

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA

O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE
NO VALE DO SÃO PATRÍCIO, 1974-1992.

MARILENE APARECIDA COELHO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre no mestrado em Educação Escolar Brasileira, Faculdade de Educação, UFG, sob a orientação Prof^ª **Dr^ª Anita C. Azevedo Resende.**

Goiânia, junho de 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO ESCOLAR BRASILEIRA

O PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE
NO VALE DO SÃO PATRÍCIO, 1974-1992.

MARILENE APARECIDA COELHO

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre no mestrado em Educação Escolar Brasileira, Faculdade de Educação, UFG, sob a orientação Prof^ª **Dr^ª Anita C. Azevedo Resende.**

Goiânia, junho de 1997.



Augusto Coelho Junior



***Ao meu pai, Augusto Coelho Junior (in
memoriam), pelo legado do trabalho.***

***Para minha filha Joana Maria, com
esperança.***

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi possível pela existência de um conjunto de pessoas que ousaram sonhar com uma sociedade igualitária e dispuseram-se a construí-la no Vale do São Patrício.

Agradeço, especialmente, à professora Anita C. Azevedo Resende, orientadora dessa dissertação, com quem tive o prazer de conviver e, sobretudo, aprender.

Ao João Lima, pela inquietação que me impulsionou para os estudos.

À Eleusa e Omari que compartilharam comigo os momentos de euforia e de angústia e que tornaram esse processo um pouco menos solitário.

À memória de Ângela Mares Rodrigues de Oliveira, professora, coordenadora da APSI, que lutou pela saúde coletiva e morreu no corredor de um hospital à espera de atendimento.

Aos amigos do Hospital São Pio Xº e à Associação Popular de Saúde de Itapuranga, que facilitaram o acesso aos documentos e que são sujeitos da luta pela saúde.

À CAPES, à Universidade Federal de Goiás e à Universidade Católica de Goiás pelo apoio recebido.

Aos professores José Luis Domingues e Maria Teresa Canesin, pelas contribuições por ocasião da qualificação.

Aos meus amigos e aos colegas de mestrado: Romilda, Lusimar, Evando, Esther, Antônio, Regina, Gil, Albineair, Polly, Livia, Divino, Conceição, Cida, Perpétua, Lobó, Adão Queiroz, Mahi, Otácilio, Gerson, Maria Teixeira, Eda, Maria José, Goretti, João, Luciene, Sandra e Deise, meu muito obrigado.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1. VALE DO SÃO PATRÍCIO: FORMAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL..... | 25 |
| 1.1. A Colônia Agrícola de Goiás - CANG..... | 30 |
| 1.2. A ocupação do Vale do São Patrício e o contexto do desenvolvimento do capitalismo..... | 35 |
| 2. O PROCESSO DE EMERGÊNCIA DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NO VALE DO SÃO PATRÍCIO..... | 41 |
| 2.1. A organização camponesa nas décadas de 50 e 60 e as Ligas Camponesas no Vale do São Patrício | 46 |
| 2.2. A Igreja e a luta pela saúde no Vale do São Patrício..... | 53 |
| 2.3. O hospital da Diocese de Goiás..... | 64 |
| 2.4. O hospital do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga..... | 67 |
| 3. ORGANIZAÇÃO POPULAR E SAÚDE : CARACTERÍSTICAS DE UM MOVIMENTO SOCIAL..... | 71 |
| 3.1. A saúde como resistência..... | 77 |
| 3.2. A saúde como articulação das lutas populares..... | 91 |
| 3.3. A saúde como direito a saúde | 101 |
| 4. O PROCESSO EDUCATIVO E A PARTICIPAÇÃO POPULAR..... | 109 |
| 4.1. A participação enquanto processo permanente de educação..... | 117 |
| MOPS: PROCESSO EDUCATIVO EM PERSPECTIVA..... | 126 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 136 |

**ANEXO 1 - ATA DE FUNDAÇÃO DO SINDICATO DOS TRABALHADORES
RURALS DE ITAPURANGA**

**ANEXO 2 - ATA DE FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE
ITAPURANGA**

ANEXO 3 - ESTATUTO DO HOSPITAL SÃO PIO Xº

**ANEXO 4 - ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE
ITAPURANGA**

ANEXO 5 - ROTEIROS PARA COLETAS DE DADOS

ANEXO 6 - JORNAL "O XIXÁ"

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**
- AIS - AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE**
- APSI - ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA**
- CANG - COLÔNIA AGRÍCOLA NACIONAL DE GOIÁS**
- CEBs - COMUNIDADES ECLESIAIS DE BASE**
- CEBEMO - ORGANIZAÇÃO CATÓLICA DE COOPERAÇÃO PARA O
DESENVOLVIMENTO HOLANDA**
- CIMS - COMISSÃO INTERSTITUCIONAL MUNICIPAL DE SAÚDE**
- CUT - CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES**
- FETAEG - FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA DO
ESTADO DE GOIÁS**
- HSPX - HOSPITAL SÃO PIO Xº**
- INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E
PREVIDÊNCIA SOCIAL**
- INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL**
- LBA - LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA**
- MOPS-VSP - MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NO VALE DO SÃO PATRÍCIO**
- STRI - SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE ITAPURANGA**
- SUDS - SISTEMA ÚNICO E DESCENTRALIZADO DE SAÚDE**
- SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Esse estudo tem como objeto o processo de organização do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício, no período de 1974 a 1992, e busca captar e analisar as características desse movimento, apreendendo sua natureza face às mudanças sócio-político-econômico e culturais ocorridas na sociedade brasileira, especialmente nas políticas de saúde. As ações coletivas de caráter contestatório, relacionadas às questões de saúde, emergem na região Vale do São Patrício, Goiás, em 1974, contrapondo-se ao sistema nacional de saúde que se centrava na capacidade contributiva do trabalhador e na prestação de serviços ofertados pela iniciativa privada com o financiamento do sistema de proteção social. Tem sua origem nas Ligas Camponesas organizadas na região na década de 50, quando se instalou a Colônia Agrícola de Goiás, e na participação dos trabalhadores em grupos de reflexão nas Comunidades Eclesiais de Base na Diocese de Goiás, que incentivavam a participação dos leigos nos movimentos sociais. A questão do acesso aos serviços de saúde tornou-se reivindicação dos pequenos proprietários, meeiros, parceiros e trabalhadores rurais da região em 1972, quando pressionaram a Diocese de Goiás para redimensionar a prática de saúde no Hospital São Pio X^o, de sua propriedade, e organizaram-se para reivindicar a construção de uma unidade hospitalar, vinculada ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga. É um movimento que, contando com recursos próprios, busca soluções para os problemas relacionados à saúde, criando e recriando formas de educação popular, concretizadas através da participação de pequenos proprietários, meeiros, trabalhadores rurais, professores, pequenos comerciantes e profissionais da área de saúde, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, pedagogos e psicólogos que, no espaço da reivindicação, formação e autogestão desenvolvem práticas de saúde voltadas aos interesses das classes subalternas. Ao desenvolver-se, o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício altera-se no processo de transformação da sociedade brasileira. De 1974 a 1979, acentua-se o caráter de resistência face ao regime militar e às condições de saúde das classes subalternas; entre 1980 a 1988, as práticas de saúde desenvolvem-se articuladas com os movimentos populares, e a saúde vincula-se às lutas agrárias na região e, de 1989 a 1992, a luta pela saúde circunscreve-se na luta pela ampliação dos direitos sociais, principalmente pelo direito à saúde, tendo em vista a universalização, a descentralização e a gratuidade. Portanto, à medida em que as relações sociais transformam-se, transforma-se o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício, alterando sua natureza e suas características.

ABSTRACT

This study has as an objective the organisational process of the Health Popular Movement in the São Patrício Valley in the period from 1974 to 1992 and it aims at presenting and analysing the characteristics of this movement apprehending its nature in relation to social, political, economical and cultural changes of the Brazilian society, specially concerning health policies. As related to health matters, the collective actions of contestatory types emerged in the region of São Patrício Valley in Goiás in 1974 opposing to the national system of health which concentrated in the contributive capacity of the workers and in the services offered by private institutions financed by social protection system. They have their origin in the Peasant Leagues organised in the region in the 50's when the Agricultural Colony of Goiás was settled and in the participation of the workers in so-called Groups of Reflection in the Base Ecclesiastical Communities in Diocese of Goiás, that encouraged the participation of laymen in social movements. The matter of accessing the health system became a claim for the small owners, part-owners, partners and rural workers of the region in 1972 when the Diocese of Goiás was pressed to redimention the health practice at São Pio X, a Hospital supported by that Diocese. They got organised to claim for the construction of a hospital unit which was tied to the Rural Labour Union of Itapuranga. It was an auto supported movement that searched for solutions to the problems related to health, that created and recreated forms of popular education which were only made concrete due to the participation of small owners, part owners, rural workers, teachers, small businessmen and health professionals, doctors, nurses, social assistants, pedagogues and psychologists who, within claim bases and the concern of formation and auto management, developed health practices devoted to the interest of the subaltern classes. Along its development, the Health Popular Movement in the São Patrício Valley has faced some changes, as has the process of transformation of the Brazilian society. From 1974 to 1979, the form of resistance against the military party and the health conditions of the subaltern classes became more effective; between 1980 and 1988, health practices were developed articulated with the popular movements and health was tied to the agrarian fights in the region and, from 1989 to 1992, the fight for health turned out to be the fight for the amplification of social rights, mainly to the right for health, in universal, decentralized and gratuitous bases. Therefore, as the social relations were transformed, so was the Health Popular Movement in the São Patrício Valley, which caused alterations in its nature and features.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objeto o processo de organização do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício, no período de 1974 a 1992. Busca captar e analisar as características desse processo e apreender sua natureza face às mudanças sócio-político-econômico e culturais ocorridas na sociedade brasileira, especialmente na implementação das políticas de saúde.

A análise das condições de emergência e de desenvolvimento do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício - MOPS-VSP requereu, primeiramente, a identificação geo-política e econômica da região na qual se inseriu, no período apontado, a luta popular pela saúde. Reconstruir o contexto histórico da região, o significado dessa ocupação para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as contradições sócio-econômicas que dela emergiram significa buscar as condições de possibilidade de emergência e desenvolvimento do MOPS-VSP. A partir daí, foi possível encontrar fatos do passado que se recriavam no presente e contribuíram para que a luta pela saúde no Vale do São Patrício tomasse a dimensão de um movimento social específico. Buscava-se assim, apreender as forças sociais que operaram na região, no período delimitado, para distinguir os movimentos orgânicos¹ dos movimentos conjunturais historicamente construídos naquele tempo e espaço.

¹ Segundo Gramsci, os movimentos orgânicos são relativamente permanentes e os movimentos conjunturais são ocasionais, imediatos, quase acidentais (1992:45).

A análise do real significado do MOPS-VSP para o conjunto das lutas populares que emergiram na região se insere num fértil campo onde diferentes tendências teóricas se enfrentam. Já na década de 70, o reaparecimento das forças sociais que se organizaram resistiram ao autoritarismo do regime militar e lutaram pela democratização da sociedade brasileira; elas foram saudadas como “novas” e potencialmente “transformadoras”. Os estudos sociológicos, que em grande parte analisavam a ausência das classes populares² no cenário político, passaram a destacar sua presença e explicar as condições imediatas em que ocorreram a emergência desses “novos” movimentos sociais, sua identidade, características e a relação com o desenvolvimento das forças produtivas. As perspectivas de análise teórica eram diversas: *“alguns partiam do pressuposto de que ainda não se cumpriram entre nós os requisitos para a constituição de uma classe operária ‘para si’(...). Outros procuraram ressaltar que precisamente, dadas as diferenças, nada que se assemelhe a um movimento de classe poderia ser esperado”* (Brant, 1981:10).

O fato é que, desde aquela época, as Ciências Sociais têm-se preocupado em analisar a emergência dos movimentos sociais, sob o ponto de vista das classes subalternas, recolocando questões como: a constituição de sujeitos sociais, luta de classe, identidade, potencialidade de transformação e emancipação. Por ser um objeto em movimento, numa sociedade cujas transformações ocorrem de forma acelerada, o próprio conceito de movimentos sociais somente pode ser apreendido a partir de fragmentos em determinados espaços temporais. O que não implica que ele mesmo, o conceito, se esfumace num fragmento sem significação.

Nos primeiros estágios de desenvolvimento do capitalismo, o movimento social confundia-se com o movimento operário e sindical, que buscava a superação das contradições existentes na relação capital-trabalho. São os movimentos sociais tradicionais. A essência desses movimentos pautava-se na transformação da sociedade

² Segundo Sader e Paoli (1986:59) o termo classes populares, analisado pela Ciências Sociais no anos 80, indica o deslocamento do campo da delimitação das fronteiras entre classes, frações, categorias sociais, para o campo da compreensão específica da prática dos atores sociais em movimento que constituem uma imagem de classe múltipla e diferenciada, e se articula através da noção de enfrentamento coletivo com um poder que também não é único.

capitalista, de sociedade dividida em classes sociais, para uma sociedade sem classes. Nessa perspectiva, o proletariado seria a força motriz que impulsionaria tais transformações a partir da construção de sua consciência de “classe”. Nesse contexto, os movimentos sociais podem ser compreendidos como ação coletiva de caráter contestador, com o objetivo de transformar a ordem estabelecida na sociedade capitalista. Esses movimentos caracterizaram-se por ações coletivas defensivas e reivindicatórias no sentido de proteger salários, empregos e obter estabilidade nos empregos. No Brasil, o movimento operário emerge, timidamente, nas duas primeiras décadas desse século e, a partir da década de 30, contou com a ingerência do Estado populista³. Nesse período, o Estado tinha como estratégia de desenvolvimento a cooptação das massas populares para fortalecer o projeto de transição da economia brasileira na passagem do modelo agro-exportador para urbano-industrial. Obviamente, nem todos os movimentos sociais foram cooptados, e o governo populista não mantinha influência em todas as bases sindicais, mas o apoio das massas populares tornou-se instrumento importante para a legitimação do Estado. As ações dos movimentos sociais passaram a ser compreendidas também no âmbito das reformas, podendo objetivar a manutenção da ordem capitalista, e não ser necessariamente uma ação exclusiva das camadas populares da sociedade, tomando, assim, um caráter reformista.

A heterogeneidade e a diversidade dos movimentos sociais deriva dos propósitos que estabelecem para si, segundo a visão de sociedade na qual se inserem e dos objetivos que pretendem alcançar. Nesse sentido, não há uma definição capaz de abranger todas as ações coletivas reconhecidas como movimentos sociais, dado que os mesmos somente podem ser apreendidos segundo as condições estruturais e conjunturais nas quais se desenvolvem e nos objetivos que estabelecem. Não existe um conceito definitivo, porque *“a realidade é rica das combinações as mais bizarras, e é o teórico quem deve procurar nesta bizzaria a demonstração de sua tese, que deve “traduzir” em linguagem teórica os elementos da vida histórica e não vice-versa - a realidade*

³ O populismo foi um fenômeno que buscava soluções para a crise sócio-política e econômica na década de 30. Fortemente impregnado pelo nacionalismo, uma das soluções adotadas foi a institucionalização das organizações das classes subalternas: *“o populismo constituiu um reconhecimento, da perspectiva do poder, da existência sócio-política das classes subalternas; implicou igualmente na extensão de seus direitos de cidadania, tanto políticos como sociais”*(Calderón e Jelím, 1987:70).

apresentando-se segundo um esquema abstrato” (Gramsci, 1992: 128). Os movimentos sociais já foram sinônimos de práticas sociais transformadoras, desprezando-se as ações coletivas das classes dominantes. Foram conceituados como práticas sociais, cujas relações se pautavam no caráter informal, com qualidade policlassista, formadoras de sujeitos sociais em confronto com o Estado. Portanto, não há uma definição, mas conceitos que se vinculam ao processo histórico-estrutural. Prevaecem as premissas analíticas que indicam as condições histórico-estruturais que possibilitam a emergência de determinado movimento social, a leitura que fazem da realidade, como se inserem nessa realidade, a identificação dos sujeitos sociais nesse processo e as suas perspectivas, isto é, se buscam reformas dentro da sociedade capitalista ou se buscam a ruptura da ordem estabelecida.

Na perspectiva de ruptura, os movimentos sociais populares podem ser concebidos como instrumentos de construção de uma concepção de mundo própria das classes subalternas da sociedade. Fundando-se na concepção gramsciana de que a construção de uma nova cultura e de uma nova concepção de mundo pode ser gestada pelas classes subalternas no seio da própria sociedade capitalista, esses movimentos agregam setores das classes subalternas a partir de suas condições de produção e reprodução, acumulando e elaborando novos conhecimentos, que se tornam instrumentos de luta na conquista dos direitos econômicos, políticos, sociais e culturais. A adjetivação “novos” para os movimentos sociais provém, segundo Santos (1996:257), da necessidade de diferenciar a base social desses movimentos que surgem nas décadas de 70 e 80 das bases sociais características da Europa. Laclau (1986:41), parte das conceituações tradicionais de conflitos sociais que são tipificados segundo: a determinação dos agentes, que era feita através de categorias pertencentes à estrutura social; o tipo de conflito, que era determinado em termos de um paradigma diacrônico-evolucionário, e da pluralidade de espaços do conflito social, para afirmar que os novos movimentos sociais caracterizam-se pelo rompimento da unidade destes três aspectos do paradigma. Para Vidal (1995:151), a questão fundamental não se refere ao fato dos movimentos sociais serem considerados “novos” ou “velhos”, mas às transformações que as sociedades mundiais têm experimentado a partir dos anos 60: “*si en la década*

del 20 ya existían movimientos feministas, la destrucción ecológica global del planeta todavía no existía. O sea, es un aspecto nuevo, todavía no existían las nuevas tecnologías en los países industrializados del Norte y del Sur. Esos son factores de la dinámica interna del capitalismo". Os aspectos “novos” dos movimentos sociais podem estar relacionados com o atual estágio de desenvolvimento do capitalismo, um sistema que se revoluciona permanentemente.

“A indústria moderna nunca encara nem trata a forma existente de um processo de produção como definitiva. Sua base técnica é, por isso, revolucionária, enquanto a de todos os modos de produção anteriores era essencialmente conservadora. Por meio da maquinaria, de processos químicos e de outros métodos, ela revoluciona de forma contínua, com base técnica da produção, as funções dos trabalhadores e as combinações sociais do processo de produção” (Marx, 1988:87)

É esse permanente desenvolvimento, impulsionado por fatores econômicos, mas também pelos fatores políticos-sociais-culturais e ideológicos, que transformam, cotidianamente, as relações sociais. É no âmbito destas que se transformam, também, os movimentos sociais, não se tratando de caracterizá-los, simplesmente, como antigos ou novos. Formas antigas de organização social passam a conviver com novas, durante um certo período histórico, enquanto outras desaparecem após terem cumprido seus objetivos. Mesmo tendo desaparecido, existem aspectos relacionados à forma de organização, necessidades de consumo, estrutura de produção e reivindicações desses movimentos, que são resgatados a partir do processo de acumulação de conhecimento, de estratégias de luta, de enfrentamento de uma realidade que está em permanente transformação, em uma sociedade marcada por contradições sociais. Assim, coexistem, sempre em um mesmo tempo e local, o novo e o velho.

Há, contudo, determinados aspectos estruturais e conjunturais que se sobressaem aos outros em determinados espaços de tempo. Assim, o processo de desenvolvimento do capitalismo é analisado a partir de características que demarcam

estágios e/ou períodos em que se acentuam determinados aspectos das relações sociais. Ianni (1992, 37-39), refere-se a esses períodos a partir de três formas ou ciclos de grande envergadura na história do capitalismo:

“Primeiro, o modo capitalista de produção organiza-se em moldes nacionais. Revoluciona as formas de vida e trabalho locais, regionais, feudais, comunitárias, tribais ou pré-capitalistas. E institui a produção de mercadorias, de valores de troca, compreendendo a dissociação entre o trabalhador e a propriedade dos meios de produção, o mercado, a mercantilização crescente das forças produtivas e relações de produção(...). Segundo, o capitalismo organizado em bases nacionais transborda fronteiras, mares e oceanos. O comércio, a busca de matérias-primas, a expansão do mercado, o desenvolvimento das forças produtivas, a procura de outras e novas fontes de lucros, tudo isso institui colonialismo, imperialismos, sistemas econômicos, economias-mundo, sistemas mundiais, em geral centralizadas em capitais de nações dominantes, metrópoles ou países metropolitanos(...). Terceiro e último, o capitalismo atinge uma escala propriamente global.

Esses estágios são demarcados por lutas sociais de segmentos da população que buscam alterar as relações sociais hegemônicas, perseguindo o velho sonho de emancipação que foi prometido pelo mundo moderno. O mundo moderno, calçado no liberalismo, criou a idéia de que os homens são iguais. Os movimentos sociais populares agem para conquistar essa igualdade, atuando no âmbito da regulação, da emancipação e da cidadania.

Tem-se, então, um embate permanente, que ocorre em todas as esferas e envolve as relações sociais. Os movimentos sociais pressionam as classes hegemônicas no sentido de conquistar ou ampliar os direitos civis, políticos e sociais no seio da sociedade capitalista, ou, ainda, pressionam através da coerção, no sentido de buscarem a ruptura com a ordem estabelecida na sociedade capitalista. No cotidiano, essas lutas ocorrem na

esfera da produção e do consumo. Nas relações de produção, das contradições que derivam do fato de que o capitalismo separou o produtor do produto, dá-se o embate entre lucro e salário, capital e trabalho. Nas relações de reprodução, dá-se o embate entre as necessidades de consumo, para a garantia de sobrevivência, e os recursos disponíveis.

O atual estágio de desenvolvimento do capitalismo altera a visibilidade destas contradições porque ao mesmo tempo que articula, desarticula; que integra, desintegra; que inclui, exclui. A necessidade de retomar as taxas de crescimento, que culminaram com a crise econômica do início dos anos 70, deu fim ao modelo keynesiano de desenvolvimento. No lugar do taylorismo-fordista, o toyotismo; da produção massificada, a produção flexibilizada; da regulação estatal, a hegemonia do mercado; do Estado de Bem-Estar Social, o Estado Neoliberal. Fundada no desenvolvimento científico-tecnológico, a sociedade contemporânea acentuou sua tendência na capacidade de aumentar a produção diminuindo a necessidade de trabalho vivo. Consolidou o mercado global de circulação de mercadorias, tornando-as perecíveis em espaços menores de tempo e recriando novas necessidades de consumo. Com isto, alterou as relações sociais, impondo novos padrões de sociabilidade.

As relações sociais alteram, portanto, as demandas e as reivindicações sociais. Os rebatimentos dessas transformações são desiguais e afetam diferentemente regiões, países e localidades. Num país como o Brasil, cuja cidadania não foi sequer conquistada pela maioria da população, o desemprego, o desmonte do Estado e a ausência de equipamentos sociais para atender às necessidades da população, acentuam as desigualdades sociais.

O Estado do Bem-Estar Social aparentemente vinculou a esfera da produção à esfera da reprodução social. O espaço da reprodução social significou, em parte, uma forma de redistribuição de renda através de salários indiretos que garantiam o atendimento às necessidades sociais como educação, saúde, alimentação, transporte, habitação e lazer. O atual estágio de desenvolvimento do capitalismo desconecta essa

interação, tornando o mercado de trabalho seletivo e excludente, e o acesso aos equipamentos sociais igualmente seletivos e excludentes. Não se necessita de toda reserva de mão-de-obra disponível no mercado, nem de um mercado consumidor em larga escala. Portanto, não é necessário garantir a reprodução social além do ponto que coloque a tensão social fora dos domínios incontroláveis.

Essa lógica de produção e reprodução social contribui para a fragmentação da realidade porque o capital, concentrado e centralizado nos grandes conglomerados e grupos empresariais, metamorfoseia o trabalho. A tercerização e o crescimento do mercado informal encobrem as relações de dominação. Da mesma forma, a descentralização e o atendimento seletivo das políticas sociais fragmentam o enfrentamento das questões sociais. Como os movimentos sociais respondem a essa nova ordem? Que instrumentos são criados para avançar o projeto de emancipação da sociedade?

Na busca de acesso à saúde, segmentos da sociedade brasileira vêm se organizando nas últimas décadas e implementando práticas sociais contraposição às contradições resultantes desse processo de desenvolvimento desigual que afeta as condições de vida da maioria da população e reflete diretamente na relação saúde/doença. Surgem movimentos que atuam nessa relação e a tomam como objeto exclusivo de suas ações. Esses movimentos não são homogêneos. A heterogeneidade está em sua própria base social: *“alguns movimentos dizem respeito aos profissionais da área, como, por exemplo, os diversos sindicatos profissionais ou o Movimento Sanitário; outros se referem basicamente aos setores populares que, em face das carências que sofrem nesta área, se organizam para lutar por melhores condições de saúde”* (Ribeiro, 1989:264). Há, contudo, movimentos que se diferenciam daqueles vinculados aos sindicatos na área de saúde e aos movimentos de setores populares que se organizam para reivindicar melhoria nos serviços de saúde prestados pelo Estado. São os movimentos de saúde que, por meio de seus próprios recursos, buscam soluções para suas necessidades. Dentre esses, há uma gama enorme de diversidades de ações e objetivos. Alguns atuam dentro da medicina halopata, formando agentes de saúde para

atendimentos básicos de primeiros socorros, propondo formas alternativas para lidar com o corpo, em que privilegiam a democratização de informações e a transformação pela educação em saúde. Outros, atuam na retomada do conhecimento popular relacionado às plantas medicinais, desenvolvendo a fitoterapia, buscando na experiência de vida da própria população a matéria-prima para a sua práxis. Existem, ainda, aqueles que trabalham nessas duas perspectivas. É o caso do Hospital São Pio X^o e da Associação Popular de Saúde de Itapuranga, que ao concretizarem ações coletivas reivindicatórias, transformam-nas em ações organizadas e dão expressão ao Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício. Não é um movimento isolado no cenário sócio-político do Brasil ao final da década de 70, pois em vários Estados brasileiros surgiram movimentos de saúde que se articularam nacionalmente⁴.

Esses movimentos de saúde agregavam setores populares, que viviam em condições subalternas, tanto no campo como na cidade, e profissionais que atuavam na área de saúde. No processo de organização face à conquista dos direitos à saúde, constroem uma identidade coletiva e tornam-se sujeitos sociais, ou seja, *“uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender interesses e expressar suas vontades(...)”*. (Sader, 1988). É a constituição dessa identidade coletiva, enquanto sujeitos sociais, que possibilita a interlocução com o Estado e a articulação com outras forças sociais.

A emergência desses movimentos sociais, vinculados à saúde, não está descolada do contexto sócio-econômico-político e cultural dos anos 70. Certamente, o surgimento desses movimentos somente foi possível porque encontrou espaços dentro de uma conjuntura favorável. O quadro nosológico no Brasil constituiu-se historicamente, pela ausência da intervenção pública e pela situação de “necessidades”, que foi uma constante na realidade brasileira. Portanto, a dimensão estrutural para o surgimento de movimentos vinculados à saúde sempre esteve presente. Faltava a dimensão cultural, à qual se refere Scherer-Warren, (1987), como o reconhecimento e defesa dos próprios direitos, que

⁴Das diversas iniciativas que se proliferaram pelo Brasil, surgiu, na cidade de Lins-SP, em 1979, o Movimento Popular de Saúde, uma articulação nacional para possibilitar trocas de experiências e estabelecer diretrizes na luta pelo acesso aos serviços de saúde e à sua conquista.

implica na formulação de uma visão de mundo, ou na dicotomização entre alienação-identidade, que significa a construção da própria identidade que, segundo Evers (1984: 19), pode ser definida como *“algo do tipo faça-você-mesmo, que não nos pode ser dado por outrem e, menos ainda, vir da estratosfera do poder político”*.

Esse reconhecimento e defesa dos próprios direitos - ou a tomada de consciência coletiva - não é instantânea. Esse *“fazer-você-mesmo”* significa um longo aprendizado encoberto pelas práticas hegemônicas, envolto em suas próprias contradições, num constante fazer e refazer. Assim, no Vale do São Patrício gestou-se uma concepção de saúde diferente daquela veiculada pelas classes dominantes, e desenvolveram-se práticas, dentro do universo dos grupos envolvidos, orientadas para atender às necessidades do cotidiano. Foi um movimento defensivo porque pretendia o atendimento das necessidades relacionadas às demandas de saúde, por isso mesmo imediatista. Constituiu, também, uma reação e tornou-se ofensivo quando buscou o rompimento das relações sócio-econômico-político e culturais desiguais em uma região caracterizada pelo minifúndio. Quais foram as reivindicações desse movimento? Como ocorria a interlocução com o Estado? Com a busca da reconstrução do processo de ocupação do Vale do São Patrício pretendeu-se conhecer as mediações que possibilitaram essa tomada de consciência para compreender por que, na década de 70, essa região tornou-se um espaço rico em experiências populares. Quais as contradições que permearam esse processo de ocupação? Que sujeitos sociais contribuíram para a formação dessa consciência?

