores Luiz Carlos dos Santos Junior e Ana Maria Viola De Sousa fazem uma análise relacional entre direitos humanos, sob as perspectivas de justiça de Amartya Sen, visando a construção de uma sociedade livre e mais justa, avaliando situações, analisando exclusões e privações, sugerindo o reforço do compromisso com a educação enquanto política pública para o desenvolvimento da condição de agente dos indivíduos.

Patricia Araujo Lima e Henrique Ribeiro Cardoso analisam o impacto da intervenção do Poder Judiciário na execução das políticas públicas, através da judicialização de direitos, mais precisamente do direito à saúde. Defendem o aperfeiçoamento do instrumento da mediação nos espaços administrativos, pois este valoriza o diálogo e a composição, sendo uma alternativa para a desjudicialização e para a efetiva prestação de saúde.

Maria Carolina Carvalho Motta e Débora de Abreu Moreira dos Santos Martins refletem acerca da consonância entre as ações afirmativas com o princípio constitucional da igualdade. Pontuam os principais momentos históricos relacionados com o acesso à educação no Brasil, e apresentam os requisitos para a concessão de discriminações positivas, como uma política pública no acesso às instituições de ensino superior, conduzida pela aplicação do requisito de validade da temporariedade para a concessão de tais medidas.

As pesquisadoras Daniela Estolano Francelino e Emini Silva Peixoto apresentam pesquisa em que analisam os principais mecanismos de proteção dos direitos humanos dos migrantes na esfera nacional e internacional. Analisam, nesse contexto, as alterações promovidas pela nova Lei de Migração, que incorporou, ao ordenamento jurídico brasileiro, novas formas de

cooperação jurídica internacional, em matéria penal, corroborando com a nova realidade globalizada e interdependente de promoção e efetivação de interesses em âmbito processual e relativos à aplicação da lei penal.

O trabalho de Cícero Marcos Lopes Do Rosário e Mário Célio da Silva Morais aborda as mudanças ocorridas na vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade a partir da inserção em projeto socioeducativo (Projeto Anjos da Guarda) implantado por instituição municipal de segurança pública em bairro periférico de Belém. Através das respostas elencadas no instrumento de pesquisa, identificaram transformações pactuais na vida dos sujeitos da pesquisa. Ressaltam, nesse contexto, a importância de projetos sociais de caráter preventivo como forma de alcançar crianças e adolescentes em vulnerabilidade e risco social.

Naima Worm e Eric Jose Migani analisam o impacto da Resolução nº 01/2018, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, que reorienta os programas, projetos e ações governamentais para a adoção da abstinência como fundamento para a construção de todo o programa nacional sobre drogas, em detrimento das ações de redução de danos, em aparente ilegalidade e inconstitucionalidade do ato. Apontam, nesse contexto, razões para adoção do modelo de redução de danos em detrimento ao modelo de abstinência, desde o fortalecimento de políticas sociais que fomente o elemento da cidadania, enxergando usuários e dependentes como sujeitos de direitos, e não objeto de ações governamentais, até a adoção de políticas de saúde que conservem os laços familiares e sociais em detrimento ao modelo de internação.

Ana Paula De Jesus Souza, em trabalho intitulado "O Duplo Papel da Judicialização da Saúde: Limites e Desafios", pondera os limites para o julgamento de ações no âmbito da saúde e os desafios do excesso de justiça em tempos de crise. Considera, nesse ínterim, que o excesso de justiça não é benéfico em nenhuma área prestacional, e que o caminho para equacionar o fenômeno da judicialização da saúde perpassa pelo fomento de políticas públicas, pelos entes federados que detém competência solidária nesse sentido.

Felipe Augusto Hanemann Coimbra e Lise Tupiassu analisam a necessidade de integração do orçamento público à política de ordenamento territorial, como novo modelo de planejamento, avaliação e gestão pública. Para os autores, a estruturação dos direitos sociais é amparada pela instrumentalização das políticas públicas, estando estas inseridas em uma dinâmica de constante transformação social, onde a setorização do planejamento público resulta na ineficiência da Administração em enfrentar problemas multidimensionais.

O trabalho de Jordão Horácio da Silva Lima, intitulado "A Efetivação Do Direito Constitucional À Saúde No Brasil: Desafios Frente Às Disposições Relativas À Propriedade Intelectual E O Impacto No Acesso A Medicamentos", apresenta o processo histórico de regulação da propriedade intelectual (PI), com especial atenção aos impactos da evolução dessa regulamentação no acesso a medicamentos. Aponta que as iniciativas em curso para aumentar o acesso a produtos farmacêuticos são insuficientes, e que os mecanismos que incentivam os direitos de propriedade intelectual não conseguem beneficiar as pessoas que vivem em mercados com baixo potencial consumidor. Defende que o Brasil ainda carece de um debate público substancial no tocante ao significado e ao objeto do direito à saúde à luz dos novos avanços médicos.

O pesquisador Fernando Pereira Da Silva trata da importância de se implementar políticas públicas com o objetivo de mitigar a desigualdade no Brasil. Analisa adoção de medidas que favoreçam a distribuição de renda, e a melhor utilização do fundo público, em favor dos mais pobres. Para o autor, tais medidas são imprescindíveis para garantir o desenvolvimento nacional, e erradicar a pobreza e a marginalização, conforme os ditames constitucionais.

A pesquisa de Carina Turazi avalia a concepção do direito à saúde, na perspectiva dos integrantes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no Brasil (MST). Observa que a referida agremiação social busca, na hodiernidade, formar seus líderes de forma consciente e com preparo suficiente para participarem dos conselhos municipais de saúde, e dos conselhos nacionais, buscando a efetivação do direito à saúde de todo assentado.

Henrique Gaspar Mello de Mendonça e Carlos Alberto Menezes analisam a intervenção do Poder Judiciário na concretização do direito à moradia, diante da omissão do Poder Executivo e do Legislativo, em suas funções típicas de dar concretude às normas programáticas constitucionais. Questionam, nesse contexto, a tese da cristalização de um ativismo judicial irresponsável, diante da força normativa constitucional do direito á moradia, integrada também pelo princípio da dignidade da pessoa humana.

Desejamos aos leitores um ótimo proveito quanto aos textos aqui publicados, certamente capazes de incrementar a análise dos temas abordados.