Encravada na micro-região do mato-grosso-goiano, no Estado de Goiás, o Vale do São Patrício é constituído por 15 municípios. Dentre estes, estão os municípios de Ceres e de Itapuranga. São esses dois municípios os polos irradiadores das práticas sócio-educativas de saúde, onde se localiza o Hospital São Pio X^o e a Associação Popular de Saúde de Itapuranga. Essas instituições planejam, executam e avaliam ações de saúde na área curativa e preventiva.

O Hospital São Pio Xº, pertencente à Diocese de Goiás, foi fundado em 1956 e, a partir de 1974, reformulou sua prática de assistência à saúde para atender à reivindicação de segmentos da sociedade, especialmente de trabalhadores rurais. Desde então, buscou gestar as ações de saúde na perspectiva, e com a participação, das classes subalternas. A Associação Popular de Itapuranga configurou-se numa experiência onde as próprias classes subalternas gestaram as ações de saúde, tanto na área curativa, quanto preventiva. A presença dessas instituições permitiu a vivência e a difusão de práticas coletivas de rompimento com a dicotomia entre saúde/doença a partir das contradições decorrentes da relação entre homem/homem e homem/natureza. Da articulação entre essas duas instituições, e destas com outras organizações populares, como, por exemplo, os Sindicatos de Trabalhadores Rurais e as Comunidades Eclesiais de Base, desencadearam-se ações de saúde em diversas localidades da região, configurando-se, assim, o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício.

Para demonstrar, mediante a análise do processo de organização e desenvolvimento, como o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício, no período de 1974 a 1992, construiu a sua concepção de saúde e as reações que imprimiu face à política do sistema nacional de saúde, optou-se por uma pesquisa documental, tendo como fonte os dados coletados no Hospital São Pio Xº, no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga e na Associação Popular de Saúde de Itapuranga. O motivo pelo qual a escolha recaiu sobre essas instituições deve-se a três aspectos. Um primeiro refere-se ao reconhecimento formal dessas instituições enquanto interlocutoras com o Estado e com agências internacionais de cooperação, para a viabilização do atendimento na área curativa, preventiva e desencadeamento de ações sócio-educativas. Um segundo motivo refere-se ao fato de que todo o planejamento e execução das práticas de saúde desenvolvidas tinham como base de apoio essas instituições. O terceiro, e mais importante, aspecto deveu-se ao fato de que essas instituições caracterizaram-se pelo desenvolvimento de práticas sociais que visavam contestar a política de saúde existente. Tornaram-se instrumentos de construção de uma concepção de saúde e de mundo a partir dos interesses das classes subalternas. Significaram a capacidade de organização de um segmento da população no

planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde. Envolveram-se nesse processo de organização trabalhadores rurais assalariados, meeiros, posseiros, parceiros, pequenos proprietários, professores, domésticas, agentes religiosos e, naturalmente, profissionais da área de saúde, que estiveram a serviço dessas instituições: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e educadores sanitários.

No entanto, tomar essas instituições como referência para a compreensão das condições de emergência e desenvolvimento do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício requereu, além da análise histórica do processo de ocupação da região, a análise da relação desse movimento com a igreja católica, com o movimento sindical e com o Estado, no sentido de apreender as mediações e os nexos constitutivos, que explicam o surgimento nessa região de um movimento de saúde. Significa dizer que se buscou a compreensão do Movimento Popular de Saúde inserido em uma totalidade histórica em permanente movimento nas múltiplas mediações que constituíram suas condições de emergência e desenvolvimento. Para proceder esse estudo, realizou-se pesquisa bibliográfica sobre o tema em referência e pesquisa documental com análise de textos, atas de reuniões, convênios, balanços financeiros e documentos publicizados do Hospital São Pio X^o, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga e Associação Popular de Saúde de Itapuranga. Para efetuar a coleta de dados, utilizaram-se roteiros (ver anexos) previamente construídos que privilegiaram as informações, que revelassem, no processo de análise, os fatos conjunturais de maior relevância, os impactos da política de saúde sobre as instituições e as reações do Movimento Popular de Saúde face às mesmas, bem como o nível de participação de seus componentes. Estes elementos indicaram o grau de envolvimento da população no planejamento, gestão e avaliação nas ações desenvolvidas e nas formas de organização. Dos dados coletados nos convênios privilegiaram-se as informações que indicassem o tipo de ação de saúde desencadeada, seus objetivos e população atingida. Nos balanços financeiros buscaram-se informações sobre os recursos disponíveis, proveniência e destino de sua aplicação. Além dessas fontes, recorreu-se a dados da pesquisa participante elaborada em 1989, sob a responsabilidade da Pastoral da Saúde da Diocese de Goiás, que teve como coordenador um médico do Hospital São Pio X^o, e foi aplicada também na região

do Vale do São Patrício. A utilização dos dados dessa pesquisa no estudo deveu-se ao fato de que ela foi uma iniciativa da própria população que participava da luta pela saúde, portanto, era uma ação coletiva que se inseriu no âmbito dos instrumentos sócio-educativos utilizados e que possibilitou uma visão crítica da relação saúde/doença na perspectiva das classes subalternas. Recorreu-se, também, ao Dossiê do Hospital da Santa Casa do Povo, mantido e administrado pela Associação Popular de Saúde, elaborado em 1988 por técnicos desse hospital. Extraíram-se, ainda, dados relacionados à questão da saúde em estudos existentes sobre a região, entrevistas em jornais e documentos públicos veiculados sob a responsabilidade das instituições em foco. O resultado da análise dos dados foram expostos nos quatro capítulos desse trabalho.

No primeiro capítulo, buscou-se reconstituir, a partir de análise estrutural e conjuntural, as condições objetivas e subjetivas que possibilitaram a emergência do Movimento Popular de Saúde. Ocupado na década de 40, o Vale do São Patrício foi a região “escolhida” para a implantação da Colônia Agrícola de Goiás durante o Governo de Getúlio Vargas. A colonização determinou a base fundiária da pequena propriedade e impulsionou o desenvolvimento de toda a região em um período marcado pela expansão da economia urbano-industrial no Brasil. Das contradições resultantes das relações estabelecidas entre os colonos e o modo de produção agrária surgiram conflitos, descontentamentos e insatisfações em relação ao que o governo havia prometido e o que se concretizava na prática. Nasceram, assim, as primeiras formas de resistência na região.

O segundo capítulo aborda a organização dos camponeses na região, nas décadas de 50 e 60, articuladas pelas associações e pelas ligas camponesas que se estruturaram apoiadas no Partido Comunista Brasileiro. No final dos anos 60, as organizações populares na região intensificaram-se com a mudança da prática religiosa desenvolvida pela Diocese de Goiás, que, com base nas Encíclicas Sociais da Igreja Católica, comprometia-se com os interesses das classes subalternas. O Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício emerge das condições subjetivas criadas por essas organizações, das demandas em relação aos serviços de saúde que segmentos da população, como trabalhadores rurais assalariados, meeiros, parceiros e pequenos

proprietários transformaram em reivindicações e organização. Para buscar o acesso aos serviços de saúde, os trabalhadores rurais assalariados, meeiros, parceiros, arrendatários e pequenos proprietários recorreram à Diocese de Goiás, mantenedora do Hospital São Pio X^o, e reivindicaram mudanças na prestação da assistência médico-hospitalar desse nosocômio. Concomitantemente, no município de Itapuranga, os trabalhadores rurais, organizados no Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga, reivindicaram, junto ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social, a construção de uma unidade hospitalar. São essas duas instituições que desencadearam práticas de saúde nas áreas curativas, preventivas e sócio-educativas na região; delas emerge o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício.

O terceiro capítulo expõe as características dessas práticas nos cenários sócio-político e econômico em que se processaram. Assim, no período em referência desse estudo, de 1974 a 1992, é possível caracterizar o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício a partir de três aspectos: a saúde como uma luta de resistência; a saúde como um instrumento de articulação das lutas populares e a saúde como uma luta pelo direito à saúde. Possibilitando a junção dessas características, encontra-se o fato de que a luta pela saúde se desenvolve vinculada às demandas agrárias em uma região de predominância da pequena propriedade.

No quarto capítulo, retomam-se os dados empíricos coletados para averiguar a concepção de saúde e de participação que perpassa esse movimento. Essas concepções engendram uma visão de mundo que se transforma ao longo do período em estudo, indicando como as transformações na sociedade brasileira, nas últimas três décadas, repercutem nas ações do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício. Destaca-se, nesse capítulo, a explicitação de como ocorria o processo educativo, tendo em vista os conteúdos e os instrumentos utilizados para viabilizar o processo organizativo. Procura-se demonstrar como a abordagem sócio-educativa vai-se transformando a partir dos aspectos histórico-conjunturais. À medida em que ocorrem as mudanças sócio-político-econômico e culturais no mundo contemporâneo, articulando e desarticulando o global, o regional e o local, alterando as formas de ser,

sentir e existir do homem, alteram-se os objetivos e as formas de abordagens do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patricio.

1. VALE DO SÃO PATRÍCIO: FORMAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A região do Vale do São Patrício, onde emerge e se desenvolve o Movimento Popular de Saúde, objeto desse estudo, localiza-se no centro-oeste goiano, e tem sua ocupação demarcada na transição do modelo de desenvolvimento econômico agro-exportador para o modelo econômico urbano-industrial. A história desta região⁵ é um emblema da ocupação do Estado de Goiás.

A primeira fase de ocupação do Estado de Goiás, inicia-se com o descobrimento das minas de ouro. A exploração das minas auríferas durou cerca de 50 anos, e seguiu-se um período caracterizado pela economia de subsistência e pecuária extensiva⁶. Essa

⁵ O Vale do São Patrício ou Centro Oeste Goiano é um região geo-política do Estado de Goiás constituída pelos municípios de Barro Alto (9.919 hab.), Carmo do Rio Verde (10.292 hab.), Ceres (22.874 hab.), Guarinos (3.711 hab.), Hidrolina (4.979 hab.) Itapaci (12.652 hab.), Itapuranga (31.215 hab.), Morro Agudo de Goiás (2.526 hab.), Nova América (2.022 hab.), Nova Gloria (8.506 hab.), Pilar de Goiás (4.845 hab.), Rialma (8.912 hab.), Rubiataba (16.686 hab.), São Luiz do Norte (4.162 hab.) e Uruana (13.657 hab.), totalizando 15 municípios (Fonte: IBGE: 1991). Atualmente, esses municípios fazem parte da Microrregião de Ceres, formada por 21 municípios (Fonte: Empresa Estadual de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento Econômico-social, 1997)

⁶ Em 1725, a bandeira chefiada por Bartolomeu Bueno da Silva, o Anhanguera, descobriu ouro nas cabeceiras do rio Vermelho. Daí surgiu a primeira ocupação dessa região, que deu origem ao arraial de Sant'ana, chamado posteriormente de Vila Boa, e depois cidade de Goiás, antiga capital do Estado. Toda a ocupação dessa região, nesse período, foi norteadada pela exploração das minas de ouro com a utilização de mão-de-obra escrava. Com o esgotamento das minas de ouro, a região entra num longo período de decadência, ficando isolada do restante do país, com uma produção agrícola de subsistência e prevalência de grandes vazios demográficos, com pastagens nativas. A economia da província permaneceu inerte, e só houve expansão da pecuária devido às características da região. Essa atividade exigia pouca mão-de-obra, e como não havia meios de transporte e estradas, essa era uma mercadoria que se auto transportava, facilitando a comercialização, principalmente para a província de São Paulo. A produção pecuária ofereceu as condições ideais para a estruturação fundiária, baseada na grande propriedade, e favoreceu o surgimento e desenvolvimento de relações políticas fundamentadas no

primeira fase se esgota com a crise do preço do café no mercado externo no final do século passado e com chegada da estrada de ferro, em 1913.

O segundo período de ocupação do Estado de Goiás subordina-se à necessidade de alargamento da fronteira agrícola. No período anterior, 1889 até 1930, a economia brasileira esteve voltada para a exportação, principalmente café e matérias-primas. Para suprir as necessidades internas em relação aos gêneros alimentícios recorria-se às importações⁷. Com a crise do sistema financeiro internacional na década de 20, houve necessidade de se aumentar a produção agrícola por meio da ocupação dos vazios demográficos. A chegada da estrada de ferro em Goiás intensificou o fluxo migratório. As regiões ocupadas nesse período foram, principalmente, as áreas próximas às estradas de ferro, e a pecuária continuaria sendo a principal atividade econômica em Goiás, apesar do contexto favorável à agricultura, devido ao crescimento demográfico do centro-sul, da taxaço de produtos alimentícios vindo de outros Estados, da melhoria da rede de transporte e da eclosão da 1ª Guerra Mundial. Em 1920, Goiás contava com um rebanho bovino de 2.413.092 unidades, que correspondia a 8,8% do rebanho nacional; era o quarto produtor nacional de arroz, com 37.427,6 toneladas; produzia somente 0,4% do total da produção de café (principal produto de exportação do país); 2,7% da produção de milho; 1,5% da produção de feijão; 1,3% da produção de fumo; 1,0% da produção de açúcar⁸. Essa situação não iria se alterar na década de 30. Porém, a estagnação da economia não seria um fenômeno somente local, mas mundial⁹.

coronelismo. Campos (1987) define o coronelismo como um fenômeno político que expressa a dominação econômico-político e social de uma comunidade por um chefe político. Essa relação implica em um pacto entre as esferas de poder federal, estadual e municipal, sendo que o "coronel" exercia o papel de mediador entre as instituições políticas e a população interiorana, mantendo total controle das ações da população. Dos arranjos políticos delineados por essa prática política surgem as oligarquias, que se alternaram no poder até 1930. Em Goiás, destacam-se as oligarquias de Bulhões e Caiado.

⁷ O modelo de desenvolvimento econômico agro-exportador colocou o Brasil como um dos grandes produtores mundiais de matérias-primas e gêneros tropicais, como café, cacau e borracha, no período de 1889 a 1930 e implicou, paradoxalmente, na importação de gêneros alimentícios que atingia a percentagem de 30% do total das importações. (PRADO JUNIOR, 1993:210)

⁸ Fonte: Recenseamento do Brasil, 1920 - IBGE.

⁹ "A Primeira Guerra Mundial foi seguida por um tipo de colapso verdadeiramente mundial, sentido pelo menos em todos os lugares em que homens e mulheres se envolviam

Os países da América Latina iriam encontrar um modelo próprio para vencer a depressão do capitalismo em 1929. Entre 1930 e 1931, doze países na América Latina mudaram de governo, dez utilizando o golpe militar. O Brasil estava entre esses dez países que mudaram de governo através do golpe, o que levou ao poder Getúlio Vargas, criador do Estado Novo. Assim, a década de 30 abre passagem para o fenômeno do populismo e para o modelo de desenvolvimento urbano-industrial.

A ascensão de Getúlio Vargas reflete-se imediatamente no Estado de Goiás. A oligarquia dos Caiado, que se encontrava no poder, é derrubada e assume o governo estadual Pedro Ludovico Teixeira, que se manteve no poder como interventor entre 1930 a 1945, tendo como prioridade criar a infra-estrutura necessária para a ocupação do Estado.

A principal estratégia do governo populista de Getúlio Vargas, para vencer a crise econômica da década de 30, era o nacionalismo popular. Sua ascensão ocorreu num momento em que o preço do café, principal produto da economia brasileira, estava em queda. Ao mesmo tempo, interrompeu-se o fluxo regular de capitais estrangeiros, provocando o desequilíbrio das contas externas do país e o déficit comercial. A moeda ficou desvalorizada e as importações declinaram¹⁰. Esse quadro econômico, aliado à prática política que adotava como estratégia a participação das massas populares e exacerbava o sentimento nacionalista, sob a bandeira de unidade nacional e da igualdade de todos os brasileiros, criou as condições necessárias para a reorientação da política econômica brasileira. A queda da importação gerou um grande desfalque no mercado consumidor, que incentivou a produção interna, tanto de produtos

ou faziam uso de transações impessoais de mercado. Na verdade, mesmo os orgulhosos EUA, longe de serem um porto seguro das convulsões de continentes menos afortunados, se tornaram o epicentro deste que foi o maior terremoto global medido na escala Richter dos historiadores econômicos - a Grande Depressão do entreguerras. Em suma: entre as guerras, a economia mundial capitalista pareceu desmoronar. Ninguém sabia exatamente como se poderia recuperá-la" (Hobsbawm, 1995,91)

¹⁰ No quinquênio de 1926-1930, a importação média anual foi de 5.460.000 toneladas. No quinquênio de 1931-1935 cai para 3.830.000. A libra esterlina em mil-réis sobe de 40, em 1929, para quase 60, em 1934. (Prado Junior, 1993:292).

industrializados, quanto de produtos agrícolas. Estimulando o atendimento dessa demanda, ao mesmo tempo em que se legitimava, o Estado Novo promoveu, a partir de 1937, o projeto de implantação da indústria de base, e adotou uma política de ocupação de vazios demográficos como estratégia para aumentar a produção de gêneros alimentícios e matérias-primas e absorver o excedente populacional de algumas regiões do país. Para executar essa política de ocupação dos vazios demográficos, Getúlio Vargas apresentou o problema como sendo de segurança nacional, e prometia, por meio da interiorização progressiva, acabar com os desequilíbrios regionais.

Nesse novo contexto geo-econômico, ocorre a incorporação do Estado de Goiás ao processo produtivo nacional para ocupar, na divisão regional do trabalho, o papel de produtor de alimentos, através do incentivo à agricultura¹¹ e de fornecedor de matéria-prima. Essa política de ocupação dirigida, que ocorreu a partir de 1930, ficou nacionalmente conhecida como “Marcha para o Oeste”, e sintonizava-se perfeitamente com os objetivos do governo estadual em buscar o desenvolvimento via transferência da capital do Estado como uma das medidas para superar a estagnação econômica.

A expansão da fronteira agrícola, na conjuntura de entreguerras, fazia sentido na lógica do desenvolvimento do capitalismo. A evidência de uma 2ª Guerra Mundial alertava para um novo ciclo de expansão interna, tendo em vista o mercado internacional. Nesse cenário, Getúlio Vargas, em seus discursos, definia o papel que o Brasil ocuparia na divisão internacional do trabalho: *“O Brasil sempre foi alvo da cobiça internacional. No período de entreguerras, as pretensões de utilização econômica dos vazios demográficos brasileiros decorrem da ameaça de uma segunda guerra mundial e das necessidades de abastecer, a curto prazo, o mercado mundial de alimentos e matérias-primas”* (Carneiro, 1986:77). Além desse fato, a importância política para a ocupação dos vazios demográficos vinculava-se à própria necessidade de

¹¹ Hosbsbawm afirma que a agricultura ocupa um papel fundamental no processo de industrialização e assinala suas três funções básicas: *“aumentar a produção e a produtividade, de modo a alimentar uma população não agrícola em rápido crescimento; fornecer um grande e crescente excedente de recrutas em potencial para as cidades e as indústrias; e fornecer um mecanismo para acúmulo de capital a ser usado nos setores modernos da economia”* (1994:47).

legitimação do Governo de Getúlio Vargas, que ascendeu ao poder após a quebra do pacto da política “café com leite”. Com a instituição do Estado Novo, em 1937, instalada a ditadura fascista no Brasil ocorreu o cerceamento das liberdades civis e políticas, e Getúlio Vargas buscou sua legitimação via direitos sociais. A Marcha para Oeste, e a conseqüente ocupação de Goiás, vinculava-se também à necessidade do governo de Getúlio Vargas legitimar-se perante a massa de trabalhadores, buscando o seu apoio para manter-se no poder.

Os marcos principais dessa política de ocupação dos vazios demográficos do governo de Getúlio Vargas para o Estado de Goiás foram: a transferência da capital para Goiânia; a expansão da rede ferroviária até Anápolis, que se transformou no principal centro comercial, a partir de 1935; a implantação da Colônia Agrícola Nacional de Goiás, a partir de 1941; a criação da Fundação Brasil Central e da Superintendência de Valorização da Amazônia, que tinham como objetivo facilitar a criação de núcleos de povoamento do planalto central (Carneiro, 1986:78,79).

Assim, a ocupação do centro-oeste goiano não estava desvinculada de uma política econômica global de expansão do capitalismo, por meio da utilização dos vazios demográficos, ao mesmo tempo em que circunscrevia mecanismos de legitimação do Governo de Getúlio Vargas. Tal política teve sua concretização iniciada com a criação de núcleos coloniais (decreto-lei nº 2.009, de 9/2/1940), e com a criação de Colônias Agrícolas Nacionais, conforme decreto-lei nº 3059, de 14.02.41. Durante o Estado Novo, foram criadas sete colônias: Colônia Agrícola Nacional de Goiás (1941); Colônia Agrícola Nacional do Amazonas (1941); Colônia Agrícola Nacional de Monte Alegre, Pará (1942); Colônia Agrícola Nacional de Corda, Maranhão (1942); Colônia Agrícola Nacional General Osório, Paraná (1943); Colônia Agrícola Nacional de Dourados, território de Ponta Grossa, hoje Mato Grosso do Sul (1943), e Colônia Agrícola Nacional de Oeiras, Piauí (1948).

A ocupação no território de Goiás, que se iniciara com a chegada da estrada de ferro em 1913, toma impulso com a transferência da capital do Estado, sendo que

populações de diversas regiões do país se deslocaram para a região. Contudo, foi com a colonização que o processo migração se intensificou. Em 1900, o Estado de Goiás contava com uma população de 255.284 habitantes; em 1920 a população passou para 511.919 habitantes; em 1940 havia 826.414 habitantes, e, em 1950, o contingente populacional era de 1.214.921 habitantes¹² (IBGE, 1991). A terceira fase de expansão da economia do Estado de Goiás iniciou-se a partir da década de 50, e se estende até os dias atuais. Caracteriza-se pelo processo de desenvolvimento da agroindústria, com a modernização tecnológica das grandes propriedades.

1.1. A COLÔNIA AGRÍCOLA DE GOIÁS - CANG

Em 1985, os lavradores da cidade de Ceres, com o auxílio de um cinegrafista inglês, realizaram o filme “A Lamparina”¹³ contando a história de como chegaram em Goiás. O roteiro havia sido produzido pelos lavradores, tendo como única fonte suas experiências. Narrando essa trajetória, narravam suas próprias vidas. Na busca de um pedaço de terra para morar haviam chegado de diversas partes do país, sendo que a maioria vinha de Minas Gerais e da Bahia. Utilizavam como meio de transporte cavalos, burros e muitos vinham a pé. Quando saíram de suas localidades de origem, não sabiam o que encontrariam, e até mesmo se chegariam ao destino. Muitos ficavam doentes no caminho e morriam. Em uma região de mata densa e de perigos permanentes, a busca pelo pedaço de terra tornava-se uma aventura.

As informações da distribuição gratuita de terras, veiculadas pelo governo federal, chegavam via-programas de rádio. Como muitos não tinham rádio, eram informados por terceiros e/ou por amigos e familiares que já estavam a caminho do “eldorado brasileiro”. No percurso, muitos membros da família ficavam para trás, e

¹² A Colonia Agrícola de Goiás revitalizou antigas cidades, como a cidade de Goiás e Jaraguá, e impulsionou a ocupação do médio-norte goiano.

¹³ O filme “A Lamparina”, produção independente, foi rodado em 1985. Contou, especialmente, com a participação dos lavradores do distrito do Ipiranga, município de Ceres, e foi realizado por P.Fheppard e P. Nash.

quando chegavam ao destino percebiam que a realidade não era exatamente como haviam imaginado ou como haviam sido informados: as notícias veiculadas não condiziam com a realidade. Não era tão fácil receber um pedaço de terra e tão pouco iniciar o cultivo da terra em uma região a ser desbravada. A única compensação positiva era a fertilidade do solo, que foi um dos motivos que levou à escolha da região do “mato grosso goiano” para início do processo de interiorização do país. Outro motivo foi sua localização. Com uma distância de 160 km de Goiânia, a região ocupava posicionamento estratégico para a integração com o norte do país e para o abastecimento da região sudeste. Getúlio Vargas, em seus discursos, vinculava essa ocupação às necessidades de garantir a segurança nacional, tendo em vista a cobiça internacional pelo território brasileiro e a necessidade de abastecer, a curto prazo, o mercado mundial de alimentos e matérias primas e, ainda, de equilibrar o desenvolvimento econômico do país.

A colonização demarcava a busca da integração do país e a expansão econômica via-ocupação dos espaços vazios. Com a implantação de uma política de infraestrutura básica e acesso à terra, o deslocamento da população tornou-se consequência em um país eminentemente agrário.

Nessa perspectiva, as Colônias Agrícolas Nacionais eram *“destinadas a receber e fixar, como proprietários rurais, cidadãos brasileiros reconhecidamente pobres que revelem aptidão para os trabalhos agrícolas e, excepcionalmente, agricultores qualificados estrangeiros”* (decreto 3095, art.1º. In: Neiva, 1984). Ainda, conforme esse decreto, os colonos teriam acesso gratuito à terra e a benefícios como: construção de casa para o colono e sua família; trabalho assalariado ou empreitada em obras ou serviços da colônia durante o primeiro ano, a partir da data de sua fixação no núcleo; **assistência médica e farmacêutica e serviços de enfermagem até a emancipação da colônia**; empréstimo, durante o primeiro ano, de máquinas e instrumentos agrícolas e de animais de trabalho; escolas primárias para a alfabetização de todos as crianças em idade escolar; além de outros auxílios constados no decreto acima referido. No bojo dessa

política de interiorização e ocupação dos vazios demográficos, que se implantou a Colônia Agrícola de Goiás.

A compreensão do processo de implantação da Colônia Agrícola Nacional de Goiás tem sido interpretado a partir de periodizações e/ou fases por diferentes autores¹⁴. A história da Colônia Agrícola de Goiás - CANG, segundo Neiva (1984) divide-se em três fases: implantação, consolidação e emancipação. A implantação¹⁵ ocorreu de 1941 a meados de 1945, sendo que as principais providências desse período relacionavam-se à infra-estrutura, principalmente, escolha da região e da estrada que ligava a Colônia à cidade de Anápolis. A sede da Colônia instalou-se na Mata São Patrício, à margem esquerda do Rio das Almas, afluente do Rio Tocantins. Como a estrada que ligava essa região ao município de Anápolis situava-se à margem direita do Rio das Almas, a travessia para a sede da Colônia somente era possível com a utilização de uma canoa, que era controlada por Bernardo Sayão, primeiro administrador da Colônia. O rigor imposto por Bernardo Sayão, em relação à permissão para a travessia, impedia a entrada de bebidas alcoólicas e prostitutas para a sede da Colônia. Aglomerou-se assim, à margem direita do Rio das Almas, uma população que trabalhava “fora” das normas impostas. Essa ocupação deu origem à cidade de Rialma e, da emancipação da Colônia, foi criada a cidade de Ceres, nome dado em homenagem à deusa dos cereais. Ceres, juntamente com o município de Itapuranga, compõem o principal cenário da luta pela Saúde no Vale do São Patrício nas décadas de 70 e 80.

A estrutura administrativa da Colônia era centralizada na esfera federal. O Estado cedia as terras devolutas para servir à colonização, e o governo federal promovia a

¹⁴ Segundo Dayrell (1974), o processo de implantação da CANG subdivide-se em duas fases: desbravamento e organização. A primeira fase corresponde ao período de 1941 a 1950, sob a administração de Bernardo Sayão. A segunda fase, de 1951 a 1955, é o período da administração de Datis Lima Oliva. Essa é periodização oficial veiculada no Guia Prático da Cidade de Ceres.

¹⁵ Para Neiva (1984:33), a fase da implantação da Colônia Agrícola de Goiás em relação à política nacional “corresponde a uma fase significativa do Estado Novo, marcada em termos da política migratória pela “ocupação de espaços vazios” e “valorização do trabalhador nacional”. Em termos internacionais, é tempo da segunda Guerra Mundial, já com participação do Brasil. O término do período foi definido pela deposição de Getúlio Vargas, fim da Guerra e alterações na política migratória nacional”.

fundação e a instalação da Colônia, “custeando todas as despesas” e nomeando seu administrador. Não havia nenhum tipo de conflito na esfera da execução, no que se refere ao poder, pois os cargos de governador do Estado, prefeito da cidade de Goiás, município ao qual pertenciam as glebas de terras colonizadas, e de administrador da Colônia eram de escolha direta do Presidente da República.

Desta forma, coube ao governo federal, através da administração da Colônia Agrícola de Goiás, construir o hospital para garantir a assistência médica e farmacêutica aos colonos. Segundo Neiva (1984), a administração possuía um escritório central, que se subdividia em Seções de Pessoal, Contadoria e Almoxarifado. Havia, ainda, a Seção de Engenharia e a Seção de Colonização: “o serviço de saúde era praticamente independente, mas ligado à administração. O Dr Sayão até usou o sistema de dar uma subvenção anual ao Hospital, que assim ficava com uma certa autonomia...”¹⁶. Registra, ainda, que o primeiro médico da Colônia foi Dr. Jair Araújo, hoje dono de hospital na cidade de Ceres.

A fase de consolidação¹⁷ da Colônia Agrícola de Goiás ocorre em meados de 1945 até o final de 1950. Esse período é marcado pelo início da redemocratização do país, pela volta das eleições e pela promulgação de uma nova Constituição. O período da “consolidação” termina com o afastamento de Bernardo Sayão da administração da CANG e o fim do governo Dutra. Apesar das dificuldades relacionadas à falta de recursos, a ocupação nessa área se efetiva. A área que se consolidou não foi a mesma inicialmente prevista. Originalmente, haviam sido doados 250.000 hectares, e, quando

¹⁶ Depoimento de Zuza Salgado, antigo funcionário da CANG, Ceres, 1982, In: Neiva (1984, 96)

¹⁷ Pessoa (1990) também subdivide o processo de colonização da CANG em três fases, mas diferencia-se de Neiva (1984) em relação à concepção da segunda fase. Sua compreensão é que essa fase tem a característica principal de “desajustes administrativos”, que corresponde também ao período de 1945 a 1950. O grande ideal do administrador Bernardo Sayão era a construção de estradas, dando pouco atenção para a organização administrativa e a divisão, regulamentação e distribuição dos lotes. Compreendia que seu principal objetivo era a construção de uma estrada para Belém, o que se adequava ao período de lançamento da CANG por Getúlio Vargas, que pretendia, através desta, “integrar” as regiões mais pobres às regiões mais ricas, “promovendo” o equilíbrio do desenvolvimento econômico embasado em ações nacionalizadoras.

se ratificou a doação do Estado, a área ficou em 106.000 hectares. Os lotes distribuídos foram bem menores do que os inicialmente previstos.

A terceira fase caracterizada por Neiva (1984:34) foi a emancipação, que ocorreu entre 1951 a 1955. Com a exoneração de Bernardo Sayão, assume a administração da CANG o agrônomo Datis Lima de Oliva, que, entre outras experiências, havia sido administrador da Colônia Agrícola Nacional do Pará. Construíram-se escolas, a ponte definitiva ligando Ceres a Rialma e estradas. Mas a administração de Datis Lima de Oliva ficou marcada pela organização jurídica e territorial da Colônia. Somente nesse período ocorreu a regularização da área em que a Colônia estava localizada e a demarcação definitiva dos lotes e preparação de documentos para titulação. Foram distribuídos 3.996 lotes rurais.

Pelo artigo 26 do decreto, que criou a CANG, a emancipação estava vinculada à expedição dos títulos definitivos de propriedade para os concessionários dos lotes. Mas o que ocorreu foi a criação do município antes que tal medida fosse tomada. No período que se segue à fundação do município de Ceres, ocorrido em 04 de setembro de 1953, o poder foi dividido entre o prefeito municipal e o administrador da Colônia, Datis Lima de Oliva, que permaneceu em Ceres até 1959.

Com a emancipação, cessam-se os recursos federais, que eram enviados para a urbanização da sede, construção de estradas vicinais, investimentos em saúde e educação. Como consequência, o município recém criado teria que continuar garantindo todos os serviços. Em 1956, o administrador da Colônia procura a prefeitura para assumir o hospital, que funcionava com verbas federais destinadas à colonização. Com a recusa da prefeitura, o hospital foi doado para a Diocese da Ilha do Bananal¹⁸. O Hospital ganha uma nova razão social e passa a denominar-se "Hospital São Pio X", até hoje conhecido, por muitos, como Hospital da Colônia. Assim, o governo desobrigava-se da assistência à saúde e, por conseguinte, do atendimento das demandas

¹⁸ A diocese da Ilha do Bananal foi dividida, dando origem à Diocese de Goiás.

sociais dessa população, demarcando um outro tipo de relação. O Estado havia “cumprido” a sua missão.

1.2. A OCUPAÇÃO DO VALE DO SÃO PATRÍCIO E O CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO DO CAPITALISMO

A ocupação da região do mato-grosso-goiano, onde se localiza o Vale do São Patrício, constituiu-se em um marco importante para a expansão do capitalismo no Brasil. Tratou-se de uma estratégia política para: superar o poder oligárquico nacional e regional, que detinha a hegemonia política desde a primeira república; abastecer o mercado internacional de gêneros alimentícios e matérias-primas, devido à eclosão da segunda grande guerra mundial; buscar o apoio nas massas trabalhadoras para a implementação de um projeto político nacionalista-populista, com caráter autocrático; a pretensa intenção de promover o equilíbrio no desenvolvimento econômico interno do país; incentivar à imigração interna e a ocupação dos espaços vazios.

Contraditoriamente, no momento em que o fenômeno da urbanização ocorria em todo mundo, a política agrária brasileira apontava para uma direção aparentemente outra. A Colônia Agrícola de Goiás avançou realmente em sua fase de consolidação e emancipação, justamente no momento em que se encerrava a Segunda Grande Guerra Mundial e que as forças produtivas no mundo iniciavam profundas transformações econômicas e sociais.

Durante os primeiros séculos de colonização do país, a estrutura fundiária não possibilitava a existência da pequena propriedade. A economia estava voltada basicamente para a produção em larga escala de produtos com valor no mercado internacional, como o açúcar, o algodão, o café, a borracha e o cacau. A mão-de-obra utilizada era o trabalho escravo ou semi-escravo, que constituía a massa de camponeses no país, cujas relações sociais vigentes impediam o acesso destes à pequena

propriedade. Segundo Caio Prado, foi *“o crescimento e conseqüente adensamento da população, a partilha por sucessão hereditária, a desagregação do regime servil, as crises atravessadas pelo sistema da grande exploração e sua ruína em diferentes regiões do país”* (1993:249) que favoreceram a eclosão de uma economia de caráter camponês fundada na pequena propriedade, que ocorreu no século XIX, com a imigração europeia e reforçada pela imigração de japoneses, nesse início de século. Nesse período, intensificaram-se os núcleos de pequenas propriedades na região sul do país.

Porém, um dos fatores que mais contribuíram para o surgimento da pequena propriedade no Brasil foi a queda do preço do café no mercado internacional na década de 20. Foi justamente com a crise que se instaurou, após 1929, que se intensificou o aparecimento da pequena propriedade no Brasil. Observam-se aí três características das terras destinadas às pequenas propriedades: são regiões de solos inferiores, desprezados pela grande propriedade, ou regiões ocupadas anteriormente por grandes propriedades de difícil reaproveitamento, ou, ainda, regiões a serem desbravadas através da ocupação de novas fronteiras agrícolas, como é o caso da Região do Vale do São Patrício, no contexto histórico da década de 30.

Pode-se constatar que o surgimento da pequena propriedade ocorre, justamente, para servir a uma das três funções fundamentais da agricultura para o processo de industrialização, que é o aumento da produção de alimentos para uma população não agrícola em rápido crescimento. No Brasil, a produção de gêneros alimentícios não era compatível com a produção, em larga escala, das grandes propriedades até então existentes no país. A produção de gêneros para o abastecimento interno era trabalhosa e com pouca margem de lucro. O aumento da demanda de produtos para o abastecimento interno ocorreu a partir de 1930, no momento em que se acentuava progressivamente o desenvolvimento da indústria nacional. O Brasil vê-se, então, impelido a organizar sua economia nacional como um sistema de produção e distribuição dos recursos do país para a satisfação das necessidades de sua própria população. Desloca-se, portanto, de seu modelo de desenvolvimento agroexportador para urbano-industrial.

Se, por um lado, o nacionalismo-populista fundava-se em políticas menos dependentes dos países mais desenvolvidos, por outro, a economia destes países encontravam-se destruídas pela 2ª Guerra Mundial, obrigando cada país a buscar suas próprias saídas. Para efetivar esse projeto, ou seja, para deixar a condição de exportador de produtos primários, a participação do Estado tornou-se imprescindível.

Muitos países procuraram seus próprios caminhos para buscar saídas, e o resultado foi um período de descolonização global: *“Os Estados mais ambiciosos, assim, exigiam o fim do atraso agrário através da industrialização sistemática, fosse com base no modelo soviético de planejamento centralizado, fosse pela substituição da importação. Ambos, de modos diferentes, dependiam de ação e controle do Estado”* (Hobsbawm: 1995, 343). O nacionalismo impregnava as ações governamentais de países como Peru, Argentina, México, os estados africanos se libertavam e China. Todos eles buscavam o desenvolvimento industrial via participação do Estado no setor produtivo, e as ações governamentais alcançaram também o espaço rural:

“Provavelmente, nunca houve tanta Reforma Agrária quanto na década após o fim da Segunda Guerra Mundial, pois era praticada ao longo de todo o espectro político. Entre 1945 e 1950, quase metade da raça humana se viu vivendo em países que passavam por algum tipo de reforma agrária” (Hobsbawm, 1995:347).

Com o claro objetivo de substituir suas importações, o Brasil inicia sua transição para economias industriais modernas. Naturalmente, esse era um processo carregado de contradições sociais. Durante o período da 2ª Guerra Mundial, o equilíbrio provisório na balança comercial ocorria face a sacrifícios da massa trabalhadora por intermédio do encarecimento do custo de vida e pelas restrições alimentares. As medidas governamentais atingem também a política agrária. Mas a “Reforma Agrária” brasileira foi um processo de colonização, em terras devolutas, com a ocupação de

novas fronteiras agrícolas, sem que houvesse conflitos significativos de comprometimento econômico ou conflito social em relação às grandes propriedades.

O país continuaria tendo uma agricultura voltada para o exterior, enquanto necessitava de uma agricultura voltada para as suas necessidades internas. As pequenas propriedades cumpriam perfeitamente essa função¹⁹.

Por sua vez, essa necessidade foi ao encontro da política de busca de apoio das massas trabalhadoras para manter no poder um governo autoritário que precisava conter as tensões sociais nos centros urbanos, através da migração controlada. As terras eram destinadas às famílias pobres, que deveriam contar com alguma experiência em atividades rurais. Formou-se assim, no Vale do São Patrício, em uma área de 106.000 ha., uma estrutura fundiária baseada na pequena propriedade. Encravada na região que foi o berço da ocupação de Goiás, o Mato Grosso Goiano tinha como característica principal, até então, o grande latifúndio, propriedade de uma oligarquia cujos principais interesses giravam em torno de suas próprias famílias e de seu grupo político. O resultado dessa junção obedeceu à lógica do capital. O Brasil não se desenvolveria em direção contrária ao fenômeno da urbanização, e também não efetivaria a sua reforma agrária. Essencialmente, o desenvolvimento econômico no Brasil apontava para a mesma direção e a mesma lógica.

A colonização forneceu, também, mecanismos para o acúmulo de capital de outros setores da economia. O Decreto Federal nº 3059, de 14.02.41, estabelecia que, além da terra, os colonos receberiam, durante o primeiro ano, sementes, material agrário, empréstimo de máquinas e instrumentos agrícolas, animais para o trabalho e se organizariam grupos de cooperativas de produção, venda e consumo. Essas cooperativas não foram organizadas, e toda a produção era comercializada na cidade de Anápolis. Os compradores iam até os colonos e, muitas vezes, compravam sua produção por antecipação em troca de fornecimento de materiais. Se a safra do colono não produzisse

¹⁹ Entre 1946 e 1950, a produção de arroz em Ceres triplicou, representando cerca de 33% do total produzido na região do Mato Grosso de Goiás, e cerca de 38% do arroz goiano.

o equivalente ao que havia firmado em documento, ele estava sujeito a cumprir pena de reclusão.

Os atravessadores e os cerealistas de Anápolis eram os que mais ganhavam com a produção agrícola da Colônia, acumulando o capital gerado pelo trabalho das famílias dos pequenos proprietários. Na medida em que as famílias cresciam e a terra tornava-se insuficiente para a subsistência, dois caminhos eram possíveis: a separação dos membros da família, com o afastamento dos filhos mais velhos, que seguiam para os centros urbanos, ou a venda da terra nessa região, para aquisição de um lote de terra maior, mais ao norte de Goiás ou em outro Estado. Dessa forma, abriam-se novas fronteiras agrícolas, até a vida no campo tornar-se impossível para os pequenos proprietários.

A Colônia Agrícola de Goiás inseriu-se, portanto, no processo de expansão do desenvolvimento industrial brasileiro, fornecendo gêneros alimentícios e reproduzindo a força de trabalho. Ao mesmo tempo, angariava o apoio das massas trabalhadoras para a legitimação de um governo nacionalista-populista. Ao impulsionar a ocupação de toda a região do mato-grosso-goiano, a colonização abriu caminhos para a expansão da fronteira agrícola ao norte do Estado de Goiás e do país.

No entanto, a proposta integral para o assentamento dos colonos na CANG não se efetivou, gerando insatisfações e descontentamentos. A colonização engendra contradições que possibilitaram a emergência de formas de resistência da população face às relações sociais estabelecidas. As primeiras formas de manifestação dessas insatisfações, descontentamentos e conflitos foram permeadas pela informalidade. A seguir, organizaram-se as ligas camponesas, que constituíram as primeiras organizações dos camponeses nessa região. A partir de 1968, as classes subalternas passaram a contar com o apoio de parte de setores da igreja e se organizaram nas comunidades eclesiais de base e nos sindicatos locais. É nesse cenário que o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício surge e ganha força.

Do ponto de vista dessa compreensão, o Movimento Popular de Saúde do Vale do São Patrício não é “novo”, mas significa, a um só tempo, ruptura e continuidade. Não é “novo” no sentido de algo que tem pouco tempo de existência, que é recente. É resultado de um processo de construção que é histórico, e sobre o qual incidem múltiplas variantes. Uma delas refere-se à existência de uma estrutura fundiária baseada na pequena propriedade. Poderia-se citar o fato de existir um espaço físico-hospitalar, de propriedade da Diocese de Goiás, passível de ser instrumentalizado para atender às demandas reivindicatórias de um setor da população que pleiteava mudanças na prática de assistência à saúde. Porém, a variante mais importante, refere-se à dimensão cultural (Scherer-Warren, 1987), isto é, ao reconhecimento, por parte de um setor da população, de seus direitos, ou ao que Evers (1984:19) denominou como a dicotomização entre alienação-identidade, que significa a construção de uma própria identidade.

Não se pode, assim, afirmar que o processo de organização e desenvolvimento do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício seja um processo contínuo, linearmente estruturado. O processo significa também ruptura com processos anteriores de organização da sociedade e que decorrem das transformações do modo de produção, posto que *“são os homens que desenvolvem a sua produção material e o seu intercâmbio material que, ao mudarem esta sua realidade, mudam também o seu pensamento e os produtos do seu pensamento”* (Marx, 1984:23). O processo histórico de construção dos mecanismos utilizados pelas classes subalternas para o enfrentamento das contradições sociais geradas pela exploração do trabalho no Vale do São Patrício implicou formas de organizações que objetivavam a garantia da reprodução social da pequena propriedade.

ESTADO DE GOIÁS

TOCANTINS

EMCIDEC

Empresa Estadual de Ciência, Tecnologia e
Desenvolvimento Econômico-Social
CDMR-Coordenação de Desenvolvimento
Municipal e Regional

DIVISÃO POR MICRORREGIÕES 1987

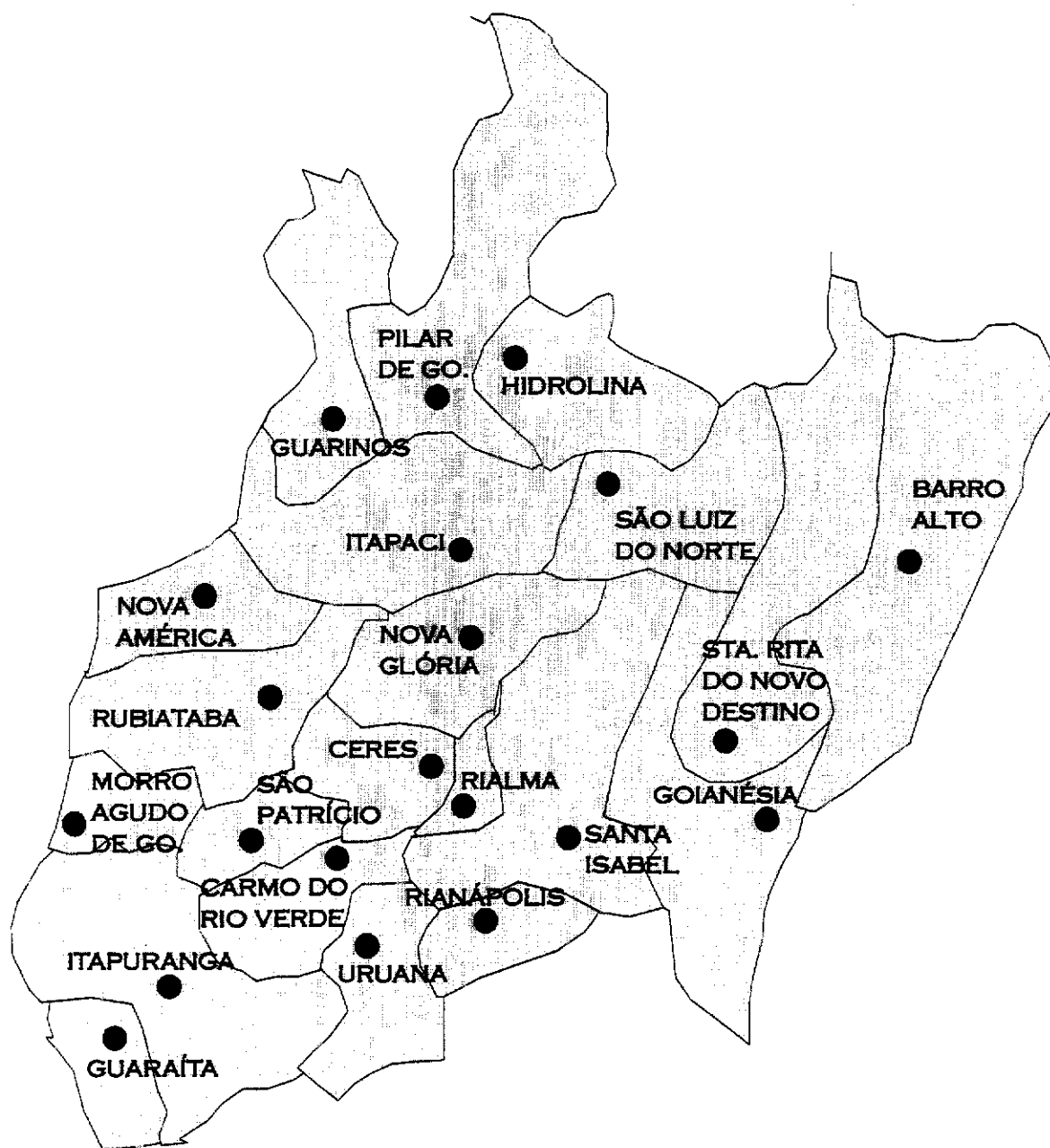


- I-Microrregião de Itumbera-Caldas
- II-Microrregião de São Miguel do Araguaia
- III-Microrregião de Rio Verde
- IV-Microrregião de Jussara
- V-Microrregião de Nova Colina
- VI-Microrregião de Pirenópolis
- VII-Microrregião de Chapada dos Veadeiros
- VIII-Microrregião de Cristalina-Goiânia
- IX-Microrregião de Goiás
- X-Microrregião de Jussara
- XI-Microrregião de Itumbera
- XII-Microrregião de Itumbera
- XIII-Microrregião de Itumbera
- XIV-Microrregião de Itumbera
- XV-Microrregião de Itumbera
- XVI-Microrregião de Itumbera
- XVII-Microrregião de Itumbera
- XVIII-Microrregião de Itumbera

Escala Oficial
0 50 100 Km

Instituto Nacional de Geografia e Estatística
Serviço de Estatística e Geografia

MICRORREGIÃO DE CERES



ESCALA
1:1.000.000

2. O PROCESSO DE EMERGÊNCIA DO MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NO VALE DO SÃO PATRÍCIO

A busca das origens do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício (MOPS-VSP) indicam três fatores importantes na constituição das condições objetivas para o seu surgimento, nesse espaço geográfico e temporal, enquanto movimento social vinculado à luta pela saúde.

O primeiro aspecto refere-se à constituição histórico/estrutural da região, com o predomínio de relações agrárias fundadas na pequena propriedade. O segundo, ao fato de que os camponeses da região, em sua trajetória, em relação à constituição de uma identidade coletiva, encontravam-se mobilizados para a organização sindical. O terceiro aspecto refere-se à conjuntura em que surge esse movimento, que já nasce articulado com um segmento da Igreja, comprometido com os interesses das classes subalternas, empenhada em transformar as condições de miséria e injustiça. Esses três aspectos estão intrinsecamente imbricados, não sendo possível separá-los.

Nesse sentido, a constituição do Movimento Popular de Saúde, enquanto sujeito social, não pode ser apreendida fora do contexto histórico-estrutural e conjuntural da região, do país e do mundo. A década de 70 foi um momento privilegiado de emergência de movimentos sociais, que se vincularam às lutas populares, reivindicando transformações nas relações econômicas, políticas e sociais. A emergência desses movimentos sociais na Europa, na América Latina e em outros cantos do mundo tornaram-se objeto de estudo das Ciências Sociais, que os qualificaram como “novos” e os caracterizaram sob diferentes matrizes teóricas. Fruto desse

processo, a literatura²⁰ sobre o tema revela a polêmica em torno da questão: os “novos” atores sociais e as “novas” práticas coletivas expressam um processo de desenvolvimento dos movimentos sociais clássicos? Os “novos” movimentos sociais têm capacidade de produzir mudanças substanciais no seio da sociedade? Essas são apenas algumas questões debatidas nas análises recorrentes sobre os movimentos sociais na década de 70. Conflito, contestação, protesto, confronto, insatisfação, transformação, poder e participação tornam-se elementos fundamentais para compreender o caráter dos movimentos sociais que emergiram nesse período. A diversidade, quantitativa e qualitativa, dos agentes sociais²¹ que surgem, conduziram à necessidade imperativa de apreender os elementos constitutivos desses sujeitos²².

Há, contudo, uma característica que é inerente aos movimentos sociais e à sociedade capitalista. Trata-se das contradições estabelecidas nas relações sociais e que produzem conflito, contestação, protesto, confronto, insatisfação. As relações sociais capitalistas, ao separar o produtor do produto, criou o antagonismo da produção coletiva, a apropriação individual e a divisão da sociedade segundo o papel que cada indivíduo ocupa no processo de produção. *“A relação-capital pressupõe a separação entre os trabalhadores e a propriedade das condições da realização do trabalho. Tão logo a produção capitalista se apóie sobre seus próprios pés, não apenas conserva*

²⁰ Sobre esse tema ver: CARDOSO, Franci Gomes. *Organização das Classes Subalternas: um desafio para o Serviço Social*. São Paulo, Cortez, Maranhão, Editora da Universidade Federal do Maranhão, 1995; LARANJEIRA, Sônia (org). *Classes e movimentos sociais na América Latina*. São Paulo, Hucitec, 1990; SADER, Eder. *Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980)*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988; SINGER, P e BRANT, C.V. (orgs). *São Paulo: o povo em movimento*. Petrópolis, Vozes, 1980; YAZBEK, Maria Carmelita. *Classes Subalternas e assistência social*. São Paulo, Cortez, 1993, e outros.

²¹ A importância desses estudos nas Ciências Sociais transcendeu ao próprio objeto, porque, a partir dele, formulam-se novos conceitos para a sociedade. Calderon e Jelin (1987:77), por exemplo, distinguem nessa década a emergência de novos atores sociais e novas práticas coletivas, tanto no seio dos movimentos sociais clássicos, como no desenvolvimento de novos movimentos de gênero, geracionais, urbanos, étnicos, de direitos humanos, etc. e consideram que a conceituação estrutural totalizante de classes sociais passam a ser interpretada a partir de estudos de atores específicos e problemáticas setoriais.

²² As análises que buscam respostas para a compreensão dos movimentos sociais que emergiram a partir da década de 70 se esforçaram, na tentativa de padronização acerca das características constitutivas desses movimentos. Espontâneos, policlassistas, reivindicatórios e defensivos são características atribuídas e identificadas a partir da forma de conflitos que engendram o confronto e a organização da população face às condições de vida em que se encontra submetida.

aquela separação, mas a reproduz em escala sempre crescente (Marx, 1988:252). Assim, de um lado existem aqueles que detêm o capital, os proprietários do capital e, por conseguinte, dos meios de produção e, de outro, aqueles que, para garantir a sua sobrevivência, contam somente com a sua força de trabalho. A utilização dessa força de trabalho, e o seu valor, está submetida às condições histórico-estruturais e conjunturais do desenvolvimento do capitalismo.

A apropriação individual de bens e produtos não se circunscreve somente ao processo produtivo de mercadorias e serviços. O acesso que cada indivíduo tem a produtos para suprir suas necessidades básicas de sobrevivência está vinculado ao valor de seu trabalho. Esse é o fator determinante que indica as condições de vida do indivíduo. O trabalho é adquirido como outra mercadoria qualquer. Essa relação, engendrada pelo capitalismo, pode criar, por parte daqueles que possuem somente a força de trabalho para garantir a sobrevivência, atitudes de protesto, contestação, conflitos e insatisfação face às suas condições objetivas de vida.

Nessa relação contraditória, o capitalismo, marcado pela competitividade de mercado, necessita desenvolver-se, revolucionar-se cotidianamente para garantir a sua expansão, que ocorre de forma ampliada e concentrada:

“No capitalismo, as forças produtivas, compreendidas sempre como forças sociais, encontram-se todo o tempo em interação dinâmica. A competição entre os capitais, a busca de novos processos produtivos, a conquista de outros mercados e a procura de lucros provocam a dinamização das forças produtivas e da forma pela qual elas se combinam e aplicam nos mais diversos setores de produção, nas mais diferentes nações e regiões do mundo. Estão em marcha os processos de concentração do capital, o que implica na contínua reinvensão dos ganhos no mesmo ou em outros empreendimentos, e os de centralização do capital, o que implica na contínua absorção de outros capitais, próximos e distantes, pelo mais ativo, dinâmico e inovador”(Ianni, 1995,137).

O processo de produção e reprodução do capital expande-se ao mesmo tempo em que brotam e aprofundam-se as desigualdades sociais, que são as fontes geradoras da contestação, de conflitos, de protestos, de confrontos e de insatisfações. É dessa relação que podem surgir os movimentos sociais populares, como uma forma de reação às relações sociais constitutivas na sociedade. Não estão postos “a priori” na sociedade e nem podem ser pré-determinados, porque são historicamente construídos. A partir do momento em que máquinas substituem a força humana, o capital, para tornar-se competitivo, necessitou e necessita revolucionar-se permanentemente, criando e recriando novos mecanismos para aumentar a produtividade e diminuir o custo do produto. *“A partir do momento em que a máquina de trabalho executa todos os movimentos necessários ao processamento da matéria-prima sem ajuda humana, precisando apenas de assistência humana, temos um sistema de máquina automático, capaz de ser continuamente aperfeiçoado em seus detalhes”*(Marx, 1988,12). É, pois, essa dinâmica do capitalismo que gera as contradições sociais, ao alterar continuamente as relações sociais estabelecidas entre os homens.

Essa característica de permanente transformação alterou e altera a existência humana. Com o capitalismo, tem início um sistema que, para permanecer existindo, criou em sua própria origem a necessidade permanente de estar se superando. Por conseguinte, o modo de produção dessa sociedade transforma a relação entre os homens, alterando a divisão social do trabalho²³. Mas aqueles que ocupam, na divisão social do trabalho, uma condição de subalternidade face ao capital podem não aceitar pacificamente as condições de existência que lhes são impostas pelo desenvolvimento das forças produtivas.

É enfrentando e negando as condições de sobrevivência a que são submetidas que as classes subalternas podem se rebelar e lutar. Essa relação em si é contraditória,

²³ Na manufatura, os produtos são os resultados de vários processos artesanais independentes, tendo o homem como elemento central; na maquinaria, a cooperação por meio da divisão do trabalho tem como elemento central a combinação de máquinas de trabalho parciais, que passa a ditar o caráter de cooperação do processo de trabalho. (Ver Marx, 1988- “O Capital”, Cap. XIII - Maquinaria e Grande Indústria).

porque estabelece entre o trabalhador e o meio de trabalho uma relação ambígua. Ao mesmo tempo em que necessita do capital como comprador de sua força de trabalho, garantindo a sua sobrevivência e de sua família, o trabalhador passa a combater o próprio meio de trabalho, revoltado contra o modo de produção capitalista²⁴. Dessa forma, surge a pressão para a alteração das condições de produção e reprodução da força de trabalho. A classe operária pode passar a reagir através de paralisações, forçando a melhoria das condições de trabalho. À medida em que as lutas vão se traduzindo em conquistas, o capital cria e recria alternativas para aumentar sua produtividade e lucratividade, investindo em tecnologias para substituir a força de trabalho.

O embate é permanente, contínuo e simultâneo. Ao se desenvolverem as forças produtivas da sociedade capitalista, desenvolve-se também a luta de classe. Esse movimento contínuo obriga o capitalismo a se transformar permanentemente. Portanto, a história do processo de produção e reprodução do capital não é a história de um único paradigma de produção; não é a história de um único tipo de organização política que o capital tem a serviço de si; não é a história de uma única forma de organização da sociedade. Não é, portanto, a história em que a luta de classe apresenta-se sempre com características semelhantes. A tensão entre capital e trabalho transforma-se permanentemente como parte das relações sociais capitalistas. Os movimentos sociais surgem e se desenvolvem como forma de enfrentamento das questões estruturais e conjunturais postas pela sociedade capitalista.