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (Universidade do Vale do Itajaí / Universidade de Passo Fundo)

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini (Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas/ Faculdade de Direito de Sorocaba)

Prof. Dr. Jordão Horácio da Silva Lima (Faculdade Evangélica Raízes)

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

O SUS NO MEIO RURAL: UMA ANÁLISE DAS FORMAÇÕES DO MST SOBRE O DIREITO À SAÚDE.

SUS IN THE RURAL MILIEU: AN ANALYSIS OF THE MST FORMATIONS ON THE RIGHT TO HEALTH.

Carina Turazi [1]

Resumo

O trabalho estuda a concepção do direito à saúde dos integrantes do MST. O SUS foi criado para atender demandas de saúde, contudo, existe uma enorme distância entre o idealizado e o vivenciado pela população, inclusive no campo. O Brasil possui imenso território agrário, mal distribuído, sobrando pequena parte para a população sem terra. Focando no contexto de direito à saúde, criação de políticas públicas e o real acesso dos assentados do MST é que se estudou como o movimento busca efetivar o direito à saúde dos seus. O método foi o dedutivo e o procedimento o monográfico.

Palavras-chave: Direito à saúde, Sistema único de saúde, Movimentos sociais, Mst, Luta por direitos

Abstract/Resumen/Résumé

Paper studies the conception of the right to health of the members of the MST. SUS was created to meet health demands, however, there is a huge gap between the idealized and the lived by the population, including in the countryside. Brazil has immense agrarian territory, poorly distributed, leaving a small part for the population without land. Focusing on the right to health, the creation of public policies and the real access of the MST settlers, it was studied how the movement seeks to realize the right to health of its people. Method was the deductive and the monographic procedure.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Right to health, Unified health system, Social movements, Mst, Fight for rights

[1] Graduação em Direito pela UNESC (2016). Mestranda pelo PPGD/UNESC. Pesquisadora do LADSSC. Integrante do NUPED (UNESC). Advogada.

1 - INTRODUÇÃO

Tem-se aqui a concretização da ideia de integralidade entre os direitos fundamentais e o Estado Democrático de Direito, onde o poder público precisa criar políticas públicas que visem garantir tais direitos a toda a sociedade, inclusive com a participação de todos, correndo o risco de, se não o fizer, deixar de ser um estado Democrático de Direito.

Sabendo que dentre os direitos fundamentais encontra-se o direito à saúde, garantido pela Constituição de 1988 e objeto de estudo deste trabalho, precisa-se ter em mente o quão importante é sua efetivação dentro de uma sociedade, uma vez que uma sociedade sem saúde (sanitária, coletiva, dentre outras abrangências) não consegue prosperar.

Após a leitura da obra de CANOTILHO (2008, p. 264-267) pode-se concluir que esta visão clinica dos problemas da sociedade pelos governantes pode ser saneada através dos Conselhos Municipais e Estatuais, uma vez que a participação popular nestes é essencial. Assim, os governantes estariam, via de regra, cientes do que acontece na sociedade por meio destes conselhos podendo assim desenvolverem as políticas públicas necessárias para a concretização de tosos os direitos fundamentais ao homem.

Utilizar-se-á o método dedutivo para poder-se verificar como o marco histórico do direito á saúde aos integrantes do MST é visto e concretizado dentro do próprio movimento. O procedimento será monográfico.

Para as técnicas de pesquisa, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica para o aprofundamento teórico do direito a saúde, da criação do Sistema Único de Saúde e da história de criação e lutas do MST; e a pesquisa documental quando ira se analisar como é feita a formação dos integrantes do movimento quanto ao direito à saúde, a qual se da por meio de cartilhas criadas pelo movimento.

O estudo foi desenvolvido com o uso de pesquisa bibliográfica e documentos oficiais do movimento dos trabalhadores rurais sem terra, além de conter um contexto histórico de inclusão e luta por direitos fundamentais a todo cidadão.

2. O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS NO BRASIL (MST): UMA TRAJETÓRIA DE LUTAS POR DIREITOS

O Brasil é um país de vasta extensão territorial, sendo formado por regiões com características peculiares e com grande diversidade cultural. Neste contexto brasileiro de grandes áreas de terras agrícolas cultiváveis em posse de grandes detentores de poder

econômico, surge em meados dos anos 1970 o Movimento Sem Terra, com a bandeira de lutar pelo acesso e direito a propriedade das populações rurais carentes e pela tão sonhada reforma agrária brasileira.

O processo histórico de mudança na agricultura brasileira, como observa Graziano (2002) caracterizou-se pela mudança da agricultura familiar para atividade agrícola industrial, atribuindo um novo significado nas relações desenvolvidas no espaço rural brasileiro, sem muitas vezes respeitar a cultura, as condições ambientais e a população que reside neste espaço.

Com este capital, segundo Graziano, é que se inicia a racionalidade econômica de espaços territoriais, onde a agricultura passa a ser modernizada e se da inicia os processos de implantação de políticas públicas de governo.

Nas regiões onde a atividade principal é a agricultura, é possível encontrar um capital que se territorializa e modifica o espaço rural, e estas modificações não pertencem exclusivamente aos períodos recentes, vêm acontecendo historicamente, através dos projetos de colonização, ao longo dos 500 anos de formação sócio-espacial do Brasil, que de certa forma sempre beneficiaram interesses externos ao país, o que levou Milton Santos (2001) a se referir ao Brasil como um país distorcido.

À agricultura familiar não servia mais como fonte de lucro para os grandes latifundiários, e muitas vezes, estes pequenos produtores encontravam-se no caminho daqueles que as viam como "barreiras" para o crescimento agrário do país. A industrialização foi a principal ferramenta utilizada para acabar com as pequenas propriedades e contribuir de maneira significativa para o êxodo rural. (SANTOS, 2001)

A criação do MST é resultado de um processo desigual e contraditório das relações de produção que norteiam o processo de desenvolvimento rural, em que, de fato, o capital encontra limites a sua expansão. Ao mesmo tempo em que as regiões agrícolas são o palco da territorialidade do capital como já se constatou, também são os locais onde acontece o processo de desterritorialização. No entanto, "simultaneamente à desterritorialização dá-se a reterritorialização. São processos intimamente ligados na dinâmica sócio-espacial" (SAQUET, 2003, p. 39).

Olhando pelo lado histórico da agricultura no Brasil, Saquet (2003) conclui que o que levou os agricultores a serem tirados de suas terras foi a grande concentração de terras nas mãos de poderosos e à modernização.

Talvez a semente para a criação do MST já tenha sido plantada na época dos indígenas, que insurgiam-se contra os opressores que vinham para expropriá-los de suas terras

com o intuito de obtenção econômica.

Contudo, antes de se iniciar o estudo sobre a história e criação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, é indispensável conhecer a trajetória das ligas camponesas no Brasil.

Para Morais (1997) desse o ressurgimento das Ligas Camponesas em 1955, que elas deixaram de ser uma mera organização para tornarem-se um movimento. Com inúmeros líderes e representantes, as Ligas Camponesas contagiaram grandes massas rurais e urbanas, com repercussão nacional e internacional, exercendo um importante papel, que desempenhou entre 1955 e 1964, "na criação de uma consciência nacional em favor da reforma agrária". As Ligas foram responsáveis também, no Brasil, pelo início da armada camponesa e pelas batalhas por terras no campo.

Para Morissawa (2001), a semente do MST foi semeada em setembro de 79, com a primeira ocupação de terras no cenário nacional brasileiro, na Fazenda Macali, em Ronda Alta, Rio Grande do Sul.

Em 1981, um novo acampamento surge no mesmo estado e próximo dessas áreas: a Encruzilhada Natalino, que se tornou símbolo da luta de resistência à ditadura militar, agregando em torno de si a sociedade civil que exigia um regime democrático. (MORISSAWA, 2001)

Segundo Severo (2008), foi em 1984 que surge o movimento, posteriormente denominado de MST, após a união de um grupo de trabalhadores na cidade de Cascavel, Paraná. Tal ato foi denominado como 1º Encontro Nacional e estipulou três objetivos de luta: pela terra, pela reforma agrária e pelas mudanças sociais.

Para o MST, no contexto político brasileiro de 1985, com as eleições indiretas para presidente da república, vivia-se um sentimento de esperança com o primeiro presidente civil em 21 anos, abrindo-se uma expectativa da possibilidade da Reforma Agrária tão esperada. (MST, 2015)

Contudo, tal esperança caiu por terra no ano de 1986 com a nomeação pelo então Presidente Sarney, do novo Ministro da Justiça, Paulo Brossard, grande latifundiário gaúcho, e que barrou a aprovação de todos os projetos encaminhados ao governo pelos movimentos sindicais. (MORISSAWA, 2001).

Caldart (2004) enfatiza que foi no ano de 1986/1987 que o movimento começou a ampliar suas agendas políticas e a entender que suas lutas não poderiam ser exclusivamente sobre Reforma Agrária, visto que eles eram "*uma organização social dentro de um movimento de massas"* onde qualquer indivíduo poderia participar e lutar por direitos sociais

dos mais variados.

Posteriormente, em 1988, com o ímpeto e empenho dos sindicalistas e integrantes do MST, conseguiu-se incluir na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 os artigos 184 e 186, que garantem a desapropriação de terras que não cumpram sua função social. (BRASIL, 1988)

Os encontros nacionais continuaram sendo realizados todos os anos, e em 1989, no 5º encontro nacional, foi criado o lema e o hino do MST, "Ocupar, Resistir, Produzir", onde as ocupações foram reafirmadas como sendo a principal ferramenta na luta pela Reforma Agrária no país. (MORISSAWA, 2001)

Foi em janeiro de 1993, quando a Câmara dos Deputados aprovou a Lei Agrária, que visava a desapropriação de terras que não cumpriam a função social para fins de reforma agrária que o MST começa a ter algumas de suas reivindicações concretizadas. (CALDART, 2004)

Contudo, nos anos de 1994-1998, com o inicio do governo FHC, o aumento do êxodo rural alavancado pela opressão dos grandes bancos aos pequenos produtores e com a crise economia instaurada no país, o MST figura na mídia como vítima dos dois maiores massacres já vistos na história do movimento: Corumbiara (1995) em Rondônia, e Eldorado dos Carajás (1996) no Pará. (MORISSAWA, 2001)

Para Barreira (1999) os massacres foram anunciados, na medida em que surgem diversos rumores de possíveis conflitos, a exemplo de rumores sobre possíveis conflitos e a presença de conhecidos e temíveis pistoleiros. Tal clima serviu de respaldo para os diversos pedidos de proteção aos órgãos de Estado por parte dos assentados. Contudo, tal medo e pedidos de ajuda, não foram suficientes para proteger os inúmeros trabalhadores rurais integrantes do MST que foram vítimas dos referidos massacres. Os quais ressalta ainda, Barreira, foram frutos das articulações do governo com o setor privado e grandes fazendeiros.

Para Morissawa (2001) o ano de 1995 foi significativo para o movimento, visto que ocorreram fatores importantes na área da reforma agrária, como o "calote dos latifundiários no Banco do Brasil", "a crise da agricultura causada pelo projeto neoliberal" e "a reação popular frente aos massacres", colocando o movimento em foco na sociedade e mostrando que o mesmo tinha apoio das massas.

No mês de agosto do ano de 2000, foi realizado o 4° Congresso Nacional do MST, na cidade de Brasília, onde fizeram-se presentes mais de 11 mil pessoas, vindas de todos os lugares do país. A bandeira do congresso era "Por um Brasil sem latifúndio", uma vez que o país encontrava-se em grande crise nacional agrária. O evento durou cinco dias e foi marcado

por diversos atos realizados pelo movimento, dentre apresentações artísticas e integração de culturas. (LAUREANO, 2009)

Para Morissawa (2001) o 4º Congresso foi importante para afirmar as antigas lutas do movimento e criar novos elementos de lutas na organização do movimento.

Entre os dias 11 e 15 de junho de 2007, mais de 17.500 delegados e delegadas, vindos de todas as regiões do Brasil, participaram do 5° Congresso Nacional do MST, em Brasília, se tornando histórico por ter sido o maior congresso camponês da América Latina até então. (MST, 2014)

Tal congresso levantava a bandeira da "Reforma Agrária, por Justiça Social e Soberania Popular", onde o movimento via a Reforma Agrária como principal saída para a resolução dos mais diversos problemas sociais que afetavam o país, dentre eles "a fome, o desemprego, a violência e todo o processo crescente de exclusão econômica e sócia". Esta luta era tida como viga central da construção de um "projeto popular e soberano para o Brasil". (MST, 2014)

Já no ano de 2014, no mês de fevereiro, o movimento realizou seu 6º Congresso Nacional, também em Brasília, com a bandeira de luta intitulada de "Lutar, Construir Reforma Agrária Popular!" onde o movimento apresentou um esboço de novas tarefas e desafios para o MST, devido ao contexto histórico do qual estão inseridos, uma vez que o movimento conta com inúmeros assentamentos pelo país e diversas bandeiras de lutas. Na ocasião, estava, presentes "cerca de 16 mil pessoas oriundos de 23 estados do Brasil mais o Distrito Federal, além de 700 a 1000 crianças Sem Terrinha" o que comprovou a expansão do movimento pelo país. (MST, 2015)

Ao longo do último período, os Sem Terra aprofundaram o debate em torno da questão agrária, e a luta pela Reforma Agrária ganhou um novo adjetivo: Popular.