²⁴Essa relação ambígua é descrita por Marx (1988:45) quando surgiu a máquina de tosquiar lã: “Quando, em 1758, Everet construiu a primeira máquina de tosquiar lã movida a água, ela foi queimada pelas 100 mil pessoas que deixou sem trabalho”. Marx considerava essa atitude uma forma primitiva de indignação dos trabalhadores contra a maquinaria, sendo necessário tempo e experiência para que os trabalhadores diferenciasssem a maquinaria de sua aplicação capitalista.

2.1. A ORGANIZAÇÃO CAMPONESA NAS DÉCADAS DE 50 E 60 E AS LIGAS CAMPONESAS NO VALE DO SÃO PATRÍCIO

A tensão entre capital e trabalho vem de longe, vai longe e pode ser apreendida em suas expressões universais e particulares, a exemplo do movimento social organizado no Vale do São Patrício.

O processo de colonização da década de 40, que ocorreu sob a tutela do Estado, e cujas justificativas assentavam-se, principalmente, na necessidade de abastecer o mercado interno, face à nascente industrialização no país e à legitimação do populismo, foi, desde sua origem, perpassado por contradições sócio-econômicas e políticas. Naturalmente, a estrutura de dependência burocrática, instalada na Colônia, não isolava os produtores do jogo de mercado e das relações antagônicas estabelecidas na sociedade em desenvolvimento.

O Governo havia prometido o acesso gratuito à terra a todos aqueles que quisessem trabalhar, mas a área destinada a esse fim não foi suficiente para todos que chegaram à região em busca de seu pedaço de terra. Delimitada inicialmente em 250.000 hectares, a área foi diminuída para 106.000 hectares. Os lotes distribuídos foram bem menores do que aqueles inicialmente previstos. Os lotes deveriam variar entre 20 a 50 hectares²⁵, porém a maioria dos lotes distribuídos equivaliam a seis (6) alqueires (29 hectares) para localizações mais distantes do centro administrativo, quatro (4) alqueires (19 hectares) para localizações mais perto e dois (2) alqueires (9,6 hectares) para a chácaras próximas à sede da colônia. Também não foram viabilizadas as promessas de construção de uma pequena casa para o colono e sua família, o recebimento de sementes e materiais agrícolas mais urgentes, empréstimos de máquinas e instrumentos agrícolas, trabalho assalariado ou empreitada em obras ou serviços da colônia no primeiro ano, assistência médica e escolas primárias.

²⁵ O alqueire goiano equivale a 4,84 ha. (48.400 m²).

As promessas não realizadas e as condições concretas encontradas na região conduziram os trabalhadores a um início de organização em busca de condições para se manterem na terra. Assim, os mutirões e as trocas de dias de trabalho entre os colonos era uma forma de resistir na terra, para enfrentar as adversidades da natureza, e *“aos poucos vai se revelando uma estratégia de resistência econômica dos colonos mais pobres ante a outros colonos que já diferenciavam deles”*²⁶ (Neiva, 1984:151). Essa era uma alternativa econômica dos colonos, face ao endividamento e à substituição da necessidade da mão-de-obra assalariada em determinados momentos da produção agrícola e da expropriação do lote.

Os colonos insatisfeitos procuravam, individualmente, apoio na administração da Colônia. Com a constante frustração em relação ao atendimento de suas necessidades, os colonos se uniram em busca de recursos para comprar sementes e outros equipamentos e para lutar pelo atendimento à saúde. Contudo, a organização em torno das necessidades dos colonos se estruturou de fato a partir da iniciativa de militantes do Partido Comunista, a partir de 1950, com a passagem de Gregório Bezerra na região.

A ação do Partido Comunista Brasileiro na Colônia Agrícola Nacional de Goiás, e o posterior deslocamento de militantes que aí atuavam para a luta pela posse da terra em Trombas e Formoso, não pode ser apreendida fora do contexto nacional e mundial em que se desenvolve. No período subsequente à Segunda Guerra Mundial, ocorreram movimentos de caráter popular em várias partes do mundo. A característica desses movimentos era a luta pela descolonização, que abriam possibilidades de alternativas para os povos do terceiro mundo. Assim, tornaram-se independentes a Síria e o Líbano, em 1945; a Índia e o Paquistão, em 1947; a Birmânia, Ceilão, Israel e Indonésia, em 1948; mas foi a revolução de Mao Tse-tung, na China, em 1949, que influenciou decisivamente as estratégias que o Partido Comunista traçaria para a tomada do poder, via movimentos populares. Nesse sentido, lutar pela reforma agrária significava: erguer uma bandeira de alcance social em um período marcado pela explosão

²⁶ A diferenciação social entre os colonos se processava devido à acumulação primitiva e às circunstâncias locais, como, por exemplo: lote de terra mais fértil, família mais numerosa, condições de saúde, pequeno capital para manutenção (Neiva, 1984:151).

demográfica; garantir o desenvolvimento auto-sustentado e apoiar à emergência das indústrias nacionais, e, sobretudo, conquistar o apoio dos camponeses para os processos revolucionários.

A presença do Partido Comunista Brasileiro foi importante no processo de mobilização das classes trabalhadoras nesse período. Segundo Guimarães (1982), no período de 1945/64 as tentativas de organização camponesa em Goiás estavam ligadas ao trabalho realizado pelo Partido Comunista em relação à sensibilização para a questão agrária. Com a proposta de organização dos trabalhadores rurais, visando à aliança entre operários e camponeses, intensificou-se a formação de ligas camponesas em diversas regiões do país. Com expressividade na região do Triângulo Mineiro, as ligas surgiram na região sul do estado, acompanhando o trajeto da estrada de ferro²⁷, e tinham por objetivo congregar todas as pessoas que tivessem como fonte de renda a exploração agrícola e pastoril. Incorporavam diferentes categorias, como proprietários, assalariados, parceiros e arrendatários, e propunham a luta pela baixa do arrendo e melhoria das condições de trabalho para o trabalhador rural, com a reivindicação da extinção dos contratos na base da meia, reduzindo a taxa do arrendo a 20%, e da obrigatoriedade de contratos por escrito entre arrendatários e proprietários de terra e maiores garantias de tempo para aproveitamento da terra. As ligas propunham, ainda, a luta pela reforma agrária; a aplicação da legislação trabalhista no campo, nos termos de garantia do salário mínimo, com pagamento em dinheiro dos mensalistas e diaristas; o direito de sindicalização para todos os trabalhadores rurais e a obtenção de benefícios governamentais para a solução dos problemas imediatos do campo, como fornecimento de máquinas agrícolas, criação de ambulatório médico e dentário e escolas de alfabetização para adultos e crianças.

Nesse contexto, a intensificação da organização dos camponeses, no início dos anos 50, que ocorreu sob a orientação do Partido Comunista, propunha a viabilização da “revolução brasileira”. No campo, a ação do Partido Comunista privilegiou a

²⁷Essa região abrangia os municípios de Catalão, Nova Aurora, Urutai, Pires do Rio, Orizona e Goiandira. Ver Guimarães (1982,39).

estruturação das Ligas Camponesas²⁸, que se contrapunham aos sindicatos de orientação cristã, que trabalhavam pela execução das leis. A ligas reivindicavam a substituição de leis inadequadas ao meio rural e reforma agrária com confisco de terra dos latifundiários, pela transformação radical da estrutura agrária. A força das Ligas Camponesas, em Goiás, expressou-se na realização do 1º Congresso Camponês, que ocorreu em Goiânia, em março de 1951. Nesse Congresso, os trabalhadores rurais, meeiros, parceiros, arrendatários e pequenos proprietários aprovaram uma declaração de princípios em que denunciam as condições de vida do trabalhador rural como, por exemplo, o arrendo que chegava em muitos lugares a 50 e 70%, a falta de crédito ao pequeno proprietário para aquisição de máquinas agrícolas, a exploração na venda dos produtos aos intermediários e o custo dos produtos industrializados.²⁹ Em fevereiro de 1952, ocorreu o II Congresso Camponês, realizado também em Goiânia, que contou com a presença da Associação Camponesa da Juventude de Ceres.

Nacionalmente, ocorreram duas conferências nesse período, em 1953 e 1954. Em 1954, na II Conferência Nacional de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas, fundam a União dos Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil - ULTAB, com a participação do ex-colono da CANG, Geraldo Tibúrcio, na comissão executiva. A reforma agrária constituiu a principal reivindicação desse Congresso. Passam a dar caráter legal às Associações, e em Goiás destaca-se a Associação de Trombas e Formoso³⁰: *“a organização dos trabalhadores no campo, a partir de 1955, ganhou*

²⁸ Em 1947, quando o Partido Comunista entra na ilegalidade, as Ligas passam a ter outras denominações, como irmandade, união camponesa, associação rural e concentração. Como não tinha qualquer vínculo com o Ministério do Trabalho, as Ligas Camponesas possuíam estatuto de direito civil mais flexível, o que refletia em sua prática política. A comunicação com a população do meio rural, segundo Julião, “eram a conversa, ao pé da árvore, na casa de farinha, na feira, na estrada, na missa, durante o trabalho, além da difusão por textos escritos numa linguagem simples, através dos boletins e documentos”(Wanderley, 1984:278).

²⁹ Suplemento Voz Camponesa do Jornal O Estado de Goiás, de 15/03/51 e 16/02/52, citado por Guimarães(1982,43).

³⁰ A revolta camponesa de Trombas e Formoso iniciou em 1950 e se prolongou até 1964. Como a CANG não absorveu todo o fluxo migratório que o Estado recebia, ocorreu a ocupação do médio norte goiano. O processo de luta pela posse da terra nessa região é dividido por Carneiro em duas fases distintas: “a primeira fase, que se situou entre 1953 e 1955, caracterizou-se por reivindicações de cunho moderado. Após 1955, os posseiros passaram a usar os mesmos métodos dos grileiros, as armas, para defenderem o direito de permanecerem nas terras que ocupavam”(1986:87).

força, e em 1963 contava com 12 ligas camponesas, várias Associações de Lavradores e 3 sindicatos legalmente reconhecidos” (Carneiro, 1986:87).

Em agosto de 1950, o Partido Comunista traçou novas estratégias frente à situação de ilegalidade em que se encontrava desde 1947, e optou por uma linha mais radical no campo, tendo em vista a perspectiva de revolução a curto prazo. Assim, o Partido Comunista chegou à Colônia Agrícola Nacional de Goiás. Neiva (1984:157) registra que alguns colonos já tinham ligação com o partido antes de chegarem à Colônia, mas que a decisão de migrar era pessoal e independente. Outros foram enviados pelo partido como ‘*emissários*’, para organizarem o “*desenvolvimento da luta rural e agrária*”. Foram criadas associações e ligas que, além de envolverem os colonos nas questões de cunho nacional e internacional³¹, promoviam cursos de formação e organizavam mobilizações em torno das questões locais. Como instrumento de luta, contavam com boletim “*Ranca Toco*”³²; intervenções orais por ocasião de celebração de festas que reuniam os colonos, como bailes e jogos de futebol e abaixo-assinados para encaminhar as reivindicações.

O Partido Comunista estrutura-se na Colônia através dos Conselhos de Córrego, Comitê Distrital e o Comitê de Zona, tornando-se um importante segmento estadual e recrutando expressivo número de militantes. Os principais militantes-colonos são destacados para atuar em outras regiões, inclusive para atuar na região de Formoso, onde eclode o conflito armado pela posse da terra.

Nesse processo organizativo, com a participação direta do Partido Comunista, através de seus militantes, os colonos identificavam os intermediários como seus maiores

³¹ Denunciavam constantemente as irregularidades administrativas, a política governamental que não beneficiava os pequenos produtores, e a ajuda do governo central ao “imperialismo americano. (Manifesto aos camponeses da CANG, publicado em 6 de maio de 1951, pela diretoria da União dos Camponeses da CANG.

³² Em maio, O *Estado de Goiás*, porta-voz do Partido Comunista, noticiava que estava circulando mais um órgão de imprensa popular: “Trata-se do jornal RANCA TOCO, dedicado à defesa dos interesses dos lavradores da Barranca. O jornal, mimeografado, com bom aspecto gráfico, levanta importantes reivindicações da massa camponesa, tais como baixa do arrendo, garantia de preço para a produção, financiamento, etc., além da paz e das liberdades” (Neiva, 1984, 159).

inimigos, uma vez que, com o acesso à terra, a produção e a comercialização do produto tornavam-se vitais para a manutenção da propriedade e a sobrevivência da família. Haviam deixado seus locais de origem em busca de uma vida melhor, e se depararam com o lado perverso da relação de produção no campo, mesmo para aqueles que têm acesso à terra. A camponesa Olites Tomas Tibúrcio descreve assim sua experiência de colona ao jornal Estado de Goiaz, em 23 de maio de 1951:

“Viemos de Catalão para a Colônia Agrícola à procura de um pedaço de terra. Encontramos um lote no Córrego da Anta, margeando com o São Patrício, e, assim como nós, inúmeras outras famílias de Minas, Bahia, Ceará, enfim, dos quatro cantos do País, entramos nessa mata, andamos pelos caminhos das cutias, dos tatus, das antas e das onças, carregando feixes de palha de arroz para fazer o rancho, carregando a mudança na cacunda. Passamos uma vida de cachorro, comendo mal, andando descalços. Isso foi em junho de 1949. Os homens, as mulheres e as crianças assim, mesmo sem conforto, trabalharam animados, esperando que na safra de 1950 iríamos ter uma vida melhor, diferente daquela que vivíamos nas garras das tatuíras. Mas o que vimos foi uma luta, uma miséria e exploração. Arroz nas mãos dos colonos não tem preço, mas de tudo que precisamos comprar é pela hora da morte. Desse jeito, estamos sendo instrumento de produção, burros de carga dos exploradores. Mas, a cada dia que passa, vamos nos convencendo que só há um caminho para sairmos dessa situação de miséria e fome: é o caminho apontado por Prestes. O caminho da união de todos os explorados em torno dos nove pontos da Frente Democrática da Libertação Nacional. Avante, companheiros e companheiras, na luta contra os exploradores e a guerra imperialista, em defesa de Luis Carlos Prestes, que é o único que nos levará a um regime de paz, pão, terra e liberdade”.

Em relação à saúde, os principais problemas apontados pelos estudos realizados sobre a Colônia Agrícola de Goiás³³ relacionam-se à distância das propriedades até a sede da colônia, onde se localizava o hospital. A diminuição da verba, enviada pelo governo federal para a Colônia, afetou os serviços de saúde, apesar de os mesmos terem sido mantidos durante todo o período da colonização. Os medicamentos eram escassos e havia somente dois médicos para atender toda a região. As doenças que mais preocupavam os médicos era a febre amarela e a malária. Constituiu uma das reivindicações das associações medidas de combate ao barbeiro, transmissor da doença de chagas, e a interiorização do atendimento médico.

Assim, no Vale do São Patrício, as Ligas Camponesas foram as primeiras formas de organização dos trabalhadores, e se constituíram em práticas de resistência para garantir a propriedade da terra dos pequenos agricultores que ali se instalaram. Na Colônia Agrícola de Goiás as Ligas Camponesas organizaram-se para garantir a subsistência nos primeiros anos, através de ajuda mútua, e troca de dias de serviço; melhores condições para a comercialização dos produtos e acesso à educação e à saúde.

Portanto, as décadas de 50 e 60 foram significativas para os camponeses na região do Vale do São Patrício, que se organizaram para construir sua identidade social, buscando o direito à terra, o direito ao trabalho e ao produto do trabalho, e ampliação do acesso aos direitos sociais. Nessas décadas, juntamente com as Ligas Camponesas, destaca-se a presença de parte da Igreja, através do Movimento de Educação de Base (MEB), que contribuíram para a intensificação da organização sindical no campo.

³³ Sobre a CANG ver: NEIVA, Ivany Câmara. *O Outro Lado da Colônia: Contradições e Formas de Resistência Popular na Colônia Agrícola Nacional de Goiás*. Brasília, 1984. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciência Humanas, Universidade de Brasília. Dayrell, Eliane G. *Colônia Agrícola Nacional de Goiás: análise de uma política de colonização na expansão para o Oeste*. Goiânia, 1974. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás.

2.2. A IGREJA E A LUTA PELA SAÚDE NO VALE DO SÃO PATRÍCIO

A Igreja Católica sempre se fez presente no cenário político-cultural da sociedade brasileira. A autonomia e continuidade que dispõe garantem a sua reprodução, e o seu papel é estabelecido conforme as condições estruturais e conjunturais em determinado momento histórico.

Nas décadas de 30 a 60, a política econômica brasileira, marcada pelo nacionalismo, com a presença do Estado controlando e promovendo o desenvolvimento, caracterizou-se, principalmente, pela concentração de propriedades, de renda e implantação do parque industrial. No aspecto social, as relações entre proprietários e camponeses, nesse período, são perpassadas pelo paternalismo-patrimonial. Nesse contexto, a Igreja Católica funda-se em uma teologia que a separa do mundo, assume uma doutrina social influenciada pelo neocapitalismo; vincula-se ao Estado e às classes dominantes e combate, intransigentemente, o comunismo. (Wanderley, 1984).

A partir da década de 60, inspirada em uma teologia marcada pelo compromisso com a transformação do mundo, um segmento da Igreja renova-se, influenciado pelas encíclicas sociais *Mater et Magistra*, *Pacem in Terris* e do *Concilio Vaticano II*. Esse segmento assume uma postura relativamente crítica em relação ao sistema capitalista, e passa a reivindicar as reformas de base, como a reforma agrária.

Foi nessa conjuntura que parte da Igreja estruturou o Movimento de Educação de Base (MEB), que teve origem nas atividades de educação desenvolvidas nas arquidioceses de Natal e Aracaju. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), apoiada nessas experiências, assinou convênio com Governo Federal, em 1961, para a obtenção de recursos a serem aplicados em educação de base com utilização de uma rede de emissoras radiofônicas.

Ao Governo Federal, sob a presidência de Jânio Quadros, interessava, nesse período, ampliar o contingente eleitoral, atender aos apelos da UNESCO e de

educadores do país em aumentar o número de população alfabetizada, diminuir o poder das oligarquias rurais em determinadas regiões e controlar a população rural. À Igreja interessava o apoio para o desenvolvimento de práticas de cunho social, considerando que a maioria da população, nas áreas mais subdesenvolvidas do país viviam na ignorância e propunham, além da alfabetização, outros objetivos, como a urgência em proporcionar aos camponeses, operários e suas famílias, a educação de base que possibilitasse ao homem o despertar para os seus problemas, que ele encontrasse soluções plausíveis para seus problemas, pudesse comer bem, defender sua saúde, enfim, buscar sua elevação cívica, moral, econômica, social e espiritual. Outro interesse da Igreja, que se explicita na Declaração da Comissão Central da CNBB, divulgada em 1961, sobre a Igreja e a situação no meio rural brasileiro, era opor-se ao avanço do comunismo no campo. Considerados agitadores vermelhos que se preparavam para a guerra de guerrilha, a exemplo do que ocorrera na China e em Cuba, propunham a defesa do “rebanho”, inclusive, através de meios práticos.

O MEB, entre 1961 e 1965, estruturou-se em 14 Estados, e possuía um total de 25 emissoras de rádio para transmissão de programas de educação de base. Hierarquicamente, possuía um Conselho Diretor Nacional, composto por 9 bispos e dois leigos. Em cada Estado, havia um Conselho Diretor Estadual. O conteúdo veiculado nas aulas radiofônicas enfatizava que a alfabetização deveria despertar o homem para o engajamento concreto nas organizações profissionais e para a formação de grupos nas comunidades; destaca-se a transmissão de conhecimentos acerca das noções básicas de saúde que pretendia formar:

“uma atitude diante do mundo, em que o homem rural, mais do que evitar uma doença, saiba o que a saúde significa para ele, como trabalhador, e para a comunidade em que vive. O MEB procura motivar uma visão do mundo onde não têm lugar as soluções mágicas e supersticiosas, a que, tradicionalmente, o homem do campo está preso; uma visão de mundo, onde tudo tem sua causa real, não mística, onde ele pode, concreta e positivamente, controlar estas causas, com noções concretas. Doenças

e Saide fazem parte desta visão de mundo, sem a qual nenhuma solução é duradoura"³⁴.

No campo sindical, o MEB incentivou a filiação dos trabalhadores rurais aos sindicatos, e contribuiu significativamente para o crescimento do movimento sindical no campo. Foi em 1903 que os trabalhadores no campo conquistaram o direito formal à organização de sindicatos para defender seus interesses³⁵; porém, até 1960 haviam sido legalizados somente seis sindicatos. Quer pela ação das ligas camponesas, ou pela ação da Igreja, através do MEB, entre 1962 a 1964 surgiram 772 sindicatos de trabalhadores rurais, demarcando a constituição do movimento social no campo.

Naturalmente, essa posição crítica em relação ao sistema capitalista não era hegemônica no seio da Igreja. O Golpe de 1964 revelou a força da Igreja conservadora e demarcou a saída, via intervenção das Forças Armadas, para a crise econômica e política do Estado populista, que pretendia atender aos interesses das massas trabalhadoras através de propostas para implementar as reformas de base e, ao mesmo tempo, atender aos interesses da burguesia, garantindo a estabilidade política para a reprodução da dominação e acumulação do capital.

Porém, a intensificação das mobilizações populares, em favor das reformas estruturais, o surgimento do movimento camponês, a organização dos trabalhadores urbanos, enfim, a possibilidade de transformações sociais radicais aumentam o conflito entre capital e trabalho, gerando a crise de direção política do Estado, que, para coibir as possibilidades de transformações sociais, recorre à coerção através da força militar.

O aparato repressivo utilizado pelos sucessivos governos militares, investindo de todos os poderes constitucionais, enfraqueceram o poder legislativo, controlaram o poder judiciário, cassaram mandatos e suspenderam direitos políticos e as eleições

³⁴ Fonte: MEB Nacional. Notas sobre as escolas radiofônicas, seus objetivos, sua programação e sobre o desenvolvimento dos alunos, 1966. Citado por Wanderley (1984,55).

³⁵ A permissão para a associação de trabalhadores da agricultura e da indústria rural foi institucionalizada pelo "decreto legislativo nº 979 de 6/1/1903, promulgado por Rodrigues Alves e Lauro Müller. (Wanderley, 1984:274).

diretas para presidente, governadores e prefeitos de capitais; extinguíram partidos políticos, restringiram os direitos civis, controlando o cidadão em suas atividades políticas, impediram a candidatura de pessoas consideradas incompatíveis com os objetivos da ditadura e instituíram a censura prévia nos programas de rádio e televisão.

Apesar de todas essas medidas repressivas entre 1967 e 1968, a sociedade civil articula formas de reação ao autoritarismo. Ocorrem grandes mobilizações do movimento estudantil e eclodem greves operárias em Contagem (MG) e Osasco (SP), renovando o processo de organização sindical dos trabalhadores. Nesse contexto, setores da Igreja Católica aliam-se à luta oposicionista.

É nessa conjuntura que a Diocese de Goiás³⁶ reformula a sua prática religiosa. Influenciada pelas encíclicas sociais e pela experiência do Movimento de Educação de Base, o ano de 1967 marcou a guinada da Igreja de Goiás. Naturalmente, esse não foi um processo isolado: despertava em toda a América Latina uma igreja mais atenta aos interesses das classes subalternas. Esse movimento de “renovação da Igreja”³⁷ ganha força à medida em que a ditadura, impetrada pelo Golpe Militar, cerceia todas as atividades políticas. Parte da Igreja constituiu-se, nesse cenário, num espaço importante de resistência, e também foi alvo das ações arbitrárias cometidas pelo abuso de poder, com assassinatos prisões e torturas de padres, religiosos e agentes pastorais.

A Igreja de Goiás tornaria-se um canal mais efetivo de expressão da reação a partir da sagração e posse de D. Tomás Balduino³⁸, em 26 de novembro de 1967. Nesse momento, uma parte da Igreja Católica no Brasil havia decidido por sua presença ativa no desenvolvimento e integração da América Latina, e manifestava-se favorável a um modelo de desenvolvimento com justiça social. A Igreja de Goiás inseria-se nesse

³⁶ Em 6 de dezembro de 1745, foi criada a Prelazia da Iha do Bananal, que foi Arquidiocese por um período de 30 anos. Com a transferência da Capital para Goiânia, tornou-se Diocese de Goiás em 26 de março de 1956.

³⁷ O desenvolvimento do projeto de renovação pastoral ocorre no começo dos anos 60, e traduz um esforço significativo de parcelas da Igreja em mudar e em recriar uma prática de pastores comprometidos com os fiéis através do Evangelho e da Igreja dos primeiros cristãos (Moura, 1989).

³⁸ D. Tomás Balduino é dominicano, foi missionário em Conceição do Araguaia (PA), realizou a complementação de seus estudos na França e foi militante do MEB (Pessoa, 1990:123).

processo. Esse propósito implicava em mudança de atitude, que significava assumir uma prática comprometida com a libertação de todos os homens. Para tanto, era preciso ação:

“Esta opção [opção preferencial pelos pobres], exigida pela escandalosa realidade dos desequilíbrios econômicos da América Latina, deve levar a estabelecer uma convivência humana digna e a construir uma sociedade justa e livre. A necessária mudança das estruturas sociais, políticas e econômicas injustas não será verdadeira e plena se não for acompanhada pela mudança de mentalidade pessoal e coletiva com respeito ao ideal de uma vida humana digna e feliz que por sua vez dispõe à conversão” (Puebla, 1987).

A sociedade é analisada a partir da perspectiva de classes sociais, e a libertação³⁹ significava superar a condição de “explorado” e de “dominado” em detrimento do “explorador”, do “dominador”. A percepção dessa estrutura de sociedade aparecia, no Vale do São Patrício, em suas diferentes formas culturais de expressões, principalmente nas rezas e nos cantos:

*“A classe roceira e a classe operária / ansiosa espera a reforma agrária
sabendo que ela dará solução / para a situação que está precária.
Saindo o projeto do chão brasileiro / de cada roceiro plantar sua área
sei que na miséria ninguém viveria / e a produção já aumentaria
quinhentos por cento até na pecuária.
Esta grande crise que há pouco surgiu / maltrata o caboclo feliz em seu brio
dentro de um país rico e altaneiro / morrem brasileiros de fome e de frio
em nossas Manchester de ricos imóveis / milhões de automóveis já se produziu
enquanto o coitado do pobre operário / vivendo apertado ganhando um salário*

³⁹ “A libertação histórica, através dos movimentos sociais, é a condição necessária para que os povos oprimidos da América Latina caminhem em direção de uma libertação integral. Ou seja, concebe-se a libertação integral (ou libertação cristã) como resultante da superação das servidões temporais e das injustiças sociais (libertação econômica, social, política, cultural etc.) relacionada com a salvação (libertação do pecado). Libertação é, pois, a salvação que se dá na história” (Scherer-Warren, 1993:33).

que sobe depois que tudo subiu"⁴⁰.

Setores dessa Igreja buscavam a superação das práticas religiosas tradicionais e propunham práticas religiosas que expressassem a aliança com os interesses das classes subalternas, que pudessem revelar as condições de vida da população e que contribuíssem para transformar as condições de vida desse povo. Mas não de todo o povo, daqueles eleitos pela opção da Igreja e que desde a III Conferência Geral do Episcopado Latino Americano, realizado em Puebla de Los Angeles, México, em 1979, convencionou-se a designar a opção preferencial pelos pobres: *Afirmamos a necessidade de conversão de toda a Igreja para uma opção preferencial pelos pobres, no intuito de sua integral libertação*"⁴¹.

Desde o Encontro de Medellín, em 1969, havia se tornado imperativo para a Igreja conhecer a realidade social do continente latino-americano. Uma realidade na qual se conjugava *"a fome e a miséria, as enfermidades generalizadas e a mortalidade infantil, o analfabetismo e a marginalidade, profunda desigualdade das rendas e tensões entre classes sociais, surtos de violência e escassa participação do povo na gestão do bem comum"* (Conclusões de Medellín, 1984).

A opção da Diocese de Goiás⁴², pela teologia da libertação, transformou a sua prática, que se voltou para a reflexão da realidade, cuja característica principal passou a consistir na leitura do evangelho, através de grupos de estudo bíblico⁴³. As primeiras

⁴⁰ Canção popular intitulada "A Classe Roceira", de autor desconhecido. In: O povo canta sua vida. Publicação da Diocese de Goiás, 1990.

⁴¹ PUEBLA: A Evangelização no presente e no futuro da América Latina. Texto Oficial da CNBB. 7ª ed. Petrópolis, Vozes, 1987, p. 275.

⁴² A divisão geográfica da Diocese de Goiás não obedece ao mesmo critério da divisão adotada pelo Estado. Hoje, a Diocese engloba as paróquias dos municípios de Novo Brasil, Itapirapuã, Jussara, Fazenda Nova, Santa Fé, Britânia, Goiás, Mossâmedes, Sancrerlândia, Buriti, Guaraita, Itapuranga, Heitorai, Itaberaí, Itaguari, Britânia, Itaguari, Uruana, Carmo do Rio Verde, Ceres e Nova Glória. A Diocese de Goiás sub-divide-se em quatro regiões: região do Uru, região Serra Dourada, região Rio Vermelho e região do Vale do São Patrício. O trabalho de educação em saúde sempre teve maior expressão na região do Uru, que contempla os municípios de Itapuranga, Guaraita, Heitorai, Itaberaí, Itaguari e Taquaral, e na região do Vale do São Patrício, que contempla os municípios de Uruana, Carmo do Rio Verde, Nova Glória, Ceres e Itaguari.