Segundo o MST (2015) o movimento começa a ter viés popular sim, visto que não vê apenas a Reforma Agrária como único problema social do país, mas sim percebe que os sem terra possuem vasta necessidade de lutas por direitos em todos os campos sociais. Ademais, percebe-se que a necessidade de bandeiras de lutas sociais não é apenas do movimento, e sim de todos os cidadãos brasileiros que subsidiem de seu trabalho e são diariamente explorados por um Estado que não cumpre sua função social e precisa rever seu "modelo de organização da economia, com renda e emprego para todos".

Certamente, é fácil constatar que o movimento versa sobre uma bandeira de luta constante e que não se encerra com as conquistas adquiridas, mas sim continua na luta pela construção de um país mais justo e igualitário, focado no sonho de todo cidadão honesto e

trabalhador.

É nesse cenário, que em 2015, o movimento apresenta seu novo programa de reforma agrária, o qual esta voltado para a produção agrícola ecológica, onde será priorizado a construção de mecanismos de produção de alimentos mais saudáveis, a fixação de mais famílias no meio rural, o combate assíduo do êxodo rural, e a maior efetivação das políticas públicas sociais pelo Estado. "Queremos uma Reforma Agrária que fixe as pessoas no meio rural, que desenvolva agroindústrias, combatendo o êxodo do campo, e que garanta condições de vida para o povo". (MST, 2015)

Assim, no linear da longa história do movimento que não para de crescer e lutar por garantias e reforma agrária no país, percebe-se o desejo e a continua luta pela construção de uma sociedade mais justa, fraterna e igualitária. É essa luta por direitos presente em todos os movimentos sociais que vamos estudar a seguir.

3. O DIREITO À SAÚDE POR MEIO DO SUS E AS POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS POPULAÇÕES RURAIS

Pensar e entender os direitos fundamentais não é uma tarefa fácil, como alerta Sarlet (2012), precisa-se ter em mente a problemática em torno da delimitação conceitual e da definição terminológica, uma vez que o direito é visto sobre expressões e definições distintas no campo doutrinário. Assim, para estudar o direito à saúde, deve-se compreender que os direitos fundamentais "se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado" (SARLET, 2012, p.29).

Para compreender as dimensões dos direitos fundamentais é necessário reconhecer que desde as primeiras Constituições, estes direitos passaram por diversas transformações, tanto no que diz respeito ao conteúdo, quanto a sua titularidade, eficácia e efetivação (SARLET, 2012, p. 45).

A Constituição Federal de 1998, também, chamada de "Constituição Cidadã", trouxe no Título II, um rol dos direitos e garantias fundamentais que vão do artigo 5º ao 17, esses direitos estão divididos em: direitos e deveres individuais e coletivos; dos direitos sociais; direitos de nacionalidade; dos direitos políticos e direitos de criação, organização e participação em partidos políticos. Salienta-se que todos esses direitos fundamentais, encontrados no Título II da CRFB/1988, contemplam direitos fundamentais de diversas dimensões (SARLET, 1998, p. 67).

Para entender-se a garantias deste estudo, usaremos como base os direitos sociais elencados no artigo 6º, localizado no Título II, Capítulo II da CF/88, pois a partir dele, constatamos o reconhecimento da saúde como direito fundamental e constitucionalmente positivado, o que demanda pelo Estado uma prestação positiva para garantir a saúde de todos, pois como direito fundamental, possui aplicação imediata (SCHWARTZ, 2001, p. 53), conforme preceitua o parágrafo 1º do artigo 5º da CF/88.

Analisando o parágrafo primeiro, artigo 5º, entende-se que, apesar de as normas sobre os direitos fundamentais estarem consagradas e dotadas de eficácia e aplicabilidade direta na Constituição, e independem de legislação nova, todas elas são aplicáveis de maneira imediata/direta na medida de sua eficiência. (SARLET, 2012, p. 294).

Assim, mesmo o artigo 6º da Constituição de 1988 positivando vasto rol de direitos considerados direitos sociais básicos, este não menciona o modo como concretizá-los.

O artigo 196 da CF/88, reconhece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e deverá ser garantida mediante políticas sociais e econômicas.

Em que pese à norma do artigo 196, da CF/88, não integrar o rol do catálogo de direitos fundamentais, previstos no artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil, Sarlet entende não ser sustentável a tese de que o dispositivo carece de fundamentalidade.

Buscando garantir o direito à saúde para todos, por meio de ações e serviços públicos de saúde, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, no artigo 198, constitui o surgimento de uma rede regionalizada e hierarquizada, de atuação em todo território nacional, com direção única em cada esfera do governo.

Neste viés constitucional, inicia-se as articulações para a criação do sistema Único de Saúde – SUS.

A saúde no Brasil teve início quando os portugueses começaram a combater as doenças infecto contagiosas que a população, inclusive os indígenas, começou a ser infectada e transmitir como moléstia e epidemias. Os casos de lepra e a peste negra trazida pelos escravos eram combatidos por grupo de agentes da saúde ligados à corte, uma vez que o imperialismo era o regime da época e o império precisava da plebe para sobreviver, buscando a cura e oferecendo os tratamentos de saúde a todos. Sabe-se que desde o princípio haviam a descriminação de classes, uma vez que inúmeros escravos e pobres morriam sem o devido atendimento e eram isolados para não transmitirem as doenças. (AITH, 2007, p. 311-321)

Analisando o contexto histórico da saúde no Brasil constata-se que apenas entre 1870e 1930 que o Estado começa a pensar e realizar ações efetivas no campo da saúde,

adotando o modelo tido como “campanha”, onde era usado tora a autoridade do poder do Estado para intervir nas epidemias, inclusive força policial para isolar os doentes de suas famílias. Contudo, este modelo, embora abusivo e autoritário, conseguiu inúmeros avanços no ramo da saúde, inclusive a erradicação da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro. (MARTEL, 2009, p. 317)

Nesta época surge o movimento sanitarista, o qual culmina na criação do sistema Único de Saúde e o direito de acesso à saúde a todo cidadão garantido pela Assembleia Constituinte na criação do artigo 196 da Constituição Federal de 1988, estabelecendo que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2014, p.23)

Contudo, é necessário analisar os caminhos traçados pelas Constituições no Brasil, para se compreender o quão trabalhoso foi o projeto de inclusão dos direitos fundamentais a todo cidadão brasileiro.

Tem-se como primeira Constituição, a de 25 de março de 1824, outorgada pro Dom Pedro I e que em nenhum momento fala sobre direito à saúde. Contudo ela possuía um viés marcante, estabelecendo em seu artigo 98 o quarto poder, além dos já existentes executivo, legislativo e judiciário, o poder moderador, chave de toda organização política da época, sendo este um cargo privativo do imperador, vez que o mesmo deveria velar sobre a manutenção da independência, equilíbrio e harmonia dos poderes políticos já efetivados. (BRASIL, 1824).

Do mesmo modo, a Constituição de 1824, à Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891 sequer mencionou sobre direito à saúde, nos lembra Vieira que esta Constituição, de concepção liberal, “não procurou estabelecer a intervenção do Estado no campo social, restringindo apenas a guarnecer as liberdades negativas e estabelecer os direitos políticos, […]” (VIEIRA, 2013, p. 287).

A figura do direito à saúde começa ser tida como questão social no período cafeeiro, uma vez que o governo precisava de Mao de obra assalariada. Com isso, promulga-se em 1923 a Lei Elói Chaves, nº 4.682 de 24 de janeiro, a qual criou no país o Seguro Social e o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), onde inicialmente asseguraria aos empregados das estradas de ferro assistência médica, fornecimento de medicamentos, aposentadorias e pensões (BRASIL. Decreto-lei nº 4.682 de 1923).

Cohn e Elias (2001), afirmam que as CAPs se multiplicaram rapidamente, mesmo com a relutância desfavorável de alguns setores e falta de fiscalização do Estado,

principalmente no sudeste do país, que era o núcleo dinâmico da economia brasileira e sede do poder.

Na década de 1930 o sistema das CAPs passa por reformulações, devido a forte crise mundial, sendo unificadas e absorvidas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). (COHN; ELIAS, 2001, p.16-17). Os IAPs, criados no período Vargas, apresentavam serviço irregular, oferecendo pouca cobertura aos doentes mais graves, tanto era que os operários tuberculosos tinham dificuldades para receber assistência, obrigando os institutos a criarem legislação própria para esses doentes, comenta Bertolli Filho (2011, p. 33).

Neste contexto de unificação das CAPs em IAPs, temos a revolução de 30, que marcou a queda da primeira Constituição republicana e instituiu a Assembléia Constituinte que promulgou a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil em julho de 1934, esta fruto das mudanças operadas pelo Governo Provisório e da Revolução Constitucionalista de 1932 (RAEFFRAY, 2005, p. 167).

No que diz respeito à saúde, a partir da Constituição de 1934, esta "passa à condição de direito subjetivo do trabalhador no âmbito do Seguro Social fomentado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões" (MARTINS, 2008, p. 42).

Para Raeffray (2005), o modelo criado pela nova Constituição visava apenas proteger a relação capital-trabalho, contudo, lembra que, "esse texto constitucional teria a vida mais curta da história constitucional brasileira, pois, em 1937, procurando centralizar ainda mais o poder político, Getúlio Vargas dá um Golpe de Estado" (2013, p. 295).

Torna-se inegável, para Vieira (2013) a forte contribuição do governo Vargas na construção do modelo de saúde pública no país. Raeffray nos lembra, que neste período, tem-se a reforma e ampliação das organizações esttais de saúde, maior intensidade das ações do governo federal no combate a epidemias e grandes endemias e ampliados os recursos destinados à assistência à maternidade e infância; maior preparo do pessoal de saúde pública, através dos cursos realizados nos mais diversos Estados (RAEFFRAY, 2005, p. 181-182). Todavia, o que marca tal período é a ideia de um sistema se saúde seletivo e contributivo, pois excluía parcelas significativas da população brasileira dos serviços de saúde (VIEIRA, 2013, p.297).

Em 1946, com o fim do Estado Novo, foi promulgada a Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 1946, tratando da questão saúde nos artigos 5º e 157º, porém, a assistência ã saúde ainda era exclusiva ao trabalhador. (MARTINS, 2008).

Ressalta Vieira (2013) que, mesmo com a criação da OMS e a Declaração Universal dos Direito do Homem terem ampliado o conceito de saúde, tratando-o como direito à

cidadania, a Constituição de 1946 e as legislações infraconstitucionais não reconheceram a saúde como um direito humano fundamental.

Na década de 1950 criou-se o Ministério da Saúde, contudo, o atendimento aos cidadãos na área da saúde, não teve avanços significativos, visto que o governo dispensava valores irrisórios para tal, o que confirmou o descaso dos governantes para com a saúde de todos os brasileiros, assim, o pouco orçamento destinado para o ministério impedia que o Estado atuasse com eficácia na situação da saúde coletiva. (BERTOLLI FILHO, 2011).

Em 1960 as garantias sociais sofrem avanço considerável, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformizava os benefícios prestados pelos IAPs, proporcionando a centralização de recursos, o que permitiu também a maior cobertura de assistência médica, privilegiando também o setor empresarial privado da medicina, através dos convênios e contratos de prestações de serviços (RAEFFRAY, 2005, p. 206).

O golpe militar reduziu as verbas destinadas à saúde e acrescenta que o aumento da medicina previdenciária fez o Governo assumir a dicotomia entre saúde coletiva e individual, sendo a primeira de responsabilidade do Ministério da Saúde e a segunda assumida pelo setor privado em convênio com o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social (RAEFFRAY, 2005, p. 232-233)

Em novembro de 1966 foi criado o Decreto-Lei nº 72, que unificou os IAPs em um único órgão. "Até 1974, a política de saúde no País era caracterizada pela supremacia dos serviços médico-hospitalares de caráter individual", sob a supervisão do Instituto Nacional de Previdência Social (MARTINS, 2008, p. 45).