⁴³ Em depoimento coletado por Pessoa (1990:141), um ex-pároco da cidade de Ceres diz: "Nosso trabalho era sempre feito a partir do Evangelho. Sempre buscávamos textos que ajudavam a refletir a

decisões, que foram ao encontro desses propósitos significou a ruptura com a prática religiosa tradicional. A passagem da Igreja tradicional para uma Igreja popular foi um processo conflituoso, porque a Igreja, *“ como expressão organizada da atividade religiosa, está inserida na sociedade, e seus membros fazem, ao mesmo tempo, parte da estrutura de classes desta sociedade. Eles trazem, então, para dentro da igreja, os conflitos e alianças da própria sociedade ”* (Benedetti, 1983:13). A busca de superação das contradições das práticas religiosas tradicionais recriaram novas contradições e permearam todo o processo de construção de uma outra prática religiosa.

A prática de realização de assembléias para definir as prioridades e o plano de trabalho das pastorais religiosas *“ é o novo, será realmente o espaço de manifestação do interesse religioso leigo também clerical, da procura e da produção de novos serviços religiosos. Sua abrangência, considerando a realização em nível paroquial e diocesano, na compreensão do bispo, será o instrumento potencial na formação do leigo ”* (Moura, 1989:43). A trajetória da Diocese de Goiás pode ser apreendida através de suas assembléias diocesanas⁴⁴, que tem sido o instrumento de balizamento da análise que a própria Diocese elabora de si mesma. Segundo relatórios dessas assembléias, a Diocese compreende que, a partir de 1968, sua prática religiosa divide-se em 4 períodos: modernização, transição, renovação e a Igreja do Evangelho⁴⁵. Neste processo ocorreu o comprometimento de segmentos da Igreja com as organizações civis pelos direitos humanos. As práticas religiosas na Diocese de Goiás passaram a incentivar o

vida. Por exemplo: o que é **timbete** e o que é o **arroz**? Tinha uma interpretação mais moral (pessoa de coração ruim, ambicioso). Espontaneamente, o povo ficava nisso. Nós tínhamos que puxar para uma interpretação mais social e política. A gente queria falar era sobre a saúde do pessoal, a terra, os preços para os produtos. A gente queria que eles comparassem o preço do produto com o preço do que eles deveriam comprar na cidade”.

⁴⁴ Segundo Pessoa, foram realizadas 14 assembléias até 1988, e “se tornaram, então, segundo se diz na diocese, a instância superior de decisões em termos pastorais. Uma análise das oito primeiras assembléias, até o ano de 1975, mostra que é em torno das assembléias e a partir delas que vão surgindo as novas formas de poder interno, as definições ideológicas, as contradições do modelo e os enfrentamentos internos e externos”(1990:124).

⁴⁵ Ver: MOURA, Ivanilde Gonçalves. “A Igreja do Evangelho: A construção de um sonho - A Diocese de Goiás nos anos setenta. São Paulo, 1989. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade de São Paulo; e , PESSOA, Jadir de Moraes. “A Igreja da Denúncia e o Silêncio do Fiel. Um Estudo Antropológico Sobre as Relações Entre Uma Igreja Católica Pós-Conciliar e os Diferentes Grupos e Práticas do Catolicismo Popular na Região de Ceres, em Goiás. Campinas, 1990. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP.

engajamento dos leigos nos movimentos sociais, como os sindicato, associações de artesãos, comissões de justiça e paz e movimento de saúde. Até 1975, foram realizadas oito assembleias. Esse ano demarca o momento em que o Hospital da Diocese engajaria-se nesse processo.

A primeira Assembleia ocorreu em Ceres, em 1968⁴⁶, e contou com a participação de leigos escolhidos em suas respectivas paróquias. Na segunda assembleia, ocorrida em 1969, acrescentou-se ao temário a discussão sobre família, juventude e comunidades rurais. Nessa assembleia, participavam representantes de comunidades da zona rural, e efetuou-se, através de amostragem de questionários aplicados em Goiás e Itaberaí, um quadro com levantamento da realidade sobre a família, os jovens e as comunidades rurais (Moura, 1989:43). A terceira assembleia, segundo documentos diocesanos, demarca o encerramento da fase de arrumação da casa, e inicia o período denominado "transição". Para essa assembleia houve o aporte de uma pesquisa sócio-econômico-religiosa, realizada em 1970, com o apoio de uma equipe do CEDI- RJ, cujo objetivo era olhar para a realidade dessa região, utilizando a pesquisa como instrumento de conhecimento, de denúncia e de conscientização. A quarta assembleia foi realizada em 1971; organizou-se uma equipe de coordenação diocesana, que percorreu todas as paróquias da diocese, organizando encontros, criando equipes paroquiais. Fundamentada em um documento enviado aos Bispos pela Santa Sé, denominado Justiça no Mundo, a assembleia buscou denunciar como a injustiça se apresentava na região da diocese. Em relação à saúde, denuncia-se a discriminação no atendimento médico hospitalar e o desconhecimento, por parte do trabalhador, de seus direitos. Porém, o que aconteceu de mais importante, por decisão dessa assembleia, foi o incentivo à criação e formação de Comunidades de Base, e, assumem o compromisso de valorizar as comunidades; despertar o esforço, a formação e o compromisso das pessoas mais conscientes, dos líderes locais; anunciar o evangelho, baseando-se na vivência cotidiana; criar um instrumento diocesano, não de imposição, mas de orientação das comunidades de base, seja através de uma equipe disponível, pela organização de cursos, seja pela promoção

⁴⁶ Essa Assembleia foi realizada de 1º a 7 de julho de 1968.

dos meios de comunicação social, entre outros (Relatório da Conclusões da 4ª Assembléia Diocesana).

Inicia-se uma forma de organização cristã e mobilização característica da região. A força das comunidades de base estavam sobretudo no campo. Esse fato é favorecido pela estrutura de pequenas propriedades que facilitavam a organização por local de moradia: a aproximação das famílias possibilitava o encontro no período noturno para estudo bíblico e a reflexão do cotidiano. Esses encontros passaram a ter um novo conteúdo, uma vez que já faziam parte da cultura local a ajuda mútua através de trocas de dia de serviço, o mutirão e permanentes visitas entre vizinhos. As Comunidades de Base foram se constituindo em mais do que um espaço religioso. A quinta assembléia diocesana, realizada em julho de 1972, teve como tema "Nosso compromisso cristão em face de nossa realidade". São aprovadas as linhas gerais, redimensionando a relação entre igreja e sociedade. Nessa assembléia, a diocese decide, explicitamente, dar atenção preferencial aos marginalizados pela sociedade e pela igreja. Essa opção traduziu-se em atitudes de conscientização, promoção e denúncia. A discussão da realidade implicou, também, no compromisso com a sua transformação, na tradução de ações concretas: além dos grupos de evangelho, incentivou-se o fortalecimento dos sindicatos rurais, da organização de associações de artesãos, de lavadeiras, de alfabetização(...)(Relatório da 5ª Assembléia Diocesana).

Em julho de 1973, ocorreu a sexta assembléia, com o tema "Nosso compromisso na comunidade para transformar a sociedade". Padres e leigos avaliaram como cada região vivenciou a opção pelos pobres, aprovaram novas propostas e reorganizaram a diocese, que passou a contar com uma assessoria ampliada. Seguindo a mesma dinâmica, a sétima assembléia foi realizada em outubro de 1974. Foi nesse momento que a Diocese de Goiás optou por mudanças na prática de saúde desenvolvida no Hospital São Pio Xº, de sua propriedade. Esta prática deveria ir ao encontro das necessidades das classes subalternas.

Em todo esse processo, verifica-se um novo tipo de relacionamento entre os padres e as classes subalternas⁴⁷. Nesse região, desde a primeira ocupação, na época da produção aurífera, os intelectuais eclesiásticos estavam vinculados à oligarquia local, que eram, nesse período, os mandatários do Estado. O rompimento dessa relação ocorreu exatamente com essa Igreja que se instalou no final da década de 60, depois de mais de duzentos anos. A mudança de atitude, assumindo o compromisso com as classes subalternas, foi carregada de conflitos internos e externos. Muitos segmentos da sociedade, que eram católicos, não entendiam ou não concordavam com as mudanças e o vínculo com os setores empobrecidos.

Nesse processo, gradualmente os camponeses vão percebendo as amarras que os impediam de constituírem-se enquanto sujeitos, e começavam a lutar para transformar a realidade. Foi isso que ocorreu com a luta pela saúde: *“...ao associar a doença à fome, logo em seguida eles extrapolam: a fome é a falta de terra, ou as condições técnicas do trabalho. Então nós imaginávamos, a princípio, que a palavra chave fosse saúde e não é. A palavra chave é trabalho e por trás dessa palavra entra diretamente o problema da terra. Então os problemas de doença estão diretamente relacionados aos problemas da produção. A falta da terra faz com que não haja alimentação”*⁴⁸.

A doença era uma ameaça permanente não somente de debilidade da condição física que impedia o trabalho. Constituía-se, também, uma ameaça permanente de perda

⁴⁷ Tradicionalmente, ao longo da história da humanidade a “categoria dos intelectuais eclesiásticos pode ser considerada como a categoria intelectual organicamente ligada à aristocracia fundiária”. (Gramsci, 1991:5). Gramsci, quando analisa a posição diversa dos intelectuais de tipo urbano e de tipo rural, chama a atenção para a função político-social do intelectual do tipo rural: Os intelectuais de tipo rural são, em sua maior parte, “tradicionalistas”, isto é, ligados à massa social camponesa e pequeno-burguesa das cidades (notadamente dos centros menores), ainda não elaborada e movimentada pelo sistema capitalista: este tipo de intelectual põe em contato a massa camponesa com a administração estatal ou local (advogados, tabeliões, etc.) e, por esta mesma função, possui uma grande função político-social, já que a mediação profissional dificilmente se separa da mediação política. Além disso, no campo, o intelectual (padre, advogado, professor, tabelião, médico, etc.) possui um padrão de vida médio superior, ou, pelo menos, diverso daquele do médio camponês, e representa, por isso, para este camponês, um modelo social na aspiração de sair de sua condição e de melhorá-la” (1991: 13).

⁴⁸ MICHALIZEN, Paulo Roberto. “Gente simples é outra coisa: O Meio Grito”. *Jornal Opção*, Goiânia, 7 setembro 1980. Entrevista.

do instrumento de trabalho, a terra: *“a renda era pouca, baixa produtividade; então ia se gastando com hospitais, remédios, até que tinha que vender a terra. Se endividava e não dava mais para pagar as contas”*⁴⁹. Os pequenos proprietários, ao adoecerem e não terem acesso ao serviço gratuito, recorriam a hospitais particulares⁵⁰. Para pagar o custo do tratamento vendiam os únicos valores que dispunham: o produto do trabalho na terra e a própria terra.

Durante o processo desencadeado pelos grupos de evangelho no trabalho da Diocese, a população olhava para a sua realidade e aprendia, de qualquer forma, a questioná-la. Foi o aguçamento e a percepção da realidade que provocou o questionamento sobre o trabalho de saúde, que até então se desenvolvia no Hospital São Pio X°. O reconhecimento por parte de um setor da população sobre as suas necessidades e direitos em relação aos serviços de saúde conduziu ao questionamento, que se tornou reivindicação. No Vale do São Patrício, essa reivindicação não se operou na relação entre sociedade civil e Estado. Se havia a estrutura física hospitalar que pertencia a uma Igreja que se dizia comprometida com a “libertação”, por que não colocá-la a serviço das necessidades da população e da emancipação humana com os recursos advindos dos serviços prestados, com uma concepção de gestão participativa, com possibilidades de estabelecer a relação saúde/doença a partir da perspectiva das classes subalternas? Na mesma região, no município de Itapuranga, os meeiros, parceiros, arrendatários, pequenos proprietários e trabalhadores rurais assalariados se organizam através do Sindicato dos Trabalhadores Rurais para reivindicar o direito ao acesso à saúde, solicitando do Ministério do Trabalho e da Previdência Social a construção de uma unidade hospitalar.

A existência desta estrutura física possibilitou a inserção de profissionais da área de saúde que, comprometidos com as classes subalternas, propunham o desenvolvimento

⁴⁹ SILVA, Divino Inácio. Presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga, 1986-1989. Itapuranga, 20 de abril de 1996.

⁵⁰ “Nós todos descobrimos/ que o atendimento vai mal/ quer seja no INPS/ quer seja no FUNRURAL/nós não temos condições/da consulta particular/ e nesta pobreza que vivemos como vamos no hospital” Trecho do resultado da pesquisa Meio Grito. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues(org). *Pesquisa Participante*. 7 ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1988.

de um trabalho de saúde com a coletividade. O Hospital São Pio X^o e a Unidade Hospitalar de Itapuranga, administrada pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga e , posteriormente, pela Associação Popular de Saúde de Itapuranga são expressões institucionalizadas do Movimento Popular de Saúde nessa região. Não tornam-se sujeitos sociais em si mesmo, mas são os instrumentos legais para a relação que se estabelece com o Estado e a viabilização dos serviços prestados. Para além desta estrutura física e legal considerar-se-á a natureza da prática que desenvolveram, isto é, o conjunto de ações que desencadearam, como desencadearam e os objetivos que se propuseram a alcançar no período de 1974 a 1992. Antes, porém, fazer-se-á uma pequena retrospectiva sobre essas duas instituições.

2.3. O HOSPITAL DA DIOCESE DE GOIÁS

O Hospital São Pio X^o ainda é conhecido por muitos como o Hospital da Colônia. Pertencente à Igreja desde 1956, a chegada de D. Tomás Balduino e todas as transformações ocorridas no seio da Diocese de Goiás não atingiram de imediato a estrutura e a organização do trabalho de saúde do Hospital. Até 1974, o Hospital foi administrado pelas Irmãs Dominicanas do Rosário, e as equipes técnicas que por aí passavam não tinham qualquer compromisso religioso ou ideológico com a Igreja.

O Hospital havia se tornado um meio para a chegada de médicos na cidade, que logo criavam sua própria estrutura hospitalar⁵¹. Até então, havia diferenciação no atendimento hospitalar oferecido à população:

⁵¹ Existem, na cidade de Ceres nove (9) Hospitais com capacidade instalada de 538 leitos (Fonte: IBGE, 1994). O maior Hospital de Ceres pertence ao Dr. Domingos Mendes da Silva, médico pioneiro que trabalhou no Hospital da Colônia, foi prefeito da cidade em 1954 e elegeu-se logo a seguir deputado estadual. Seu filho, Dr. Carlos Hassen Mendes, médico, foi eleito prefeito da cidade em 1983, deputado estadual, em 1990, foi eleito suplente de deputado federal nas eleições de 1994 e, desde então, ocupa o cargo de Secretário Estadual da Saúde.

“O hospital era administrado por um grupo de médicos, e ele tinha a seguinte característica: era um hospital que naquela época estava vivendo uma crise; a comunidade tinha cobrado de D. Tomás que este hospital não caminhava junto com a proposta da Diocese, que era uma proposta libertadora... Em relação ao atendimento, era muito desorganizado, em termos de infra-estrutura e conforto para os pacientes. Era um hospital dividido por categoria. No pavilhão “A” eram atendidos os pacientes particulares e do INPS, que seria hoje como a UNIMED. Pagavam muito aos médicos e eram pacientes diferenciados. Havia o pavilhão intermediário, onde ficavam os pequenos proprietários daqui da região e tinha o pavilhão chamado de pediatria, que prestava o atendimento misturado, onde ficavam os excluídos da sociedade”⁵².

A percepção de que esse tipo de serviço médico-hospitalar, oferecido no Hospital São Pio X^o, não era condizente com o discurso e a prática da Diocese, levou a própria população, que participava dos grupos de evangelho, sobretudo da cidade de Ceres e municípios circunvizinhos, ao questionamento dessa realidade. O questionamento tornou-se uma reivindicação quando passou a refletir a relação entre terra e saúde.

Foi esse fato que motivou a busca de profissionais que se comprometessem com o nova prática religiosa da Igreja. Estabeleceu contato, em 1974, com uma equipe de profissionais de saúde recém-formados na cidade do Rio de Janeiro, que haviam vivenciado uma experiência de saúde comunitária na cidade de Anchieta-ES. Alguns desses profissionais haviam militado na Juventude Católica e na Juventude Operária Católica; outros eram atraídos pela possibilidade de um trabalho vinculado ao interesse dos trabalhadores⁵³.

⁵² ARAÚJO, Antônio José. Entrevista concedida pelo Diretor Clínico do Hospital São Pio X^o. Ceres, outubro, 1993.

⁵³ Assim, na Igreja de Goiás inseria-se o que Brandão tipificou como sendo as pessoas que eram da Igreja, fora da religião, e que Pessoa aborda em seu estudo antropológico sobre as relações e práticas do catolicismo popular na região de Ceres. Para esses autores, “várias pessoas em Ceres mantêm um

O trabalho de saúde no Vale do São Patrício apresenta, assim, dois elementos fundamentais: primeiro, a saúde se constituiu em uma reivindicação da própria população. Como os canais de espaços democráticos entre sociedade civil e Estado estavam cortados pela ação dos governos militares, a população reivindicou a prestação de serviços de saúde para quem se encontrava mais próximo. Segundo, o espaço em que a proposta de saúde, voltada às necessidades e aos interesses das classes subalternas, viabilizou-se não foi nos órgãos públicos. O Hospital São Pio Xº é uma entidade privada, apesar de seu caráter público e sua finalidade filantrópica. Tornou-se um instrumento importante para que a luta pela saúde se ampliasse em toda a região.

Toda a situação de precariedade em relação ao serviço de saúde e às condições endêmicas da população do Vale do São Patrício não estava isolada do quadro geral do país. A política de saúde no Brasil, na década de 70, era marcada por uma situação de crise sanitária. O crescimento econômico, gerado pelo milagre brasileiro, que estimulou o desenvolvimento do parque industrial no Brasil e a construção de obras de infraestrutura, não significou o bem estar social da maioria da população.

Todos os contatos realizados em 1974, para formar uma equipe de profissionais de saúde, concretizou-se de fato em 1975. Formou-se, então, uma equipe composta por médicos, assistentes sociais, pedagogas e enfermeiras. A população participava e tomava parte das decisões sobre a vida pastoral da Diocese de Goiás, e esperava esse espaço de participação também no Hospital da Diocese. A saúde deixava lentamente de ser sinônimo de doença, e passava a ser concebida como o estado de bem estar bio-psico-social da população, privilegiando as ações preventivas e educativas, e articulando a luta pela saúde com as demais necessidades da população. Inicia-se, assim, uma nova prática em saúde, que *“tem como objeto de ação a construção de um projeto político-pedagógico, que possibilite à população o desenvolvimento de estratégias de ação que leve à superação da dominação e à construção de um processo de cidadania”* (Oliveira, 1991:78).

2.4. O HOSPITAL DO SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE ITAPURANGA

O município de Itapuranga, distante a 165 km de Goiânia, capital do Estado de Goiás, foi fundado em 1953, e tem como principal fonte de produção a agricultura e a pecuária, acentada principalmente na pequena propriedade. O município de Itapuranga era uma comarca de Goiás, e emancipou-se justamente no momento em que crescem o movimento migratório para a região, tendo como referência, principalmente, a Colônia Agrícola de Goiás.

O Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município foi fundado em 16 de julho de 1972, em um período marcado por um momento de expansão dos sindicatos rurais no Brasil. A construção da organização sindical dos trabalhadores rurais assalariados, meeiros, parceiros, arrendatários e pequenos proprietários, enquanto sujeitos coletivos da classe trabalhadora no campo, é bastante recente no Brasil.

A primeira grande fase de expansão do sindicalismo no campo ocorreu entre 1962 e 1964, com o surgimento de 772 sindicatos de trabalhadores rurais, estimulados pela ação das ligas camponesas e pelo MEB. O Golpe Militar não conteve a organização camponesa, apesar da cassação e eliminação dos principais líderes camponeses, como Francisco Julião e Antônio Porfírio, da nomeação de interventores no sindicatos e até mesmo na CONTAG. Entre 1967 a 1968 foram fundados 302 sindicatos. Todavia, e contraditoriamente, o crescimento do sindicalismo rural se acentuou a partir de 1968 pela própria ação do Estado, quando o Ministério do Trabalho atribuiu funções da previdência social e da assistência médica aos sindicatos rurais.

Assim, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga organizou-se em um período marcado pela ditadura militar, pelo controle, por parte do Estado, do sindicalismo no Brasil⁵⁴. No meio rural, esse controle era garantido principalmente pela nomeação de interventores e o repasse de verbas para a prestação de assistência médica e odontológica. Com um sistema previdenciário que diferenciava o trabalhador rural do trabalhador urbano, era através da organização sindical que os trabalhadores rurais podiam ter o mínimo de acesso aos serviços de saúde, pois, além da prestação direta dos serviços médicos em ambulatório, os sindicatos emitiam a guia do Funrural para o atendimento hospitalar na rede conveniada.

Em 1973 foi realizado, em Brasília, o II Congresso Nacional de Trabalhadores Rurais, que reuniu representantes de 1.500 sindicatos de todo o Brasil. Os principais pontos de discussão giraram em torno da legislação trabalhista, previdência social e a reafirmação da necessidade da reforma agrária (Santos, 1989). Foi nesse contexto que o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga organizou-se para atender às demandas de assistência e previdência social. O trabalhador rural, para obter atendimento em ambulatório médico do sindicato e em hospital conveniado pelo Funrural, necessitava estar filiado à sua entidade sindical. Os sindicatos, portanto, mantinham o controle frente à organização dos camponeses.

⁵⁴ Esse controle era facilitado pela Estrutura Sindical existente no país, herdado do Governo Getulista, que se inspirou no modelo facista de Mussolini. Em 26 de novembro de 1930, pelo Decreto nº 19.433, foi criado o Ministério do Trabalho. Em 31 de março de 1931, através do Decreto nº 19.770, o Governo suprime a liberdade e a autonomia dos sindicatos, vinculando o seu funcionamento a uma carta de registro autorizada pelo próprio Ministério do Trabalho. Por esse decreto cria-se uma estrutura sindical vertical em que não é permitida a pluralidade sindical, e se institui a intervenção ministerial nos sindicatos e todos os cerceamento à liberdade de organização dos trabalhadores. Com a promulgação da CLT, em 1º de maio de 1943, pelo Decreto nº 5.452, consolida-se a política sindical, que estava sendo desenhada desde 1930. Os sindicatos, por essa política de estrutura vertical, estavam vinculados ao Ministério do Trabalho, e se organizavam de cima para baixo, em um sistema que vai das confederações e federações até o sindicato. Essa é a estrutura sindical que ainda se encontra vigente até os dias de hoje. O ministério do Trabalho ainda se investe de poder para expedir ou cassar carta de registro de entidade sindical; promover o enquadramento sindical, segundo o modelo corporativo; controlar a gestão das diretorias de sindicatos, federações e confederações; intervir nos sindicatos, destituindo suas direções ou cassando a carta de reconhecimento da entidade. Os trabalhadores de todo o Brasil, a partir do final da década de 70, através de suas organizações, lutaram por um sindicalismo horizontal, e conquistaram na prática, esse direito (Perspectivas do novo sindicalismo, São Paulo, Edições Loyola-CEDAC, 1980).

Em Itapuranga, os dirigentes sindicais não se contentaram somente com um ambulatório médico dentro da sede do sindicato. Logo após a fundação do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga, em 26 de fevereiro de 1972, a Diretoria buscou junto ao Funrural verbas para a construção de um hospital para atendimento dos trabalhadores rurais. Esse processo durou três anos, até a conquista da unidade hospitalar. O primeiro passo foi a aquisição de um terreno pertencente ao sindicato, que fazia parte das exigências do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Paralelo a esse fato, a Diocese de Goiás, da qual faz parte a Igreja Católica de Itapuranga, desde a quarta assembléia, ocorrida em 1971, havia identificado, através de pesquisa, a necessidade do trabalho pastoral priorizar o trabalho direto com os trabalhadores rurais, privilegiando a criação de sindicatos e a organização de oposições sindicais onde já existissem sindicatos. Assim, os Sindicatos de Trabalhadores Rurais tornavam-se um meio de combater a situação de miséria, fome e injustiça na região.

Os participantes dos grupos de evangelho seguiram a orientação que vinha se processando em toda a Diocese, e organizaram um grupo de oposição sindical. Esse grupo passou a participar, a partir de 1974, de todas as assembléias promovidas pelo Sindicato, até mesmo das assembléias convocadas para o cadastramento de novos sócios. A primeira Diretoria do Sindicato foi constituída por lavradores que não comungavam com a prática evangélica adotada pela Igreja Católica. Essa diretoria foi reeleita no pleito de 1974, derrotando a chapa da oposição sindical⁵⁵.

No pleito sindical de 1977, a oposição sindical venceu as eleições e, nesse mesmo ano, a Unidade Hospitalar de Itapuranga foi inaugurada. A especificidade da prática desenvolvida por esse sindicato era o forte vínculo com as bases. Essa foi a marca da administração da Unidade Hospitalar, que ficou sob a responsabilidade do S.T.R. de Itapuranga até 1986. Com a extinção do Funrural, o Hospital entrou em crise financeira e administrativa. A saída encontrada pela população, para que o hospital continuasse

⁵⁵ Fonte: Atas das Assembléias do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, realizadas no período em referência.

prestando serviços, foi a fundação e organização da Associação Popular de Saúde de Itapuranga, com a finalidade de administrar esse hospital. Foram estes dois hospitais, o Hospital São Pio Xº e a Unidade Hospitalar de Itapuranga, administrado pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais e, posteriormente, pela Associação Popular de Saúde de Itapuranga, que constituíram o pólo irradiador da luta pela saúde em toda a região. Para articular todas as práticas de saúde que surgiram na região foi criada a Pastoral da Saúde, vinculada à Diocese de Goiás. Priorizando o trabalho preventivo e ações sócio-educativas, a saúde tornou-se um instrumento de educação e organização da população da região.

3. ORGANIZAÇÃO POPULAR E SAÚDE: CARACTERÍSTICAS DE UM MOVIMENTO SOCIAL

A emergência do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício tem vinculação com a história da ocupação dessa região e com as lutas populares acumuladas através das organizações das Ligas Camponesas na década de 50 e das Comunidades Eclesiais de Base que surgem no final da década de 60.

Vincula-se, ainda, com a emergência dos movimentos sociais de caráter popular que ocuparam o cenário político-social da realidade brasileira na década de 70. Em um período marcado pelo fim do “milagre econômico” e pela elevação do custo de vida, a divisão do bolo tornou-se reivindicação de segmentos da sociedade que se organizaram para lutar pela democratização sócio-política e econômica do país.

Esse período caracterizou-se por ações ambíguas do governo militar, que adota, ao mesmo tempo, uma política de “distensão” durante o Governo Geisel e toma medidas extremas de repressão. Pressionados por insatisfações e descontentamentos das classes trabalhadoras, gerados pelas desigualdades sociais resultantes de uma política econômica excessivamente centralizadora, o governo adota a estratégia de priorizar a questão social. Como parte desse projeto criou, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS, e redefiniu a política de atendimento às demandas sociais no II Plano Nacional de Desenvolvimento Social (PNDS). Nesse plano, as autoridades institucionalizadas, enfim, “reconhecem” que o desenvolvimento econômico deveria estar acompanhado do desenvolvimento social. Entre outras políticas propõem a extensão da

assistência médica, o que já havia sido sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e pelo próprio Banco Mundial (Van Stralen, 1995:168).

O quadro nosológico brasileiro indicava a urgência de se estender a assistência médica no território brasileiro. Em 1960, os trabalhadores gastavam 5 horas e 45 minutos de trabalho para adquirir a cesta básica de alimentos. Em 1971, gastavam 8 horas e 31 minutos, em 1978, gastavam 40 horas e 31 minutos trabalho (IBGE-PNAD,1978). Constavam, na realidade brasileira, estimativas que calculavam a existência entre 40 a 60 milhões de habitantes afetados por verminoses em um país com 90 milhões de habitantes; 1/3 dos municípios do país, com cerca de 4 milhões de habitantes haviam sido contaminados pela doença de chagas; estimava-se que 10 milhões de brasileiros eram portadores de esquistossomose; 9.341 pessoas eram portadoras do bacilo de hansen; em 1980, mais de 35 milhões de pessoas eram portadoras do bacilo de Koch (agente causador da tuberculose humana); cerca de 11 milhões de pessoas se encontravam sob o risco de contrair a malária (COSTA, 1983:29). Agravando esse quadro, a política de saúde caracterizava-se pela centralização do poder decisório, acesso desigual e excludente aos serviços de saúde, inexistência da rede pública de prestação de serviços e promoção da saúde, sistema baseado na compra de serviços privados e falta de fontes financiadoras.