Em 1975, por meio da Lei nº 6.229 de 1975 (revogado posteriormente pela lei 8.080/90),foi instituído/organizado o Sistema Nacional de Saúde, definido como:"complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde" (RAEFFRAY, 2005, p. 239)

Criado em 1983, o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), possibilitou o envio de recursos aos governos estaduais por meio de convênios firmados com o Ministério da Saúde e da Previdência Social, e repassavam aos municípios para expansão da cobertura, por meio da construção das Unidades Básicas de Saúde e contratação e formação de recursos humanos para os serviços de atenção básica (AGUIAR, 2011, p. 34).

Finalmente, em 1988, é promulgada a Constituição Federal, que inaugura um novo tempo para o direito à saúde. Segundo Vieira a nova carta constitucional representa um marco no avanço democrático nacional, pois, "pela primeira vez, uma Constituição garante que a

saúde é um direito fundamental, e para sua concretização são necessárias políticas públicas" (2013, p. 313).

Com a promulgação da Constituição de 1988 é aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes ao direito à saúde no país.

Em meados do século XXI, o governo percebeu que precisava dar maior atenção à saúde básica nas comunidades rurais, uma vez que a agro-industria brasileira estava em crescimento e a saúde no campo era requisito fundamental para o progresso do agrícola do país.

Partindo para a atenção e direito à saúde no campo, é promulgada em 2011 a portaria nº 2.866 que "Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)." (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

O artigo 3° da referida portaria enumera os objetivos específicos do programa a serem postos em prática.

Assim, institui-se um novo programa com o intuito de levar as garantias estabelecidas, em norma constitucional através do SUS, para àquelas populações que estão fora do contexto urbano e inseridas no campo.

Em seus artigos 5°, 6° e 7°, a portaria institui a competência da União, Estados e Municípios para a implantação do programa, das quais, destacam-se os parágrafos mais relevantes.

Ao analisar a portaria de criação do programa, na parte de competências, percebe-se que o programa visa integrar União, Estados e Municípios para a efetivação do acesso e concretização do direito à saúde para as populações do campo e floresta.

4. O MST E O DIREITO À SAÚDE

Dallari (2000), a participação social nas políticas públicas do Estado voltadas para a saúde foi um grande avanço da década de 1980, quando a sociedade saia de um regime ditatorial e o Estado começava a pensar em políticas de saúde.

É neste contexto que começam a surgir os primeiros debates de compreensão do controle social e as discussões de como efetivar tal controle em uma sociedade que acaba de sair de uma era de ditadura, onde o controle social era único e exclusivo do Estado

(DALLARI, 2000).

Como enfatizado no tópico anterior, a participação popular nas demandas e gestões de saúde estão previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, o qual trata das diretrizes do SUS. (BRASIL, 2016)

Segundo Severo (2008), o controle social, no âmbito do SUS, visa fiscalizar o dever do Estado de garantir os direitos sociais consagrados na Constituição de 1988, destacando-se aqui o direito à saúde.

No atual cenário nacional, segundo Dallari (2000), a utilização dos Conselhos e Conferências de Saúde são reais instrumentos para a efetivação da participação e controle social nas criações e implantações de políticas públicas na área da saúde e demais categorias.

Para Godoy *et al* (2000), a participação do MST nas ações e diretrizes das políticas públicas de saúde tiveram inicio após amplo estudo e identificação das reais situações de saúde dos integrantes de assentamentos e acampamentos do MST nos 23 estados da federação, na década de 90. Segundo o autor, os responsáveis pelos estudos dentro do movimentos, constataram situações precárias nos assentamentos e proliferação de diversas doenças, principalmente respiratórias. Estes índices fizeram com que o MST buscasse novas maneiras de intensificar o acesso à saúde de seus membros e a erradicação de doenças e mortes prematuras em seus assentamentos.

Tal entendimento do autor pode ser visto em pesquisa realizada pela UNB e citada por Soares (2005) em seu artigo sobre "saúde nos assentamentos rurais".

Soares (2005) enfatiza também, que o trabalho e a vida no campo e a falta de atenção básica de saúde no meio rural sempre foram barreiras para a efetivação dos direitos básicos de cada cidadão, principalmente no campo da saúde.

Tornar a reforma agrária e a participação popular garantias constitucionais, em 1988, foi, segundo Correia (2005) um grande avanço do processo de saída da zona de conforto dos cidadãos e a maior movimentação dos grupos sociais organizados nos terrenos de participação popular dos integrantes dos movimentos e demais membros da população – afirmados, no decorrer dos anos, através das "Conferencias e Conselhos de Saúde" – na efetivação e luta cotidiana por direitos sociais.

Para Rolim *et al* (2013), efetivar o controle e participação social no âmbito do SUS é uma tarefa difícil no Brasil e que ainda não encontrou plenitude na sua efetivação. Constata ainda, que a falta de informação e interesses divergentes à participação popular podem ser considerados principais motivos para a não efetivação de tal direito social. Ressalta ainda, que o controle social não é benéfico para o Estado, uma vez que ao exigir seus direitos por meio

da participação popular, o povo coloca o Estado em uma situação de obrigatoriedade de concretização de direitos.

É neste contexto de participação popular e controle social do SUS que o MST, sabendo de sua responsabilidade social e política como sujeitos atuantes, criou o Coletivo Nacional de Saúde do MST e vem buscando conscientizar seus integrantes para a importância da participação de todos na efetivação de seus direitos no campo do direito à saúde. (MST, 2015).

O Coletivo de Saúde do MST (CNS), foi criado em 1998, tendo sua organização interna organizada na forma de coletivos, onde ocorrem os principais debates políticos e sociais sobre o direito à saúde. Mesmo que a luta e bandeira do MST não seja a saúde, o movimento entende que a vasta demanda sanitária presente em seus assentamentos pelo país, exigem uma efetiva participação do movimento nessa área, participação esta que hoje é efetivada através do CNS. (MST, 2015)

Araújo (2007) afirma que o CNS do MST, embora possuindo diversos mecanismos que colaboram para a efetivação de direitos (marchas, mobilizações e ocupações), no campo da saúde, tais mecanismos ainda encontram-se frágeis, uma vez que são vistos como atos revolucionários e muitas vezes criminalizados. Assim, o MST precisa continuar buscando maior envolvimento de seus integrantes para a efetivação do direito à saúde, visto que este não é concretizado de maneira pontual, exigindo uma gestão e criação de ações voltadas para a área da saúde.

A autora afirma ainda que a construção de um novo ser humano é ponto chave para a efetivação da participação e controle social do MST na área da saúde.

Mesmo o MST possuindo diversas maneiras de participação popular por meio do CNS, orientando atuações e, processos de criação de políticas públicas, estas atuações ainda não são suficientes para efetivar a participação dos membros do movimento na política de saúde. (MST, 2015)

Contudo, Severo e Da Ros (2012), afirmam que “todas as estratégias criadas pelo CNS do MST tem importante papel pedagógico e merecem total destaque”, uma vez que incentivar o engajamento na luta política por direitos é uma atitude “carregada de qualidades”, visto que tais participações criam uma consciência crítica nos sujeitos e os fazem compreender a importância da produção do controle social na saúde e a maior reflexão sobre o próprio movimento.

Com efeito, o MST (2015) destaca a dificuldade que o CNS enfrenta em incluir seus membros nos Conselhos de Saúde. Para o movimento, tal dificuldade esta fortemente ligada

ao controle do Estado sobre os conselhos, visto que a maior parte dos integrantes de tais órgãos recebem “favores” do Estado para ali estarem e dificilmente se opõem a ele na luta por direitos aos cidadãos. Outro obstáculo, segundo o movimento, é a utilização de linguagem técnica e a desarticulação dos conselhos por parte dos Municípios, o que corrobora para a descrença do CNS pelos integrantes do MST.

Severo e Da Ros (2012), afirmam que estes obstáculos encontrados pelo CNS são o reflexo de uma sociedade que tem como cultura política o autoritarismo, “historicamente construído” e que não possuem a cultura da participação popular na criação das políticas públicas do Estado. Porém, os autores afirmam ainda que estes obstáculos não podem servir de “renúncia ao direito de deliberar sobre as políticas de saúde no País” e confirmar a cultura da política sem participação popular, ou deixar para que outros grupos deliberem sobre o direito à saúde dos integrantes do MST.

Ainda, segundo Scopinho (2010) o principal desafio do CNS do MST é “conhecer, mobilizar e organizar” seus integrantes para conseguir fazer valer a efetivação do direito à saúde à todos os assentados e membros do movimento, bem como dos demais cidadãos brasileiros ligados indiretamente ao movimento. Para ela, o CNS do MST precisa conhecer as leis, mobilizar e organizar seus integrantes para a participação e se manter presente através da representação nos conselhos de saúde municipais.

O MST (2015) entende ainda, que não pode assumir total responsabilidade sobre o direito à saúde de seus integrantes, uma vez que tal papel é do Estado, pois "a saúde é direito de todos e dever do Estado", cabendo ao movimento apenas se mobilizar e se organizar na luta por direitos, por meio de reivindicações. Contudo, o movimento entende que os integrantes de seus assentamentos possuem enorme carência na área da saúde e assistência social, criando assim políticas de participação nos conselhos municipais e parcerias com as Estratégias de Saúde da Família (ESF) para buscarem juntos o suprimento desta demanda e a efetivação da saúde para todos os assentados.

Neste contexto de participação do movimento nas políticas de saúde e com a Criação do CNS, o MST passa a elaborar, a partir do ano de 2000, pautas anuais e específicas para orientar a negociação dos membros do CNS junto ao Ministério da Saúde. Para o movimento, houveram avanços significativos com o CNS, como a criação do Grupo da Terra (Portaria MS nº 2460/GM, de 12/12/05), resultando em parcerias (com a Fundação Nacional de Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, por exemplo) e programas (DST/Aids, Saúde da Mulher, Farmácia Verde) que priorizam a educação popular. O MST destaca ainda que tais ações estão servindo de base para a concretização dos princípios do SUS de equidade, intersetorialidade e

integralidade. (MST, 2015)

Assim, percebe-se que o movimento vem buscando, desde a criação do CNS do MST, maneiras de concretizar o direito ao acesso à saúde de seus integrantes através da participação na criação de políticas públicas no âmbito nacional e municipal. Contudo, o movimento também busca mecanismos de conscientizar e efetivar a participação de seus integrantes na política através de cartilhas e ações nos assentamentos.

O MST iniciou sua caminhada nas políticas voltadas à saúde após perceber a necessidade de intervenção sanitária em seus assentamentos. Concentrou suas ações nas praticas curativas, voltadas para a cura de doenças e produção de medicamentos fitoterápicos e o cultivo de plantas medicinais. (MST, 2015)

Contudo, a partir do ano de 1998, com a criação do CNS do MST, o movimento percebeu que precisava agir de maneira preventiva, conscientizando seus integrantes a parir da criação de uma concepção de saúde coletiva. Concepção esta que visa educar seus membros sobre as mais variadas formas de saúde preventiva. (MST, 2015)

Severo (2008) afirma que no decorrer de dois anos após a criação do CNS do MST, o movimento, em meados de 2000, percebeu que precisava ampliar sua abordagem quanto ao conceito de saúde, e com isso começou a organizar a "I Oficina de Produção de Materiais Educativos do Setor de Saúde", realizada no Instituto Cajamar em São Paulo e considerada o marco inicial das transformações do movimento em matéria de ações preventivas na área da saúde.

No intuito de consolidar tais ações, o MST criou cartilhas para distribuir nos assentamentos, que falam sobre o direito à saúde, políticas públicas na área da saúde, como evitar o contágio e proliferação de doenças e manteve o foco no incentivo da produção de medicamentos fitoterápicos, na medicina das plantas. (MST, 2015)

4. Considerações finais.

O presente trabalho buscou estudar o direito à saúde dos integrantes do movimento dos trabalhadores rurais sem terra no Brasil e como o movimento pratica sua formação para com seus líderes.

No inicio do estudo procurou-se analisar os direitos fundamentais e o direito à saúde em si, deste a sua luta inicial ate a concretização do mesmo na Constituição da República Federativa do Brasil, por meio das lutas dos movimentos sociais.

O direito à saúde foi fruto de inúmeras manifestações, reivindicações, privações e garantias. Hoje é considerado um direito fundamental e dever do Estado, que deve garantir a todos os cidadãos do território nacional sua efetivação.