Foi nesse contexto que surgiram, na década de 70, movimentos sociais vinculados especificamente com a luta pela conquista da saúde, que buscavam a transformação da realidade econômica-política-social e cultural do país através da saúde. A política de saúde brasileira foi estruturada, desde a sua origem, tendo como referência o setor privado de prestação de serviço. A hegemonia desse setor ocorria sob a proteção da política de previdência social, que mantinha o acesso aos serviços de saúde prioritariamente aos trabalhadores contribuintes. Somente em 1971 os trabalhadores rurais foram, efetivamente, incorporados ao sistema previdenciário com a criação do PRORURAL (Oliveira e Teixeira,1986:205). Na V Conferência Nacional de Saúde, realizada de 5 a 8 de agosto de 1975, definiu-se pela extensão das ações de saúde

às populações rurais *“através de programas regionalizados e hierarquizados, cuja base seria formada por unidades sanitárias periféricas com atividades simplificadas realizadas por auxiliares de saúde”* (Van Stralen, 1995:170). Para viabilizar esta proposta foi criado, em 1976, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com o objetivo de estender os serviços de saúde ao nordeste, e adotava como diretrizes básicas a utilização de pessoal de nível auxiliar; ênfase na prevenção; desenvolvimento de ações de saúde básica e de baixo custo; implantação de unidades de saúde tipo mini-postos, apoiados por unidades de maior porte em núcleos populacionais estratégicos; integração interinstitucional e participação comunitária.

Nesse mesmo período, foi implantado, em 1975, o Projeto de Montes Claros no norte do Estado de Minas Gerais, que se tornou um espaço importante por possibilitar a aplicação de diretrizes norteadoras de um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde. Esse projeto constituiu uma das experiências que revelou a presença de um pensamento contra-hegemônico em relação à política nacional de saúde, conhecido como o Movimento Sanitário. Esse movimento nasceu no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades, e caracterizou-se por adotar a abordagem médico-social à análise dos problemas de saúde, formadora da consciência sanitária, que propunha a democratização do país e do setor, contra a privatização.

O Movimento Sanitário tornou-se fundamental para a difusão do pensamento contra-hegemônico no setor da saúde. Através de experiências como o PIASS e Projeto Montes Claros foram-se formulando e concretizando as propostas para a Reforma Sanitária. A partir de 1979, esse movimento passa a ocupar os espaços institucionais com o objetivo de tentar implantar suas estratégias para mudar a direção política e a organização do setor público no setor de saúde. Em 1984, implantam-se as Ações Integradas de Saúde, tendo como diretrizes a integração interinstitucional, sob a responsabilidade do setor público; a regionalização e a hierarquização de todos os serviços; a descentralização do processo de planejamento e administração; a legitimação da participação de vários segmentos sociais. Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a presença significativa de associações profissionais e

movimentos reivindicatórios que apoiavam as principais diretrizes para a reformulação do setor: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária. Em 1987 foram implantados os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS - com a implementação das diretrizes da 8ª Conferência, bases para a organização do Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição em 1988.

Nesse cenário de embate entre as forças hegemônicas e as forças contra-hegemônicas, que buscavam transformações no setor de saúde, o Movimento Sanitário e as organizações sindicais dos profissionais da área não se constituíram nos únicos sujeitos sociais desse processo. Emergiram também os movimentos denominados "alternativos", que através da implementação de práticas sociais coletivas contestatórias, em relação às estruturas política-econômica dominante, ao poder médico, ao modelo de privatização dos serviços de saúde, contraverteram a ordem estabelecida:

"...centrados em seus próprios recursos, buscando a nível local solução para suas necessidades, defendendo uma volta às raízes da medicina popular, formando agentes de saúde da comunidade ou ainda descobrindo novas técnicas para lidar com o corpo. As experiências ligadas ao MOPS (Movimento Popular de Saúde) ou alguns projetos ligados à Igreja, por um lado e, por outro, grupos ligados aos Movimentos Feministas, como o SOS Corpo, de Recife, exemplificariam este tipo de movimentos"(RIBEIRO, 1989: 266).

O Movimento Popular de Saúde, nacionalmente, começa a ser articulado em 1979, durante um encontro realizado na cidade de Lins, São Paulo, organizado para possibilitar a troca de experiências entre as várias iniciativas populares que vinham desenvolvendo práticas de saúde coletivas, centrados na educação popular, para solucionar seus problemas e transformar suas condições de vida.

Postos esses elementos, é possível compreender as mediações que possibilitaram a emergência do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício. As condições estruturais referem-se à história da ocupação da região, que é baseada no minifúndio, e às condições de vida da população dessa região. Elas concorreram para que surgisse o movimento nessa região, em uma conjuntura marcada pelo cerceamento das liberdades civis e política; pelo acúmulo de experiências na trajetória de organização dos trabalhadores rurais, pequenos proprietários, meeiros e parceiros; pela presença da Igreja Católica, traduzida na Diocese de Goiás, e que, apoiada na teologia da libertação, organizaram as Comunidades Eclesiais de Base e assumiram o posicionamento de incentivar as organizações populares; e, por último, mas não menos importante, a chegada de profissionais técnicos na área de saúde que, recém-saídos das universidades, traziam consigo uma proposta de medicina voltada para o social. Participantes do Movimento Sanitário, portadores de uma consciência sanitária, esses profissionais assumem uma postura política face à necessidade de transformação desse setor. Para viabilizar essas transformações ocuparam os espaços institucionalizados e propuseram um modelo alternativo de organização dos serviços de saúde. No Vale do São Patrício, esses intelectuais orgânicos encontraram as condições concretas para viabilizarem a proposta em que a “saúde” é vista como uma prática social, portanto, com as mesmas determinações da sociedade e do conjunto de práticas sociais que movimentavam a vida política nacional; onde, pensar e atuar na área da saúde significava pensar e atuar na redefinição das políticas de saúde e na democratização do país.

Na luta pela democratização do país, esses profissionais adotavam essa abordagem médico-social e buscavam articulações com os movimentos sociais e a aproximação com os setores populares. São as combinações desses interesses que tornaram a Região do Vale do São Patrício extremamente atraentes para a estruturação de trabalhos de saúde com a participação dos segmentos subalternos da sociedade. Havia, nesse espaço, um segmento da população que se organizava e lutava pelo acesso aos serviços de saúde, que buscava a democratização do setor e da sociedade. Havia, também, os espaços institucionais necessários para o desenvolvimento da prática de saúde e, por fim, havia profissionais buscando esses espaços alternativos. É a natureza da

prática de saúde que torna o Hospital São Pio X^o e a Unidade Hospitalar de Saúde de Itapuranga *locus* privilegiado das experiências que foram desencadeadas e deram origem ao Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício. O Movimento Popular de Saúde não são os hospitais, mas as práticas de saúde populares desencadeadas com o apoio dos intelectuais orgânicos vinculados institucionalmente a esses hospitais, que contestavam a organização dos serviços de saúde existentes, a política nacional de saúde, a realidade econômica e social do país e tinham por objetivo contribuir com a transformação dessa ordem estabelecida na sociedade capitalista.

Portanto, partindo-se da concepção de que o *locus* institucional também se transforma nesse processo, é necessário apreender a natureza e a dinâmica do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício face às mudanças sócio-político-econômico e cultural ocorridas na sociedade brasileira e, especialmente, nas políticas de saúde, a partir dos hospitais que possibilitaram o desenvolvimento de práticas sociais de caráter popular, isto é, voltadas às necessidades e aos interesses das classes subalternas. Nesse sentido, foi o caráter institucional dos espaços ocupados que viabilizaram as práticas de saúde de reação às formas de relação saúde/doença até então constituídas, privilegiando a política de descentralização do atendimento, reconhecendo e apoiando os espaços de participação da população (Comunidades Eclesiais de Base, Sindicato, Associações), e possibilitando a implementação de experiências de autogestão, a articulação com os movimentos populares da região como estratégia para contrapor-se ao modelo econômico centralizador e excludente existente no país.

Nesse processo, o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício construiu, paulatinamente, suas referências. Isto é, na interação entre os intelectuais orgânicos e os segmentos populares, no processo de participação que é eminentemente educativo, o Movimento Popular de Saúde construiu, a partir das condições concretas de vida de um segmento da população que luta por sobreviver da terra e na terra, uma concepção de saúde; propôs a reestruturação dos serviços de saúde, tendo por parâmetros a gratuidade e a responsabilidade do Estado, e experimentou modelos de participação de autogestão em que a população organizada passou a ser a gerenciadora

dos serviços prestados. Não se pode dizer que esse Movimento foi homogêneo em toda a região, nem afirmar que a capacidade de mobilização foi maior nos municípios onde se localizam os hospitais que se tornaram referências. É, no entanto, por intermédio da análise do espaço institucionalizado que se pode apanhar a natureza e a dinâmica desse Movimento face às mudanças econômicas e sociais ocorridas na sociedade brasileira no período de 1974 a 1992, especialmente, no bojo das políticas de saúde.

Assim, o processo de desenvolvimento do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício será analisado tendo como referência a apreensão das características das dinâmicas políticas-administrativas operadas nas instituições que se constituíram em apoio para a implementação de práticas de saúde populares na região. Tais características serão contextualizadas segundo as práticas sociais que movimentavam o conjunto da sociedade brasileira: a saúde inserida em um movimento de resistência; a saúde como instrumento de articulação e apoio aos movimentos populares e a saúde como um direito para o exercício da cidadania.

3.1. SAÚDE COMO RESISTÊNCIA

Pode-se afirmar que a luta pela saúde no Vale do São Patrício iniciou-se a partir da reivindicação da própria população para que o Hospital São Pio Xº, pertencente à Diocese de Goiás, se sintonizasse com a prática social adotada pela Igreja de Goiás, a partir de 1968. Tal reivindicação surge com o processo de reflexão desencadeado através das Comunidades Eclesiais de Base. Assim, o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício nasce buscando a ocupação de espaços institucionalizados.

Ao tomar o suposto de que os movimentos sociais foram concebidos enquanto polo não institucionalizado, em contraposição ao sistema institucional, o Hospital São Pio Xº, por configurar-se uma instituição privada, se excluiria das possibilidades de

desencadear práticas sociais com as características dos movimentos sociais⁵⁶. Um hospital poderia contestar o quê? Estabelecer confronto com quem? Essa era a grande questão: como colocar um hospital a serviço da classe subalterna. Segundo o IBGE, um estabelecimento hospitalar é *“aquele que tem por finalidade primordial prestar assistência médica em regime de internação, possuindo leitos e instalações apropriadas à sua finalidade e contando, em seu corpo clínico, com a assistência permanente de pelo menos um médico”*. Colocar o hospital a serviço dos interesses e necessidades das classes subalternas constituiu o primeiro grande desafio, e significava vivenciar, na prática, propostas contrárias aos padrões institucionais, propostas norteadas por um posicionamento político-ideológico que objetivava a transformação da sociedade via setor da saúde. O espaço hospitalar tornou-se importante na medida em que: possibilitou a organização dos serviços de saúde de forma contrária aos padrões institucionais, que estavam voltados para o lucro; tornou-se o espaço aglutinador de profissionais de diversas áreas, que encontraram nas instituições garantias para a sobrevivência; foi o espaço legitimador das ações dos profissionais perante a população; constituiu-se em referência para as práticas de saúde desenvolvidas pelos agentes de saúde e para as ações primárias desenvolvidas fora do espaço institucional.

Foi o desafio de transformar o acesso à saúde e o atendimento prestado que determinou as primeiras medidas tomadas pela equipe que assumiu a direção do Hospital em 1975. A implementação dessa finalidade foi estruturada conforme princípios e objetivos estabelecidos. O objetivo do Hospital São Pio X^o, naquele momento, era a superação do tipo de atendimento médico-hospitalar até então prestado. Um atendimento⁵⁷ que diferenciava os pacientes segundo a classe social a que pertenciam. Assim, os pavilhões que compõem a estrutura física do hospital deixaram de ser divididos por capacidade de pagamento dos usuários, e foram divididos por clínicas:

⁵⁶ Segundo Calderon e Jelim (1987:76), essas características referem-se a quatro campos: a estrutura participativa dos movimentos sociais, consequência do próprio objeto e experiência de organização e luta; a temporalidade; a forma multilateral e heterogênea de desenvolvimento e os efeitos sociais específicos destes movimentos sobre as relações sociais.

⁵⁷ A estrutura física do Hospital São Pio X^o é composta por 6 pavilhões, dentro os quais, 3 para internações, 1 pronto socorro e administração, 1 para serviços gerais e 1 para alojamento.

clínica médica, clínica pediátrica e clínica cirúrgica e obstétrica⁵⁸. Estabeleceu-se o atendimento único, independente do benefício previdenciário dos usuários.

As medidas internas, que visavam a superação do atendimento, segundo a capacidade de pagamento dos serviços necessários, não foram suficientes nem para a equipe de profissionais e nem para a população. A referência de participação, por parte da população usuária, era o modelo da Diocese de Goiás. As comunidades se reuniam permanentemente, opinavam, discutiam e participavam das assembleias paroquiais e diocesana. Será que essa referência de participação poderia ser transferida para o Hospital? A preocupação dos médicos, em primeiro lugar, era com as ações básicas de saúde. Apesar de constantes reuniões nas Comunidades Eclesiais de Base, participação nas assembleias da Diocese, treinamento de parteiras e agentes de saúde para prestação de primeiros socorros, deu-se o impasse entre a referência de participação da população que se organizava e o conceito de participação da direção do Hospital. Dessa contradição e das experiências que brotavam definiram-se, naquele momento, duas estratégias: o apoio à organização da Oposição Sindical dos Trabalhadores rurais de Ceres e a articulação da pastoral de saúde da Diocese de Goiás. A partir desse momento, o trabalho ganhou o espaço regional e organizou-se o Movimento Popular de Saúde.

A luta pela saúde, portanto, ao mesmo tempo em que nasce institucionalizada toma um caráter informal, constituindo-se em espaço de participação popular e espaço de apoio à participação popular no movimento sindical no campo. Nesse sentido, o MOPS-VSP, ao mesmo tempo em que atua no campo de conflitos da luta pela qualidade de vida, atua também junto ao campesinato, na luta pelas demandas agrárias. Esta articulação será o eixo fundamental do MOPS-VSP. A vinculação com a luta pela terra, com as formas de atividades que os meeiros, parceiros, arrendatários, trabalhadores rurais assalariados e pequenos proprietários desenvolviam, para garantir a sua sobrevivência e de sua família, determinaram o conteúdo da prática curativa, preventiva e sócio-educativa, desenvolvida pelo MOPS-VSP e “como” eram desenvolvidas. Essa

⁵⁸ O Hospital São Pio Xº possuía, em 1975, uma capacidade instalada de 90 leitos.

característica foi acentuada a partir do momento em que o Sindicato dos Trabalhadores Rurais passou a gerir o seu próprio serviço de saúde.

Assim, ao mesmo tempo em que o trabalho de saúde desenvolvido pelo Hospital São Pio X^o dava seus primeiros passos para vincular a sua prática às lutas das classes subalternas, na cidade de Itapuranga, a 60 km de Ceres, e inserida na Diocese de Goiás, os trabalhadores rurais se organizavam, através do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, e reivindicavam, junto ao Ministério do Trabalho e Previdência Social⁵⁹, a construção de uma unidade hospitalar para atendimento dos trabalhadores rurais. A construção de unidades hospitalares, vinculadas a sindicatos dos trabalhadores rurais no período de 73 a 76, era parte da política governamental de ampliação da assistência como mecanismo de controle das tensões sociais.

Na década 60, houve a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais através do Estatuto do Trabalhador Rural, mas essa medida não foi efetivada, apesar da pressão em consequência da emergência do movimento dos trabalhadores rurais⁶⁰. Com o Estado autoritário são implementadas mudanças nas políticas sociais, entre estas, a política social previdenciária para atenuar os conflitos sociais e manter o controle social. A previdência social é reformada tendo em vista objetivos políticos e objetivos econômicos. Os interesses econômicos se concretizaram quando, por meio do Decreto-Lei n^o 72, de 21/11/1966, foi implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para racionalizar a administração e centralizar o regime previdenciário. Com o INPS excluiu-se a participação representativa no interior institucional de empregados e empregadores, mas, sobretudo, criaram-se as bases para a expansão do setor privado na

⁵⁹ Em 1950 foi implantado o "plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Mediante este plano institucionalizaram-se campanhas contra: malária, tuberculose, peste, lepra, febre amarela, câncer e outras moléstias(...) Em 1960 [houve] nova tentativa de racionalização da previdência. A Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS) objetivava uniformizar as contribuições e prestações dos diferentes institutos e conceber igual importância aos benefícios e serviços. Continuaram excluídos do sistema previdenciário: trabalhadores domésticos, rurais e autônomos sem representatividade na política nacional (Cartaxo, 1992:58).

⁶⁰ Nesse ano, foi aprovado "o Estatuto do Trabalhador Rural e criou-se o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural), limitado à assistência médica e social" (Cartaxo, 1992:63).

área de saúde⁶¹. A previdência continuava a financiar a assistência médica privada, através do INPS, ampliando o credenciamento e contratações de serviços prestados por médicos e hospitais. Com o aumento da demanda e o questionamento do modelo privatista que, até então, vinha-se desenvolvendo, o governo buscou saída na ampliação do “*setor conveniado com sindicatos, universidades, prefeituras, governos estaduais e outras entidades*”(Cartaxo, 1992:73).

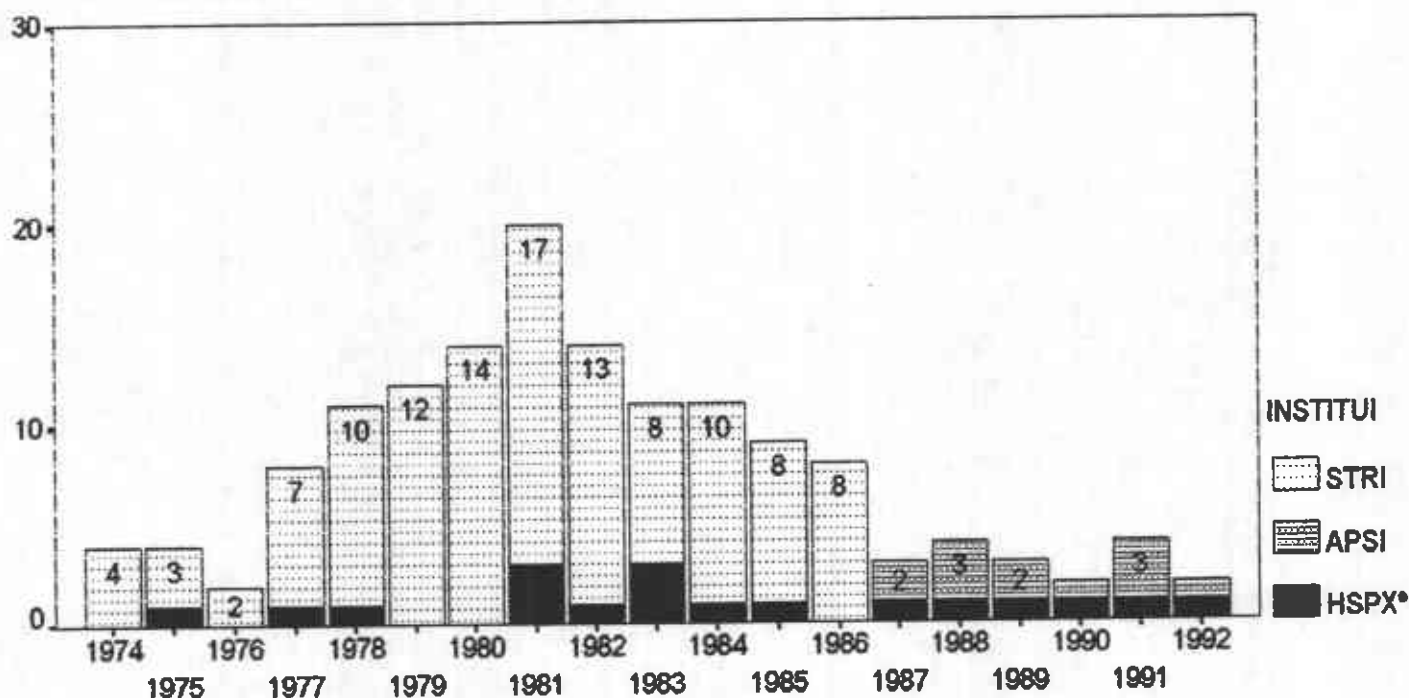
Nesse contexto, a Unidade Hospitalar de Itapuranga foi construída. A construção desse hospital havia sido objeto de discussões nas assembléias do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga (STRI) desde 1974. A liberação de verbas do Funrural para a construção do Hospital estava condicionada à aquisição do terreno. Os trabalhadores filiados ao Sindicato se cotizaram e adquiriram o terreno. Em 1977, o hospital foi inaugurado. Para a prestação do atendimento, o STRI assinou convênio com o Funrural. Nesse mesmo período, a oposição sindical, que vinha se organizando, venceu a eleição e assumiu a administração da Unidade Hospitalar.

A oposição sindical foi formada a partir do incentivo e do apoio da igreja local. As lideranças que assumiram o sindicato haviam participado e ainda participavam das Comunidades Eclesiais de Base; utilizando-se dessa experiência, a diretoria do sindicato buscava representatividade em toda a extensão territorial do sindicato. Essa influência deu a tonalidade da participação nas assembléias do Sindicato. No ano de 1974, o STRI realizou quatro (4) assembléias; em 1975 foram realizadas três (3) assembléias; em 1976 realizaram-se duas (2) assembléias; em 1977, quando a oposição assumiu o sindicato, foram realizadas sete (7). A participação crescente dos trabalhadores rurais no sindicato, e, por conseguinte, na gestão do hospital, foi o contraponto do tipo de participação popular que ocorria no Hospital São Pio Xº em Ceres (Ver gráfico 1).

⁶¹ Essa expansão ocorreu principalmente através de: “compra de serviços de terceiros (articulação entre burocratas estatais e segmentos capitalistas, sem interferência dos trabalhadores). Esta contratação se dava em prejuízo dos serviços próprios da previdência;...[e] privilegiamento da assistência médica individual e curativa em detrimento de medidas de saúde coletiva - decréscimo do orçamento do Ministério da Saúde” (Cartaxo, *ibidem*). Em 1968, foi estruturado o Plano Nacional de Saúde, estabelecendo que as atividades médicas deveriam ser de natureza privada; em 1971 foi instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural) gerido pelo Funrural.

Gráfico 1

ASSEMBLEIAS REALIZADAS



Período = 1974 a 1992

A diversidade e a heterogeneidade, características dos movimentos sociais, instauram-se no MOPS-VSP dentro dos espaços que viabilizavam práticas de saúde que objetivavam um mesmo fim. Tanto o Hospital São Pio X^o, quanto a Unidade Hospitalar, administrada pelo STRI, buscavam o desenvolvimento de práticas comprometidas com as classes subalternas, capazes de transformar as condições de vida da população. Esse fato demonstra que, para a atividade humana, criativa e auto-criativa, que cria e transforma o homem e sua história, não existem estruturas rígidas e permanentes. O que diferenciou as duas propostas foi a estrutura participativa de organização e mobilização popular nas esferas de decisão.

No Hospital São Pio X^o, a participação ocorria através de encontros, reuniões nas comunidades⁶², cursos de formação e por um breve período, através do

⁶² Inicialmente, para discutir as questões vinculadas à saúde, os profissionais se reuniam com a população em seus locais de moradia. Havia sempre um animador local, que se responsabilizava pela mobilização. O local podia ser em uma capela, mas geralmente era debaixo de uma árvore da residência

conselho de representantes. Porém, a população usuária não participava do planejamento das atividades, da delimitação das prioridades em relação ao trabalho e da avaliação do mesmo, isto é, não participavam das esferas de decisão sobre as atividades desenvolvidas e sobre a administração de recursos. Nas assembléias que decidiam a respeito da composição das diretorias de superintendência, diretoria clínica e diretoria administrativa⁶³, participava somente o corpo técnico: médicos, enfermeiras, educadores sanitários, assistentes sociais, e, posteriormente, psicólogos. A decisão sobre o desenvolvimento do trabalho, prioridades, execução e avaliação ficava sob a responsabilidade da equipe técnica⁶⁴.

Entre 1974 a 1992, das dezoito (18) assembléias⁶⁵ realizadas no Hospital São Pio Xº, dez (10) foram para nomeação de diretoria, cinco (5) para eleição de diretoria, uma (1) para programação de atividades e duas (2) para se discutirem outras questões⁶⁶. Dessas assembléias, dezessete (17) contaram com a participação de menos de 15 pessoas, confirmando que a responsabilidade de decisão sobre o trabalho desenvolvido pelo Hospital São Pio Xº estava a cargo de uma equipe técnica, que se revezava nas tarefas administrativas (Ver gráfico 2).

de algum lavrador; participavam homens, mulheres, crianças. Eram abordados assuntos como: vacinação, direitos à saúde, doença de chagas, terra e saúde, plantas medicinais, hipertensão, etc.

⁶³ Pelo Estatuto do Hospital São Pio Xº, o cargo de Diretor Presidente e Diretor Vice-Presidente são exercidos pelo Bispo da Diocese de Goiás e pároco local, respectivamente.

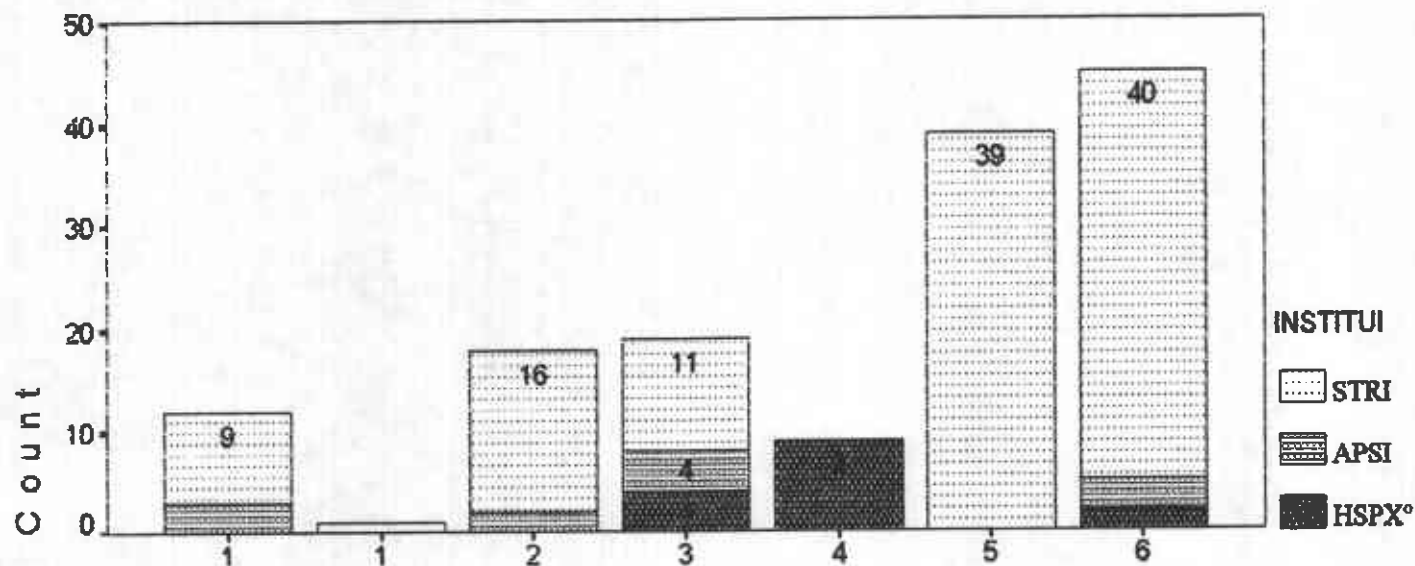
⁶⁴ Obviamente, essa própria estrutura já diferencia esse hospital dos hospitais convencionais, privados ou públicos.

⁶⁵ As assembléias eram convocadas para discutirem um ou mais pontos de pauta. Quando se discutia mais que um ponto de pauta havia um que ocupava maior espaço de tempo das assembléias. Para efeito de quantificação, em assembléias com mais de um ponto de pauta considerou-se como pauta central aquela que ocupou o maior espaço de tempo nas assembléias.

⁶⁶ Em assembléia realizada em 13 de dezembro de 1991, discutiu-se a crise financeira do hospital, que contou com a participação da equipe técnica e funcionários do Hospital São Pio Xº. Em uma outra assembléia discutiram-se propostas para mudanças no Estatuto da instituição.

Gráfico 2

OBJETIVOS DAS ASSEMBLÉIAS



OBJETIVO

1. programação atividades; 2. prestação contas; 3. eleição diretoria

4. nomeação diretoria; 5. política saúde; 6. outros

Em contrapartida, na Unidade Hospitalar do STRI, a participação popular ocorria através de encontros, reuniões nas comunidades e cursos de formação na área da saúde, mas, sobretudo, nas esferas de decisão. O STRI administrava o Hospital, mas as decisões relacionadas às prioridades do trabalho eram determinadas através de assembleias. Assim, durante o período de 1974 a 1986, período em que o STRI administrou o Hospital, foram realizadas 116 assembleias. Destas assembleias, dez (10) foram convocadas para discutir a programação de atividades, dezesseis (16) para a prestação de contas, onze (11) para discutir e realizar eleições de diretoria, trinta e nove (39) para debater e discutir questões relacionadas à Unidade Hospitalar e à política de saúde, e quarenta (40) para discutir outras questões. Em relação ao número de participantes, constatou-se que em 57,8% das assembleias, isto é, em 67 assembleias, houve a participação de mais de 101 pessoas, em 21 assembleias contou-se com a participação de 76 a 100 pessoas, expressando a força da mobilização do STRI (Ver gráfico 2).