Estudou-se também os movimentos sociais, suas lutas e anseios e se focou no MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, objeto do presente estudo. Percebeu-se que o movimento inicialmente lutava por terras e por garantia de direitos sobre a mesma. Contudo, com o passar do tempo, o movimento percebeu que a luta única e exclusiva pela terra não era mais suficiente. Percebeu que um ambiente sem saúde não era propicio para a conquista de seus ideais.

Foi nessa luta por todos os tipos de direitos fundamentais que o MST começou a sua luta no campo do direito à saúde, e foi esta luta que foi estudado no final deste estudo.

Concluiu-se que o movimento busca formar seus líderes de forma consciente e com preparo suficiente para participarem dos conselhos municipais de saúde e dos conselhos nacionais, sempre lutando pela efetivação do direito à saúde de todo assentado.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde** - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ARAÚJO, Maria Nalva Rodrigues de. **As contradições e as possibilidades de construção de uma educação emancipatória no contexto da luta pela terra** – 2007. 334 f. Disponível em: <http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/TESE%20-%20MARIA%20NALVA.pdf> Acesso em 30 abr. 2016

BARREIRA, César. Crônica de um massacre anunciado: Eldorado dos Carajás. *São* Paulo Perspec. 1999, vol.13, n.4, pp.136-143. ISSN 0102-8839. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88391999000400015> Acesso em 30 abr. 2016.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 5. ed. 11. São Paulo: Ática, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Senado Federal: 1988.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1891,** de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm >. Acesso em: 25 ago. 2015.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brazil**, de 25 de março de 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao24.htm>. Acesso em: 25 ago. 2015.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm >. Acesso em:01 set. 2015.

BRASIL. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao46.htm>. Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 24 de janeiro de 1967. Disponível: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm>. Acesso em: 02 set. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011a. Coleção para entender a gestão do SUS, v. 1.

BRASIL. **Decreto-lei nº 4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Historicos/DPL/DPL4682.htm >. Acesso em: 25 ago. 2015.

CALDART, Roseli Satele. Educação do Campo: notas para uma análise de percurso. Rev. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v 7 n 1, p 35-64, mar/jun 2009. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n1/03.pdf> Acesso em 25 abr. 2016.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Estudos sobre direitos fundamentais.** São Paulo: Revista dos Tribunais. Coimbra: Coimbra, 2008.

COHN, A; ELIAS, P.E.M. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

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

DALLARI, D. A. Sociedade, Estado e direito: caminhada brasileira rumo ao século XXI. In: MOTA, C. G. (org.) Viagem incompleta – a experiência brasileira (1500- 2000): a grande transação. São Paulo: SENAC, 2000.

DIMOULIS, D; MARTINS, L. **Teoria Geral dos direitos fundamentais**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

FERNANDES, Bernardo Mançano. **MST: formação e reterritorialização em São Paulo.** São Paulo, SP: Hucitec, 1999.

GODOY A, Morás M, Aucélio PQ, organizadores. ***A saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos de reforma agrária***. Brasília: UNB-Ceam- Nesp/MST-Setor Nacional de Saúde; 2000.

LAUREANO, Delze dos Santos. **MST: 25 anos de luta por reforma agrária**. Rev. Verdades do Direito, Belo Horizonte, v 6 n 11 p 11-29 jan/jun 2009. Disponível em < http://www.domhelder.edu.br/veredas_direito/pdf/29_180.pdf> Acesso em 25 abr. 2016.

MARTEL, L. de C. V. **Estudos contemporâneos de direitos fundamentais.** Volume II. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2009.

MARTINS, W. **Direito à saúde**: compêndio. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

MERCADANTE, O. A. *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Portaria 2.866 de 2011 –** Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html> Acesso em 30 abr. 2016

MORAIS, Clodomir Santos de. **História das Ligas Camponesas do Brasil.** Brasília: Edições Iattermund, 1997. Tradução do espanhol: Joaquim Lisboa Neto. Disponível em: <http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/a%20questao%204%20-%202012.pdf> Acesso em 30 abr. 2016

MORISSAWA, Mitsue. **A História da luta pela terra e o MST**. São Paulo: Expressão Popular, 2001. 256 p. Disponível em http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=BibliotLT&PagFis=4971. Acesso em 25 abr. 2016

MST. **Movimento dos Trabalhadores Sem Terra no Brasil** - Disponível em: <http://www.mst.org.br/node/7702, acesso em 02 nov. 2015

MST. **Cartilhas de saúde –** Disponível em <http://www.docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotLT&PagFis=6421>. Acesso em 30 abr. 2016

OBTEIA – **Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta –** Disponível em <http://www.sibsa.com.br/resources/anais/4/1403908162_ARQUIVO_Resumo-SIBSA_2_.pdf> Acesso em 30 abr. 2016

RAEFFRAY, Ana Paula Oriola de. **Direito da saúde**: de acordo com a Constituição Federal. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Rev. Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf > Acesso em 25 abr. 2016.

SAQUET, Marcos Aurelio. **Os tempos e os terrtórios da colonização italiana: o desenvolvimento econômico da Colônia Silveira Martins (RS).** Porto Alegre: Edições EST, 2003.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 11. ed., rev. e atual. Porto Alegre: Liv. do Advogado, 2012.

SCHWARTZ, G. A. D. **Direito à Saúde**: efetivação em uma perspectiva sistêmica. Porto Alegre: Livraria do Advogado. 2001.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. **Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp.1575-1584. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700069&lang=pt> Acesso em 30 abr. 2016

SEVERO, Denise Osório. **O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e o controle social do SUS : concepção do Coletivo Nacional de Saúde** / Denise sório Severo ; orientador Marco Aurélio Da Ros . – Florianópolis, 2008. 107f. Disponível em <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp105173.pdf - Severo 2008> Acesso em 30 abr. 2016

SEVERO, Denise Osório and DA ROS, Marco Aurélio. **A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra**. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, suppl.1, pp.177-184. ISSN 0104-1290. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500015. Acesso em 30 abr. 2016

SOARES CO. **Institucionalização e relações sociais na atenção à saúde em um assentamento rural: o caso do Horto Vergel**[dissertação]. Campinas (SP): Unicamp; 2005. Disponível em <www.bibliotecadigital.**unicamp**.br/document/?down=vtls000361796>. Acesso 30 abr. 2016.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na República Participativa: Pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde.** 2013. 540p. Tese (Doutorado em Direito). Programa de Pós- Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Florianópolis, 2013.