Esta estrutura participativa nas esferas de decisão não se rompeu quando o Sindicato dos Trabalhadores Rurais deixou de administrar o Hospital. Para garantir a continuidade do trabalho dentro da mesma perspectiva popular, por iniciativa dos trabalhadores do campo e da cidade, organizou-se a Associação Popular de Saúde de Itapuranga. Diminuiu-se consideravelmente o número de assembléias. Com o acúmulo de experiências vivenciados durante o período em que a Unidade Hospital era administrada pelo Sindicato, a participação e representatividade deixa de privilegiar o *locus* das assembléias. Entre 1987 a 1992, na APSI foram realizadas 12 assembléias, que tiveram por objetivos programação de atividades (3), prestação de contas (2), eleição de diretoria (4) e outros (3)⁶⁷. Em relação ao número de participantes, constatou-se que em cinco (5) assembléias houve a participação de mais de 101 pessoas, em uma (1) assembléia contou-se com a participação de 61 a 75 pessoas; em quatro (4) assembléias o número de participantes ficou entre 46 a 60 pessoas; em uma(1) assembléia participaram de 31 a 45 pessoas, e em outra (1) assembléia houve a participação de 16 a 30 pessoas⁶⁸ (ver tabela 1).

Tabela 1 - Participação nas Assembléias por Instituições pesquisas e número de participantes.

| | H.S.P.X° | A.P.S.I. | S.T.R.I. |
|---------------------------|----------|----------|----------|
| menos de 15 participantes | 17 | - | - |
| de 16 a 30 participantes | - | 01 | 03 |
| de 31 a 45 participantes | - | 01 | 05 |
| de 46 a 60 participantes | 01 | 04 | 08 |
| de 61 a 75 participantes | - | 01 | 12 |
| de 76 a 100 participantes | - | - | 21 |
| mais de 100 participantes | - | 05 | 67 |
| TOTAL | 18 | 12 | 116 |

Fonte: Atas das Assembléias do Hospital São Pio X° (H.S.P.X°), da Associação Popular de Saúde de Itapuranga e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga.

⁶⁷ Entre essas assembléias consta: avaliação do trabalho, alteração de Estatuto e convênio com o SUS.

⁶⁸ Em relação à média de assembléias realizadas se registrou: Hospital São Pio X° realizou em média 0,94 assembléia/ano; o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga realizou 8,92 assembléias/ano e a Associação Popular de Saúde de Itapuranga obteve uma média de 2 assembléias/ano.

Para aferir o significado desses dados, faz-se necessário analisar em qual contexto se desenvolvem. Em 1974, quando se concretiza a reivindicação das Comunidades Eclesiais de Base, para que se efetuassem mudanças no atendimento médico-hospitalar, havia no seio da sociedade brasileira um estado de tensão generalizado. De um lado, havia o regime militar, que patrocinava a abertura do mercado interno para o capital internacional, escamoteava os índices inflacionários e cerceava as liberdades políticas e civis. De outro lado, havia os segmentos da sociedade civil que, mesmo enfrentando perseguições e atos arbitrários por parte do governo militar, prosseguia se organizando.

“A maior parte dos movimentos populares atuais foi organizada de forma defensiva. Depois de destruídos ou subordinados, os movimentos existentes antes de 1964, houve uma extrema vigilância do governo para evitar o surgimento de novas organizações populares. Contra as lideranças, novas ou antigas, acionou-se, inúmeras vezes, a Lei de Segurança Nacional, além da brutal repressão extra-legal dos órgãos de segurança, que chegava facilmente às torturas e aos assassinatos. A ação repressiva tinha duplo papel: de um lado, disseminava o terror, através de castigos exemplares aos opositores do regime; de outro, dificultava a articulação entre pessoas e grupos interessados nas lutas populares”(Brant, 1980:13).

Os Movimentos Sociais emergiram nesse cenário, resistindo às relações econômicas de privilegiamento ao capital nacional e internacional, resistindo às arbitrariedades de um governo totalitário e resistindo às condições sociais de profundas desigualdades sociais. As contradições sócio-econômico e políticas haviam se acentuado. Entre 1950 a 1980, a economia brasileira lograva *“multiplicar por dez o valor de seu produto real e por quatro o de sua renda per capita, associando a essa expansão quantitativa profundas mudanças estruturais”*(Oliveira, 1993:9). Impulsionada pelo Estado, a taxa média de crescimento⁶⁹, nesse período, foi na ordem de 7,4% ao ano.

⁶⁹ “A indústria elevou sua participação no Produto Interno Bruto de 24,1%, em 1950, para 40,6%, em 1980, enquanto a da agropecuária declinou de 24,3% para 10,2%”(Oliveira, 1993:9).

Contudo, enquanto a economia brasileira crescia, as desigualdades sociais se aprofundavam:

“Combinando uma rígida política de contenção dos salários e, em especial, dos salários de base a um elevado grau de cerceamento dos direitos e liberdades sindicais, no plano econômico, a ação governamental posta em prática, a partir de 64, revelou um caráter altamente regressivo. Este se evidenciou, particularmente, no perfil de renda que experimentou forte concentração: entre 1960 e 1980, enquanto os 50% mais pobres da PEA reduziram sua participação na renda de 17,4% para 12,6%, o 1% mais rico ampliou a sua participação de 11,9% para 16,9%” (Oliveira:1993:10).

Assim, a resistência ao modelo econômico-político e social era a característica central dos movimentos que emergiam. No Vale do São Patrício, o movimento pela saúde se constituiu em práticas sociais de caráter contestatório e de resistência. Sobre a sua inserção nesse contexto econômico e social, os intelectuais orgânicos do Hospital São Pio X^o, através de documentos oficiais, analisaram a sua práxis da seguinte forma:

“Está iniciando uma nova fase desta Instituição, cuja característica principal passa a ser uma assistência voltada para uma resposta eficiente às políticas de saúde. Políticas estas que incorporam um discurso de universalização, cobertura, atenção primária, hierarquização e regionalização da saúde. O processo se faz no todo, buscando animar a organização social e mobilizar a população. Na prática, o processo se dá através da implantação de um processo de educação em saúde, através dos cuidados primários, conforme Declaração de Ama-Ata: participando do movimento de saúde do qual resultou a pesquisa Meio-Grito e Cartilha Lamparina; apoiando Entidades de Classe, como aos Sindicatos de Trabalhadores Rurais, que são “tomados” por lavradores comprometidos com a luta pela terra” (Rodvalho,1994:1-2).

Contudo, esse período de estruturação, de resistência política-econômica e social foi permeado por agudas contradições, que definiram os limites e as possibilidades do movimento de saúde na região. Primeiro, deve-se levar em conta que a relação que o Hospital São Pio Xº e a Unidade Hospitalar do STRI estabeleciam com o Estado era profundamente ambigua e conflitante. Os discursos dos Movimentos Sociais, nesse período, eram norteados pelo caráter antiestado: *“O Estado é visto a partir de uma matriz essencialista, inimigo autoritário contra o qual se mobiliza a Sociedade Civil”* (Jacobi, 1987:11).

Para o HSPX e STRI houve um impasse. Todo o financiamento provinha do Estado, através da contratação de serviços. Ao mesmo tempo em que o Estado era o inimigo que “servia ao capital e tolhia as liberdades políticas e civis”, era também o parceiro, agente financiador. A verba era pública, mas a mediação era feita pelo Estado a ser combatido.

Entre 1974 a 1979, o Hospital São Pio Xº tinha basicamente três convênios que garantiam a prestação de serviços: o convênio com o Funrural, para atendimento dos trabalhadores rurais; o convênio com INAMPS, para atendimento de trabalhadores urbanos, e o convênio LBA, para programas de vacinação. A Unidade Hospitalar do STRI mantinha convênio com o Funrural e com a Secretaria Estadual de Saúde para programas de vacinação. Destes convênios era proveniente toda a receita dessas instituições. Mas o fato complicador da situação era que os convênios determinavam o tipo de prestação de serviço a ser executado e como deveria ser feito. Portanto, ao contratar os serviços o Estado mantinha, aparentemente, o controle da situação, através da centralização dos recursos.

Se, por um lado, o HSPX e o STRI atendiam parte das demandas populares em relação ao acesso aos serviços de saúde, através da implementação de ações curativas e preventivas, em contrapartida desenvolviam práticas sócio-educativas, buscando a participação popular nesta área, refletindo criticamente a realidade social, a forma como se instalam as doenças, o Sistema Nacional de Saúde e os direitos dos

trabalhadores. Da pulverização dessas ações na região surgiu a necessidade de criar uma instância que articulasse as experiências que se desenvolviam. Nasce, assim, a pastoral da saúde, vinculada à Diocese de Goiás⁷⁰. Dos encontros realizados por essa pastoral estrutura-se, como metodologia de trabalho para conhecer as condições de saúde da população da região, uma pesquisa participante, que ficou nacionalmente conhecida como “Meio-Grito”:

“...num encontro de três dias, se analisou o discurso da Declaração Universal dos Direitos do Homem, no que diz respeito à saúde. E os grupos, então, debatendo em cima disso, perceberam que aquilo não era uma verdade, que seria muito bom se aquilo acontecesse, mas não correspondia à prática que eles próprios viviam(...). Então, se levantou a questão: por que nós não escrevemos nossa Declaração? A nossa declaração dos nossos direitos. Como é que nós compreendemos esse direito à saúde?(...). Então o pessoal passou a solicitar alguma coisa na mão com que eles pudessem reforçar o seu conhecimento e, com o conhecimento desse direito, poder exigir(...). Ai os grupos que estavam representados no encontro começaram a debater quais eram os pontos obscuros que impediam uma caminhada nesse sentido. Levantados os pontos obscuros, eles foram organizados por tópicos, passando a constituir um questionário que, ao mesmo tempo que era um questionário de pesquisa, era um roteiro de abordagem de novos grupos. Só neste momento é que todos nós nos demos conta de que começava a nascer uma pesquisa, uma pesquisa participante, uma pesquisa popular”⁷¹.

A luta pela saúde, ao se constituir em instrumento de resistência a um regime político autoritário, havia se transformado também em resistência a uma política de assistência de saúde concebida a partir da doença, e não da saúde, por isso mesmo

⁷⁰ Para coordenar esta pastoral foi liberado um médico do HSPX, que ficou à disposição da Diocese.

⁷¹ MICHALIZEN, Paulo Roberto. “Gente Simples é Outra Coisa: O Meio Grito” *Jornal Opção*, 7 setembro 1980. Entrevista.

voltada ao atendimento curativo⁷². Por sua vez, ao se constituir nesse instrumento questionador da relação saúde/doença, torna-se também instrumento de resistência pela vida. Nesse caso específico do Vale do São Patrício, a vida é a terra, porque a terra é o principal instrumento de trabalho. A pesquisa “Meio Grito” contribuiu para a decodificação das causas da doença e dessa relação:

“Para eles [o povo], as causas que provocam as doenças são de vários tipos. No entanto, todas elas estão encadeadas, provocam-se umas às outras e fazem parte de uma mesma lógica. É possível reuni-las, então, em quatro grupos. Primeiro, causas ligadas às condições naturais de vida e suas variações. Por exemplo: clima, água, qualidade de terra, etc.(...). No segundo grupo, estão as causas ligadas às condições sociais de vida: moradia, higiene, vestuário e, principalmente, alimentação(...). A terceira causa é aquela ligada às condições sociais de vida diretamente associadas aos serviços e recursos de cura: o atendimento médico, o acesso aos medicamentos, etc. E, finalmente, o quarto grupo, as causas ligadas a determinantes estruturais de produção de bens materiais: comida, mercadoria, dinheiro e, por consequência, as condições atuais do trabalho e do proveito dos produtos do trabalho”⁷³.

O caráter de resistência, portanto, se fez na medida em que contribuiu para colocar a doença no patamar das relações sociais, vinculado-a às estruturas socio-política-econômico-cultural da sociedade capitalista. Implementaram uma nova abordagem ao tratamento da doença, privilegiando o sujeito e seu ambiente, com proposta de atendimento universal e igualitário, independente da classe social. Ampliaram a concepção de tratamento da saúde, privilegiando as ações preventivas e sócio-educativas para discutir as doenças e medidas preventivas, e optaram pelo apoio aos movimentos sociais populares da região na luta pelo acesso e fixação do homem à terra e pela democratização da sociedade.

⁷² Questionou-se, inclusive, a assistência curativa. Para humanizar o atendimento adotou-se, entre outras rotinas, o alojamento conjunto para mãe e recém-nascido, acompanhamento dos pais nas internações das crianças e prioridade para o parto natural.

⁷³ MICHALIZEN, Paulo Roberto. “Gente Simples é Outra Coisa: O Meio Grito” *Jornal Opção*, 7 setembro 1980. Entrevista.

3.2. SAÚDE COMO ARTICULAÇÃO DAS LUTAS POPULARES

Uma das mediações que possibilitaram a emergência do Movimento Popular de Saúde do Vale do São Patrício relaciona-se à busca ao acesso à saúde ter-se tornado reivindicação de segmentos das classes subalternas nessa região. Eram segmentos que se organizavam nas Comunidades Eclesiais de Base e no Movimento Sindical no meio rural. As reivindicações ao acesso aos serviços de saúde foram de encontro com o posicionamento político de intelectuais, que compreendiam a prática de saúde contextualizada no conjunto das práticas sociais que movimentava a sociedade. Nesse sentido, as práticas de saúde, que objetivavam a transformação social, encontravam nos movimentos sociais da região seus interlocutores privilegiados, no sentido de reforçar e apoiar iniciativas que procuravam a emancipação e a conquista dos direitos sociais.

A luta pela saúde na região era uma demanda dos movimentos populares desde a organização das primeiras Ligas Camponesas no município de Ceres. Nasce, portanto, da necessidade da população dessa região. À medida em que se estrutura, através do MOPS-VSP, articula-se com os movimentos populares. A luta pela saúde foi fortalecida pelos movimentos populares da região, ao mesmo tempo em que os fortalecia, principalmente, a organização sindical dos trabalhadores rurais. Mas essa não era uma tendência somente do Vale do São Patrício. Desde o final da década de 60, o movimento sindical no campo expandia-se. Em 1975, a Igreja Católica havia criado a Comissão Pastoral da Terra⁷⁴, com o objetivo de *“apoiar os camponeses em suas lutas, estimulando sua organização para que pudessem ser os sujeitos da conquista de seus direitos, alcançando o que seria sua condição básica: a terra, por meio da reforma agrária”* (Polleto, 1985: 39). As lutas sociais se multiplicavam no campo: *“Já havia, em 1977, 2266 sindicatos de trabalhadores rurais organizados em todas as regiões do*

⁷⁴ “A Pastoral da Terra, com tudo o que ela significaria para os camponeses e para as Igrejas Cristãs, nasceu das Igrejas da Amazônia e do Centro Oeste” (Polleto, 1985:39).

Pais" (Santos, 1989:80). Em 1979 foi realizado, em Brasília, o III Congresso Nacional dos Trabalhadores Rurais, que discutiu, entre outros temas: reforma agrária, sindicalismo, legislação trabalhista, política agrícola e previdência social⁷⁵. Para as forças comprometidas com os interesses das classes subalternas no campo, nesse momento o que estava em questão, em termos do movimento sindical, era "*readquirir o controle dos sindicatos sob intervenção, organizar outros e organizar a base*" (Cartaxo, 1992:75).

É possível dimensionar essa conjuntura através dos Movimentos Sociais no Vale do São Patrício, tendo como referência a luta pela saúde. No município de Ceres, através do apoio da Igreja local e do HSPX, os trabalhadores organizaram a oposição sindical que, em 1977, estruturou uma chapa e venceu as eleições sindicais. Nesse mesmo ano, a oposição sindical venceu as eleições em Itapuranga. Em 1981 foi a vez da oposição vencer as eleições em Carmo do Rio Verde; em 1984, a oposição venceu as eleições na cidade de Uruana; em 1985, na cidade de Itaguaru⁷⁶. Os dados coletados nas atas das assembleias do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga permitiram avaliar os desafios da luta cotidiana dos trabalhadores rurais pelo direito à permanência na terra e à saúde.

Em Itapuranga, no mesmo ano em que a oposição sindical assume o Sindicato, foi inaugurada a Unidade Hospitalar. O que possibilitou o funcionamento deste hospital foi o convênio firmado com o Ministério da Saúde e Previdência Social para atendimento dos trabalhadores rurais. Com capacidade instalada de 36 leitos, em 1978, a Unidade Hospitalar atendeu 8.772 trabalhadores no serviço ambulatorial, 2.053 pacientes no pronto socorro, realizou 1.764 internações, entre as quais, 204 partos e 120 cirurgias. Em 1983, atendeu 8.988 consultas ambulatoriais, 28.020 pacientes no pronto socorro, realizou 3.300 internações, entre elas, 432 partos e 264 cirurgias⁷⁷. Enquanto o atendimento crescia, a verba, que era fixa, por efeito do processo inflacionário diminuía.

⁷⁵ Ver: Santos (1989: 80).

⁷⁶ O apoio do HSPX° se concretizava através de assessoria, apoio aos cursos de formação, atendimento médico-hospitalar, visitas e reuniões nas comunidades rurais. Essa relação com o movimento sindical foi constante e permanente até 1987.

⁷⁷ Fonte: Dossiê do Hospital Santa Casa do Povo.

Em 1979, a receita proveniente do Funrural foi de US\$47.565 dólares; em 1983 correspondeu a US\$ 45.603 dólares⁷⁸.

Todas as questões políticas e administrativas relacionadas ao hospital eram tratadas em assembleias, que decidiam o que fazer e como enfrentar as adversidades colocadas pelas relações capitalistas. Com a administração de um sindicalismo comprometido com as bases, o número de assembleias triplicaram. Em 1976 foram realizadas duas (2) assembleias; em 1977, oito (8) assembleias; em 1978 realizaram-se onze (11) assembleias; em 1979, doze (12) assembleias; em 1980, quatorze (14) assembleias; em 1981, vinte (20) assembleias; em 1982, quatorze (14) assembleias. A partir de então, por resolução da própria assembleia, estabeleceu-se que se realizaria uma (1) assembleia mensal. Em 1983 realizaram-se doze (12) assembleias; em 1984, onze (11) assembleias; em 1985, nove (9) assembleias e, em 1986, oito (8) assembleias. Dessas 116 assembleias, 39 tiveram como ponto de pauta principal a discussão de questões relacionadas à política de saúde, e quarenta (40) a discussão de temas diversos⁷⁹. (Ver gráfico 1).

O conteúdo dessas assembleias indicam os conflitos e grau de organização dos trabalhadores rurais, meeiros, parceiros e pequenos proprietários nessa região. Por Itapuranga, em uma escala maior de mobilização, percebe-se a prática dos sindicatos no Vale do São Patrício, que tem em seu passado recente as experiências organizativas das

⁷⁸ A receita total de 1979 foi de US\$ 74.157 dólares e em 1983 de US\$ 63.502 dólares. A diferença entre a receita total e receita proveniente do Funrural corresponde à mensalidade sindical dos associados. (Fonte: Balanços Financeiros do SRTI).

⁷⁹ Foram agrupadas em outras assembleias convocadas para: Inauguração do Sindicato (1); eliminação de associado (1); entrega de carteiras para novos sócios (7); estudo sobre cooperativa e cooperação (1); comemoração 7 de setembro e problemas agrários (1); comunicação III Congresso Trabalhadores Rurais (1); estudo sobre movimento sindical e sindicalismo de base (1); preços de produtos (1); problemas com a usina de álcool no município (2); Estatuto da Terra (2); semana sindical (2); comemoração do dia do trabalhador rural (1); dificuldade com posseiros no município e questão agrária (1); greve e convenção dos canavieiros (2); comemoração posseiros fazenda Maria Alves (1); ameaça à diretores da entidade (2); semana sindical (1); Previdência Social Rural (1); julgamento dos agressores da direção do STRI (1); 1º de maio (1); posse de diretoria (1); análise de conjuntura: realidade no campo (1); compra de adubos (2); questão agrária (2); delegados ao CONCLAT (1); filiação à CUT (1); preparação para o Congresso da CUT (1); situação posseiros Fazenda Estiva (1); Assassinato Nativo da Natividade (1). (Fonte: Atas das Assembleias do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga, 1974-1992).

Ligas Camponesas. Os sindicatos desta região estiveram presentes na I Conferência Nacional das Classes Trabalhadores (I CONCLAT), realizado em 1981, em Praia Grande⁸⁰; eles participaram da fundação da Central Única dos Trabalhadores, articularam as primeiras ocupações de terra na região, organizaram associações de pequenos produtores e cooperativas para compra e venda de produtos; construíram a CUT-Estadual⁸¹, sofreram ameaças, viram lideranças da região serem assassinadas⁸² e organizaram greves de canavieiros em Itapuranga e Rubiatada. O Movimento Popular de Saúde encontrava-se diretamente vinculado a essas lutas, e articulou-se, através dos profissionais da área de saúde que trabalharam no Hospital São Pio Xº, com a luta pela saúde indígena, treinando agentes, visitando áreas, contribuindo para valorizar sua medicina antiga.

Assim, a busca da transformação das estruturas da sociedade não era algo distante. Estava sendo construída através do fortalecendo a Sociedade Civil, através da articulação das forças comprometidas com as classes subalternas. Porém, no conjunto das relações das forças que operam na sociedade, o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício é um movimento “ocasional”⁸³ que tomou sentido a partir de sua vinculação com os movimentos populares, que lutavam pelas demandas agrárias na região. A luta pela saúde inseria-se nesse contexto, e sua compreensão perpassa a análise das forças que compõem o conjunto da sociedade. Nessa correlação de forças, os movimentos sociais encontram obstáculos para desenvolverem-se: *“a fragmentação das classes subalternas pela classe dirigente que detém o poder do Estado acaba por impossibilitar a emergência de movimentos sociais com unidade e, portanto, com maior possibilidade de transformação social”* (Resende, 1988:12).

⁸⁰ Ver: COSTA, Sílvio. *Tendências e Centrais Sindicais. O Movimento Sindical Brasileiro de 1978 a 1994*. São Paulo, Editora Anita Garibaldi; Goiânia: Editora da Universidade Católica de Goiás, 1995.

⁸¹ O atual presidente da CUT Estadual, Otacilio Alves Teixeira, é um pequeno proprietário que foi presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Ceres.

⁸² Trata-se de Nativo da Natividade, Presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Carmo do Rio Verde, assassinado em outubro de 1986, cujo julgamento dos mandantes do crime ocorreu em setembro de 1996, e Sebastião Rosa da Paz, presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Uruaçu.

⁸³ Para Gramsci (1992:45), “no estudo de uma estrutura é necessário distinguir os movimentos orgânicos - relativamente permanentes - dos movimentos que podem ser chamados de conjunturais - que se apresentam como ocasionais, imediatos, quase acidentais. Os fenômenos de conjuntura são, eles também, dependentes dos movimentos orgânicos, mas seu significado não tem grande alcance histórico(...)”.

Em seu percurso, o Movimento Popular de Saúde deparou-se com obstáculos que dificultaram o seu processo organizativo. Com o aprofundamento da crise econômica na década de 80, aprofundou-se a crise social. O Hospital São Pio X^o buscou uma saída mais passiva para a crise no sistema de saúde que se instalou desde o início da década de 80. A equipe mudou e o hospital “adequou-se” à lógica do sistema de saúde estabelecido pela política governamental. Mas o mesmo não ocorreu com a experiência de Itapuranga. Até 1986, a situação financeira da Unidade Hospitalar do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga foi-se agravando na medida em que o Governo diminuía as verbas destinadas ao Funrural e iniciava a implantação de reformas no sistema de saúde. O que deveria melhorar a condição de atendimento para os trabalhadores rurais, a proposta de atendimento universal para trabalhadores urbanos e rurais, tornou-se um complicador em termos de referência para a população rural. Com o fim do Funrural, o STRI viu-se impedido de assinar convênio com as Ações Integradas de Saúde (AIS). O impedimento legal era dado pelo fato de o Sindicato não possuir o título de filantropia. Até chegar a esse momento, os trabalhadores rurais, meeiros, parceiros, arrendatários e pequenos proprietários já haviam organizado caravana ao INAMPS, em Goiânia, para reivindicar a assinatura do convênio com as AIS, onde permaneceram acampados por cinco dias. Posteriormente, ainda no ano de 1986, fizeram nova manifestação na porta do INAMPS. Depois de 15 dias acampados, a Superintendência reverteu o problema para a esfera municipal, alegando que o impedimento para a assinatura do convênio era local. Realizou-se um Seminário Municipal de Saúde, que contou com a participação de mais de 600 trabalhadores e com autoridades do estado e do município⁸⁴. Sem solução, o STRI resolveu fechar o Hospital. A população mobilizou-se para encontrar alternativas, e fundaram a Associação Popular de Saúde de Itapuranga, entidade privada, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico. Essa entidade assumiu a administração da Unidade Hospitalar, denominada posteriormente de Hospital Santa Casa do Povo.

⁸⁴ Nesse seminário chega-se a firmar um termo de adesão às AIS para o Hospital do Sindicato e para o Hospital Municipal recém inaugurado.

O acirramento entre poder local, representado na autoridade do prefeito municipal e o movimento pela saúde se aprofunda. Mesmo cumprindo todas as exigências burocráticas, a Associação não consegue a assinatura do convênio. Com a política de descentralização de saúde, o INAMPS joga a responsabilidade na Comissão Municipal de Saúde, e esta alega que a questão diz respeito ao INAMPS. Em outubro de 1987, a população resolve cobrar uma solução do poder local. Não encontrando as autoridades, permaneceram acampadas na porta da prefeitura por 15 dias consecutivos (Dossiê Hospital Santa Casa Do Povo, 1988).

Para melhor compreender essa seqüência de acontecimentos e a luta pela saúde no Vale do São Patrício, convém, mais uma vez, olhar para a conjuntura em que se desenvolvem. Em preparação à 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizou-se em Goiânia, de 7 a 8 de março de 1986, a 1ª Conferência Estadual de Saúde. Analisando a tendência e a perspectiva do setor da saúde, o representante da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva afirma que a herança do período autoritário, da ditadura militar, era uma profunda crise econômica e política, e que o quadro sanitário do país havia piorado: 40% da população estava vivendo com algum quadro de desnutrição, constatou-se o abandono das populações rurais, maior nível de poluição ambiental, de acidentes de trabalho, de doenças mentais e de toda ordem de problema que, a cada ano, somavam-se com os novos. Outra herança do Sistema Nacional de Saúde era a organização dos serviços de saúde, que se *“baseou fundamentalmente na idéia do lucro, na idéia de organizar serviços de saúde como alternativa comercial”* (Buss, 1986: 32). Desse contexto, na década de 70, emerge um conjunto de propostas que objetivavam a racionalização da organização do serviço de saúde no Brasil, tendo como eixo principal a descentralização, a universalização e a participação da população. O primeiro passo para constituir esse sistema foi a implementação das Ações Integradas de Saúde, que deveriam unificar o sistema público federal, estadual e municipal, e instituir instâncias deliberativas e executivas, com a participação de representantes da população organizada na Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), na Comissão Local Interinstitucional Municipal de Saúde (CLIS), na Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), na Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) e na

Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN). A proposta previa, assim, a participação popular no planejamento, gestão e controle dos serviços e benefícios.

Há, contudo, um grande paradoxo entre o que ocorreu de fato no município de Itapuranga e o que foi proposto e implantado como política de saúde no Brasil. A questão é que o fato não se encerra na própria saúde. Ao mesmo tempo em que a saúde se constitui em instrumento de emancipação do homem, pode ser utilizada como instrumento clientelista, fator de dominação na relação que se estabelece entre hospital/paciente e médico/paciente, lembrando em muito a política coronelística⁸⁵. Em nossa sociedade, a doença tem servido como instrumento de perpetuação da dominação.

Existiam, em Itapuranga, as condições objetivas para a implantação de uma política de saúde descentralizada, universalizada e participativa. A população encontrava-se mobilizada para a participação. A experiência vivenciada, através da administração da Unidade Hospital pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga, havia contribuído para despertar a importância da participação na defesa dos direitos sociais, e propunham, em suas reivindicações, a universalização do atendimento, tendo como referência a prática que desenvolviam, que privilegiava as ações básicas e sócio-educativas. Mas foi a proposta, que aparentemente resultaria em solução para a crise do sistema de saúde, que fragmentou ainda mais a organização dos trabalhadores. Sobre a política de descentralização, Jacobi diz:

“Por outro lado, sob a ótica da descentralização administrativa, foram implantadas reformas no plano político-administrativo do Estado. Entretanto, a resistência de setores conservadores do aparelho de Estado e das clivagens locais, em romper com os vícios estruturais existentes, tem dificultado o avanço das propostas. Deve-se destacar que se trata de iniciativas que ocorrem de cima para baixo, a partir de ações pautadas pela

⁸⁵ Campos (1987:40), distingue dois tipos de política coronelística: na primeira, “os recursos e poderes públicos são usados para fins privados; e, através de um partido político dominante, os coronéis defendem, maximizam e preservam seus interesses pessoais e de classe”. Na segunda, “os coronéis empregam meios e recursos privados para expandir e proteger seus próprios interesses, por não haver um sistema partidário coeso”.

lógica da eficiência/modernização no plano administrativo, porém representando poucos avanços no plano político de uma democratização efetiva das relações sociais”(1987:15).

Apesar da luta pelo acesso à terra, da organização de associações para apropriação do resultado do trabalho, as lutas populares se desarticulam no enfrentamento com o capital. Primeiro, na medida em que os movimentos avançam, novos mecanismos de controle são criados. A descentralização significava, nesse caso, manter o movimento sob controle, com rédeas curtas. Segundo, a fragmentação ocorre quando os movimentos se dividem para enfrentar questões específicas. Para lutar pela posse da terra, criou-se o Movimento dos Sem Terra; para lutar pelas condições de trabalho, os sindicatos; para lutar pela comercialização dos produtos, as cooperativas; para acesso a créditos bancários e compra de implementos agrícolas, as associações de pequenos produtores; para aumentar a renda familiar e garantir a sobrevivência, as associações de mulheres e de artesãos; para lutar pelos direitos à saúde, o movimento popular de saúde. Assim como ocorreu com o trabalho, ocorre também a divisão dos movimentos populares.

A fragmentação transparece na ausência de articulação entre as várias experiências que constituíam o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício. Na 1ª Conferência Estadual de Saúde, apesar de toda a trajetória da luta pela saúde na região, a Pastoral da Saúde, o HSPX e do STRI, não se articularam na formulação de uma proposta para a região. O próprio movimento sindical não se articulou para apresentar uma proposta única de saúde para garantir os direitos dos trabalhadores rurais. O movimento dos trabalhadores rurais, através da Federação dos Trabalhadores Rurais do Estado de Goiás, apresentou como proposta para a assistência médico-hospitalar as seguintes reivindicações:

“que os hospitais sejam equipados e estruturados para prestar bom atendimento; que seja feito o imediato credenciamento de hospitais ainda não credenciados, para atendimento aos trabalhadores rurais; que os exames

complementares sejam concedidos aos trabalhadores rurais da mesma maneira pela qual são concebidos aos urbanos; que o trabalhador rural seja atendido na unidade hospitalar mais próxima de sua residência e em qualquer Estado da federação, em qualquer dia da semana, inclusive sábados, domingos e feriados, sem limite do número de atendimento e internamentos; que a alimentação e o transporte do doente, através da ambulância, sejam gratuitos para o trabalhador rural e dependentes” (1987:131).

Por sua vez, a Unidade Hospitalar de Itapuranga, administrada pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga, filiado à Fetaeg, propõe como princípios, para uma verdadeira descentralização dos serviços de saúde, que:

“a saúde é um direito inalienável de todo ser humano, independentemente de classe social, raça, credo religioso ou convicções políticas e, por isso mesmo, é dever do Estado zelar pelo bem-estar de seu povo; apesar do papel intransferível dos serviços médico-hospitalares na elevação dos níveis de saúde da população, a prefeitura municipal deve reconhecer os limites desses serviços e o papel determinante do consumo de alimentos básicos por todo o povo, de habitação salubre, do saneamento básico, do pleno emprego, do salário justo, e trabalho para aqueles que se encontram em condições de trabalhar, como fator preponderante na valorização da pessoa humana; quanto aos serviços médico-hospitalares, deve caber ao poder público municipal a participação conjunta com o Estado e a União na regulamentação da oferta de serviços públicos e privados, objetivando assegurar a toda a população, por igual, fácil acesso aos serviços básicos de saúde e, quando necessários, serviços mais complexos(...); maior responsabilidade de investimentos da prefeitura municipal, na área da assistência médica, numa rede de “postinhos”, espalhados pelo município, vilas e zona rural, aos quais, ao oferecerem

*serviços básicos de boa qualidade, estariam resolvendo mais de 70% dos casos de doença da população*⁸⁶ (...). (1987:215).

As duas propostas demonstram o grau de heterogeneidade dentro do movimento sindical, no que diz respeito à concepção e à estruturação dos serviços de saúde; e como o próprio movimento, não se apropria de suas experiências para a formulação de um projeto para garantir o acesso a saúde dos trabalhadores rurais.

Essa face dual das propostas apresenta-se também dentro do próprio movimento popular de saúde⁸⁷. Mesmo existindo uma articulação entre as experiências da região, esta não se transformou em proposta concreta, de luta conjunta, de definição de estratégias para transpor os obstáculos postos por um sistema de saúde que se definhava. Esse isolamento facilitava a política governamental de privatização da saúde pública.

Portanto, no que diz respeito à articulação do movimento popular de saúde, com os movimentos populares na região, podem-se visualizar dois momentos: O primeiro refere-se ao período em que a saúde se torna um instrumento de reflexão sobre as relações sociais e a doença: *"a doença é um produto da fome (e de seus acompanhantes), que deriva da miséria, que decorre do fato de que o trabalhador oprimido é expulso das condições justas e adequadas de exercer o seu trabalho"* (Brandão, 1981:165). Dessa reflexão nasce a reação, contrapondo-se à estrutura de relações sociais existentes no sistema capitalista. A luta pela saúde torna-se, portanto, a luta pela terra. Assim, a luta pela saúde constituiu-se em instrumento de apoio às lutas populares.

No segundo momento, que ocorre, simultaneamente, ao primeiro e parte de uma mesma totalidade das relações sociais, o Movimento Popular de Saúde depara-se com as

⁸⁶ O Documento do STRI apresenta ainda mais duas propostas de princípio para uma política municipal de saúde: a responsabilidade municipal em relação às AIS em hierarquizar setores e a integração e redefinição dos papéis do município, Estado e União (1987:215).

⁸⁷ A experiência do HSPX foi apresentada por D. Tomás Balduino, que abordou o tema Sociedade Civil e Participação no Setor Saúde.

contradições de um sistema nacional de saúde, que não privilegia a saúde, mas a doença. Para o enfrentamento dessas contradições e face à necessidade de se manter, obedecendo à lógica do atendimento por procedimentos, tendo que se submeter à cotas de atendimento médico-hospitalar pré-estipulados, com baixos valores de remuneração, as instituições se desarticulam entre si e com os demais movimentos da região. Nesse processo, a luta pela saúde se fragmenta, e o sujeito passa a ser abordado a partir da perspectiva da doença, privilegiando a excelência do atendimento.

3.3. SAÚDE COMO DIREITO A SAÚDE

O processo que permeou a luta pela saúde no Vale do São Patrício emergiu buscando alternativas de práticas de saúde que fossem ao encontro das necessidades da população da região. Tais necessidades foram sendo explicitadas a partir das contradições que emergia no próprio processo de implementação das práticas de saúde de cunho sócio-educativo. No entanto, em 1979, houve um momento privilegiado desse processo, que foi o trabalho de reflexão sobre as condições de saúde da população envolvendo grupos populares em toda a região, que ficou conhecido nacionalmente como "O Meio Grito". Essa pesquisa participante tornou-se um instrumento sócio-educativo importante na tomada de consciência sobre as relações sociais fundantes no sistema capitalista e a doença enquanto processo resultante dessas relações a partir de uma abordagem construída pelos grupos populares. Essa pesquisa envolveu 69 grupos, e contou com a participação de 851 pessoas. O processo de levantamento de dados e reflexão indicou que as causas das doenças na região estavam relacionadas às condições sanitárias precárias (20,28%); à alimentação deficiente (30,43%); à falta de atendimento sanitário no lugar (27,53%); à falta de médicos no lugar (8,69%); ao não atendimento aos pobres, pelos médicos locais (10,14%); à falta de medicamento (7,24%); ao fato do povo trabalhar demais e descansar pouco (10,14%); à precariedade das condições de acesso à terra e ao trabalho (34,78%), à falta de organização popular para a saúde (11,59%). (BRANDÃO, 1988:145).

Tão grave quanto a própria doença, era o desconhecimento da população acerca de seus direitos. Dos 69 grupos pesquisados em “O Meio Grito”, 49 não sabiam o que era o Funrural. Dos que conheciam o Funrural, 23,94% não sabiam como lutar pelos seus direitos⁸⁸. Conhecer os direitos à saúde significou, nesse processo, conhecer primeiramente a doença e suas causas. A saúde, nesse sentido, fez-se mediadora para conhecer a própria estrutura das relações sociais que provocam as doenças. Iniciava-se um processo de construção da cidadania em relação ao direito à saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) expressa essa trajetória. Para se discutir a “saúde como um direito, fez-se necessário repensar o próprio sentido de saúde, que ficou assim concebida: *“saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”*⁸⁹. A Constituição de 1988 contemplou o conjunto de conceitos, princípios e diretrizes propostas na 8ª Conferência. Segundo o artigo 196, da Constituição de 1988, *“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”*⁹⁰. Ainda, conforme a Constituição, as diretrizes para a organização e serviços públicos de saúde se fundam na descentralização, com direção única em cada esfera de governo e no atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais e participação da comunidade. Para financiar o Sistema Único de Saúde, a Constituição prevê recursos do orçamento da seguridade social, da união, dos Estados e dos municípios. O Art.199, Parágrafo 1º, prevê que: *“As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes, desde*

⁸⁸ Fonte: Brandão. C.R. (org). O Meio Grito: um estudo sobre as condições, os direitos, o valor e o trabalho popular associados ao problema da saúde em Goiás. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1988, p. 130-198.

⁸⁹ Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

⁹⁰ Constituição da República Federativa do Brasil 1988 - Título VIII, Seção II, art.196.

que, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”.

No entanto, o avanço acerca da concepção de saúde, dos direitos previstos constitucionalmente não se constituiu, na prática, em mudanças na estruturação dos serviços e na ampliação da participação popular, na fiscalização e avaliação do sistema de saúde. Apesar da Constituição prever prioridades para as atividades preventivas, estas continuaram relegadas a segundo plano. Desde 1979, os serviços de saúde preventiva e sócio-educativo na região vinham sendo financiados por recursos que se retiravam do que sobrava das ações curativas e por entidades não governamentais do exterior. Apesar da Constituição prever a participação popular nos conselhos de saúde, estes conselhos não se estruturaram, e, quando se estruturaram, não havia a paridade entre órgãos governamentais e a sociedade civil. A orientação de privilegiar primeiramente o serviço público e, a seguir, os serviços da rede filantrópica, também não se efetivou. O conjunto dos hospitais particulares continuaram a ser os maiores contratados, mesmo havendo leitos ociosos na rede pública e filantrópica. A descentralização e a municipalização recoloca o conflito em outra ordem.

Em Itapuranga, a municipalização tornou-se entrave para que a Unidade Hospitalar continuasse a ser administrada pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga. Sob a alegação burocrática da necessidade do título de filantropia, o STRI viu-se impedido de assinar convênio com as Ações Integradas de Saúde, inviabilizando o funcionamento do hospital. Porém, o que parecia o fim, tornou-se um recomeço. A ruptura tornou-se continuidade. Aos trabalhadores rurais somaram-se professores, donas de casa, pequenos comerciantes e profissionais de saúde, que recriaram as condições legais exigidas para manter o hospital em funcionamento.

Na realidade, o impasse e o conflito não eram locais. Não era um impasse entre o poder municipal e o STRI, para a assinatura de um convênio. Era um conflito entre Estado e movimento sindical, uma entidade classista, expressão da luta de classe. O Estado, representando os interesses de uma classe, os proprietários de hospitais; e o

STRI a organização dos trabalhadores O conflito era, portanto, o embate de duas concepções de saúde, ou melhor, de doença: na primeira a doença constitui-se uma mercadoria, e, na segunda, a doença é um impedimento para o trabalho e para a vida.

A realidade mostra-se dinâmica e contraditória. Para os trabalhadores que se organizavam na luta pela saúde, a doença estava vinculada à falta de acesso à terra e ao trabalho, que, por sua vez, impossibilitava uma alimentação adequada. A luta pela saúde constituía-se, assim, na luta pela terra, pelo trabalho, pela vida. A terra, para os lavradores, é o meio de trabalho⁹¹, que ao mesmo tempo em que garante a vida, o adoece. Produzindo em condições adversas para a sua manutenção e de sua família, utilizando-se da terra, da enxada e do bom tempo, o agricultor percebe que o resultado de seu trabalho tem um valor de uso, mas no mercado o valor de troca é reduzido, face à produção intensiva da agricultura, com a utilização de novas tecnologias e maquinários. Como os meeiros, parceiros, pequenos arrendatários e pequenos proprietários não produzem tudo que necessitam para sua existência e de sua família, trocam mercadorias. Na medida em que o capital agrário incorpora tecnologias⁹², que utiliza implementos e maquinarias para diminuir o tempo socialmente gasto para a produção de mercadorias e, portanto, aumentar a produtividade e diminuir custos, os meeiros, parceiros, pequenos arrendatários e pequenos produtores rurais se descapitalizam, e perdem o poder de troca. Nesse processo, sem capacidade de troca, sem possibilidade de acesso às necessidades para sobrevivência, vão se arrastando até perder o meio de trabalho: a terra.

Assim, a luta contra a doença é a luta pela terra, pelo direito à saúde. A saúde passa, necessariamente, pelo acesso aos serviços básicos de saúde. Em Itapuranga,

⁹¹ "O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas para fazê-las atuar como meios de poder sobre outras coisas, conforme o seu objetivo.(...). Do mesmo modo como a terra é sua despensa original, é ela seu arsenal original de meios de trabalho. Fornece-lhe, por exemplo, a pedra que ele lança, com que raspa, prensa, corta, etc. A própria terra é um meio de trabalho, mas pressupõe, para servir como meio de trabalho na agricultura, uma série de outros meios de trabalho e um nível de desenvolvimento relativamente alta da força de trabalho" (Marx, 1988: 143).

⁹² Como, por exemplo, a utilização de satélites para previsão meteorológica para evitar perdas na produção agrícola.

essa referência para os trabalhadores era a Unidade Hospitalar de Itapuranga. Para garantir o funcionamento do hospital, trabalhadores rurais e urbanos, com o apoio da paróquia local, fundaram a Associação Popular de Saúde⁹³. Desse embate que se travou, o Estado foi obrigado a incorporar a demanda de segmentos da população pela saúde, que deveria ser prestada em uma entidade administrada pela própria população que reivindicava os serviços. Pode-se afirmar, nesse sentido, que:

“A sociedade civil, do ponto de vista do proletariado, é, antes da conquista do poder estatal, o espaço através do qual são transmitidos os novos impulsos hegemônicos; está, portanto, no coração do processo de transformação, na medida em que é o lugar em que a fase estatal deve encontrar os seus limites, ser obrigada a institucionalizar novas formas de liberdade; abre, assim, um processo, que terá uma maturação secular, de formação de um novo individualismo nas condições dadas por uma sociedade que autogestiona a sua relação orgânica com a natureza e, em consequência, o plano e as suas próprias formas de vida” (Badaloni: 1978:45).

A Associação Popular de Saúde emerge, portanto, como forma de enfrentamento à política de saúde determinada pelo Estado e como direito ao acesso aos serviços de saúde, com o objetivo de ser a condutora de uma articulação mais ampla, na luta pela saúde no município, unindo trabalhadores do campo e da cidade. Essa associação estabeleceu como eixo principal de trabalho a formação e a informação como fatores de mobilização. Atuando na área curativa, preventivas e sócio-educativas, a APSI organizou-se em função de seu caráter eminentemente popular, privilegiando o espaço de formação de seu quadro de associados no sentido de possibilitar: a compreensão da condução da política de saúde no Brasil; os jogos de interesse; que interesses o governo representa e a doença como consequência da má distribuição de renda; vivenciar o grande labirinto da burocracia no sistema de saúde e os mecanismos utilizados para dificultar a participação popular nas instâncias de decisões da política de saúde; se

⁹³ A Associação Popular de Saúde de Itapuranga foi fundada em 22 de fevereiro de 1987.

constituir em escola de aprendizado prático na luta contra a hegemonia burguesa⁹⁴. Segundo o Estatuto da entidade, a auto-gestão e participação popular seria garantida através de: assembléia geral⁹⁵, conselho de representantes⁹⁶, diretoria executiva⁹⁷ e as equipes de trabalho. Somente em 1988 a APSI assinou o convênio com o SUS.

Resta saber se a implantação do Sistema Único de Saúde possibilitou maior acesso da população a esse serviço, isto é, se a reforma sanitária garantiu efetivamente o direito à saúde.

Tabela 2 - Serviços prestados pelo Hospital de Itapuranga referentes às internações e atendimentos ambulatoriais e respectivas receitas, conforme convênio.

| ANO | NÚMERO DE INTERNAÇÃO | PRONTO SOCORRO | AMBULATÓRIO | FUNRURAL (US\$) | SUS (US\$) | RECEITA TOTAL |
|------|----------------------|----------------|-------------|-----------------|------------|---------------|
| 1974 | - | - | - | - | - | 1.416 |
| 1975 | - | - | - | - | - | 2.392 |
| 1976 | - | - | - | - | - | - |
| 1977 | - | - | - | - | - | - |
| 1978 | 1.764 | 2.052 | 8.808 | 23.357 | - | 41.849 |
| 1979 | 3.072 | 3.384 | 8.028 | 47.565 | - | 74.157 |
| 1980 | 2.424 | 11.028 | 7.980 | 63.088 | - | 98.786 |
| 1981 | 2.352 | 13.452 | 10.032 | 99.163 | - | 121.497 |
| 1982 | 3.216 | 16.067 | 10.032 | 89.040 | - | 117.942 |
| 1983 | 3.300 | 20.064 | 8.316 | 45.603 | - | 63.670 |
| 1984 | 3.012 | 28.020 | 8.988 | - | - | 77.487 |
| 1985 | 3.108 | 14.088 | 5.700 | - | - | 55.967 |
| 1986 | 2.328 | 9.660 | 4.656 | - | - | 55.966 |
| 1987 | 2.544 | 11.448 | - | - | - | - |
| 1988 | 2.920 | - | 12.459 | - | - | - |
| 1989 | 1.627 | - | 17.131 | - | - | 11.957 |
| 1990 | 1.458 | - | 30.079 | - | - | 6.502 |
| 1991 | 1.368 | - | 32.013 | - | 96.993 | 134.566 |
| 1992 | - | - | - | - | 60.766 | 74.830 |

Fonte: Dossiê do Hospital Santa Casa do Povo, Serviço de Estatística do Hospital Santa Casa do Povo e Balanço Financeiro do STRI e APSI.

⁹⁴ Coelho, M e Gontijo, P.M. Associação Popular de Saúde de Itapuranga. Uma experiência de auto-gestão e participação popular. In: Anais 1º Congresso Brasileiro de Psicologia da Comunidade e Trabalho Social. Belo Horizonte, 1992, p 91-94.

⁹⁵ Ficou deliberado que seriam realizadas anualmente duas assembleias gerais ordinárias e quantas assembleias extraordinárias se fizessem necessárias.

⁹⁶ Eleito junto com a diretoria e escolhidos em reuniões da comunidade. Para cada 50 sócios, ou local de moradia, um representante que se reúne mensalmente com a diretoria.

⁹⁷ Composta por três membros efetivos e três suplentes.

Pelos número de internações e atendimentos ambulatoriais, pode-se afirmar que, durante o convênio com o Funrural, a Unidade Hospitalar de Itapuranga atendia um número maior de trabalhadores, com um quantitativo de verbas menor. Com o SUS, quem delimita o serviço a ser prestado é a Secretaria Estadual de Saúde, que restringe a liberdade da instituição e ignora a capacidade do hospital. Esse serviço é prestado conforme Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que é estipulada mensalmente segundo uma cota fixada. O estudo dos balanços financeiros do Hospital São Pio X^o permitiu observar que os recursos provenientes do convênio com o SUS chegou a quadruplicar em relação aos recursos provenientes do Funrural e Inamps. Em 1980, o HSPX recebeu US\$ 197.712, entre os convênios com o Funrural, INAMPS e projetos. Em 1990, a receita do hospital foi equivalente a US\$ 471.381, dos quais US\$409.503,98 referentes ao convênio com o SUS.

Apesar de constitucionalmente constar a garantia de prioridades para os área preventiva, o Sistema Único de Saúde não financiou as atividades dessa natureza. Tanto o HSPX, quanto a APSI desenvolveram atividades preventivas, como: Programa de Controle e Profilaxia da Doença de Hansen⁹⁸; Programa Integral da Saúde da Mulher e da Criança, com grupos de pré-natal, puericultura, planejamento familiar, câncer uterino e de mama, sexualidade da mulher e Programa de Fitoterapia⁹⁹. Para financiar essas atividades recorriam à ajuda externa, com a apresentação de projetos para entidades de cooperação internacional, que colaboravam com o desenvolvimento das condições de vida dos povos do terceiro mundo. No caso específico do Hospital São Pio X^o, essa busca de aporte financeiro proveniente do exterior ocorria a partir de relações formais e informais. Muitas doações, advindas do exterior, não se vinculavam a uma proposta de atividades previamente acordadas, mas eram ajudas espontâneas, recebidas pelo vínculo de amizade estabelecido por pessoas que vinham conhecer o trabalho.

⁹⁸ Mantido pela instituição italiana Raoul Follereau.

⁹⁹ Na APSI estes Programas eram mantidos através de parceria com uma instituição de cooperação da Holanda (CEBEMO), que além desses programas apoiava Programas de Formação e Comunicação. O Hospital São Pio X^o mantinha convênio com o Movimento Laici América Latina para o desenvolvimento do Programa de Assistência e Educação para a Saúde Reprodutiva da Mulher. Com esse projeto, desenvolveu-se o trabalho com parto humanizado. Como reconhecimento desse trabalho, o HSPX^o recebeu o Certificado de Hospital Amigo da Criança da UNICEF, o primeiro no estado de Goiás. (Fonte: Convênios e Projetos das Instituições).

Nessa trajetória do MOPS-VSP, a luta pelo direito à saúde veio se constituindo, principalmente, na luta pela continuidade do direito de prosseguir prestando serviços de saúde à população. As mudanças de estratégias e enfoques da relação doença/saúde opera-se como formas de resistência para a manutenção dos próprios serviços. Mas essa característica de resistência, em manter a prestação de serviços de saúde à população, não é uma questão local, e tornou-se um problema nacional. Assim, faz-se necessário apreender em que lógica se insere essa política de saúde que, sob primado da universalização, descentralização e participação, ignora as necessidades da maioria da população em relação aos serviços de saúde, e continua privilegiando a doença em detrimento da saúde.

4. O PROCESSO EDUCATIVO E A PARTICIPAÇÃO POPULAR

Nos movimentos sociais, segundo Gohn (1994:51), a educação é autoconstruída no processo e o educativo surge de diferentes fontes:

“da aprendizagem gerada com a experiência de contato com fontes de exercício de poder; da aprendizagem geradas pelo exercício repetido de ações rotineiras que a burocracia impõe; da aprendizagem das diferenças existentes na realidade social a partir da percepção das distinções nos tratamentos que os diferentes grupos sociais recebem de suas demandas; da aprendizagem gerada pelo contato com as assessorias contratadas ou que apoiam o movimento; da aprendizagem da desmistificação da autoridade como sinônimo de competência, a qual seria sinônimo de conhecimento”.

Esse caráter educativo dos movimentos sociais, vinculados às classes subalternas, operou alterações nas relações sociais, resultando na politização dos participantes, indicando demandas e necessidades de mudanças, reorientando as políticas e os governos em busca de legitimação. As ações coletivas tiveram, portanto, um caráter transformador e produziram formas renovadas de educação popular, que se desenvolveram segundo os princípios que fundamentaram suas ações. Inseriram-se na demanda por democracia, participação e organização política-econômica das classes subalternas. A preocupação fundamental da educação popular, segundo Freire (1992), foi com a democratização da cultura dentro do quadro geral da democratização fundamental. Essa preocupação tem seu fundamento na passagem de um modelo de sociedade fechada para uma sociedade aberta que requereu, segundo o autor, um novo

homem, uma nova cultura, uma nova educação que possibilitasse a compreensão da realidade através da apreensão da consciência crítica e estimulasse uma ação como resposta. Para Brandão (1994:43), a educação popular é uma prática militante cuja base de referência são os movimentos sociais de vinculação popular e os próprios movimentos populares.

Wanderlei (1994) distingue três orientações de educação popular como formas educativas que convivem com graus variáveis de interdependência: a educação popular, com a orientação de integração envolvida pelo discurso liberal de obtenção da democracia, através da difusão da educação para todos, da educação permanente para o desenvolvimento e da extensão dos direitos de cidadania e seus correspondentes deveres. Essa política educativa propõe preparar e acelerar o desenvolvimento dos países subdesenvolvidos e atendia à necessidade de expansão e acumulação do capitalismo monopolista internacional.

A segunda orientação, identificada por Wanderlei (1994:62-63), é a Educação Popular, com a orientação nacional-populista, que congrega as experiências do período populista, que pretendem, por meio da linguagem comum, mobilizar setores das classes populares em alianças com setores modernos das classes dominantes na luta pela industrialização. A terceira orientação, indicada pelo autor, é a Educação Popular, com orientação de libertação. Ela expressa as experiências que objetivam estimular e valorizar as potencialidades do povo, possibilitando meios para que o próprio povo se auto-sustente e auto-promova:

... trabalhando com um acento especial nos processos de conscientização, de capacitação e de participação social ampla, comprometendo-se na luta pela dinamização das resistências populares contra as injustiças e a exploração, chegaram a um caminho mais realista da fecundação mútua entre os educadores-animadores e os representantes das classes populares, por meio de uma troca de saberes entre eles e de participação em práticas conjuntas de força libertadora”.

É possível identificar essa orientação com acento especial nos processos de conscientização, de capacitação e de participação ampla nas práticas sociais, desenvolvidas no Vale do São Patrício, a partir das experiências “alternativas” na área da saúde? Quando surgiram as primeiras experiências de ações coletivas na área da saúde eram claramente norteadas pelo caráter constestatório em relação à política de saúde centrada na privatização dos serviços de saúde, sustentada pelos recursos provenientes da previdência social. O caráter de resistência ocorria face à exclusão de amplos setores da população que não estavam inseridos no mercado de trabalho, portanto, sem capacidade contributiva, sem acesso aos direitos à saúde. Resistia-se também aos impedimentos das liberdades civis e políticas que predominavam no cenário brasileiro. As mudanças políticas ocorridas no país a partir do final da década de 70, quando se inicia o processo de transição política na sociedade brasileira, refletiu no desenvolvimento do processo organizativo do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício. O Projeto de Educação em Saúde que se desenvolvia no HSPX^o redefine suas ações, que estavam anteriormente centradas na estruturação do Conselho de Representantes dessa instituição e na formação e capacitação de agentes de saúde. Passa a privilegiar como dinâmica de trabalho a articulação com os sindicatos e as oposições sindicais; a discussão com as Comunidades Eclesiais de Base, no sentido de apoiá-las nas reivindicações pelos direitos à saúde, nas demandas por postos de saúde nos distritos rurais; apoio à organizações de associações de pequenos proprietários para compra e venda de produtos agrícolas; apoio às primeiras ocupações de terra na região¹⁰⁰. Essa tendência de articulação entre os movimentos sociais, que se acentua a partir do início dos anos 80, Scherer-Warren (1992:119) denomina como redes de movimentos que têm como características em comum a *“busca de articulação de atores e movimentos sociais e culturais; transnacionalidade; pluralismo organizacional e ideológico; atuação nos campos cultural e político”*.

A partir do final dos anos 80, pode-se observar uma outra tendência em relação ao Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício. As prioridades das ações não

¹⁰⁰ Fonte: Projeto de Educação em Saúde, HSPX^o, 1983.

estavam mais centradas nas articulações com os movimentos sociais de caráter popular. As prioridades passam a circunscreverem-se no âmbito dos direitos à saúde. Há uma nítida influência dos resultados da VIII Conferência Nacional de Saúde, que foram ratificadas na formulação da Constituição Nacional de 1988. Apesar das diretrizes da reforma da política de saúde terem contemplado mecanismos de participação popular como elemento social que se traduziria, segundo Teixeira (1995:255), na proposta de desalienação da população e sua conseqüente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social, as experiências vivenciadas no processo de implantação das Ações Integradas de Saúde já haviam demonstrado os limites desses mecanismos. (Vide o controle exercido pelo poder executivo local na Comissão Municipal de Saúde de Itapuranga). O Movimento Popular de Saúde, nessa região, optou por investir nas diretrizes que apontavam para o acesso universal e igualitário à saúde com prioridades para as atividades preventivas. Como a aplicação dos recursos continuaram a ser controlados pelo Estado, por meio de convênios que estipulavam as cotas de AIHs e consultas ambulatoriais, cujo valores era fixados por procedimentos adotados, no Vale do São Patrício o financiamento para essas atividades preventivas e sócio-educativas continuou ocorrendo com a ajuda externa de agências de cooperação. Assim, os projetos e convênios se direcionam para questões específicas no universo das doenças ou dos problemas de saúde. Os projeto de educação em saúde, amplos, abertos e mobilizadores, foram substituídos por projetos pontuais: Projeto de Profilaxia e Controle da Doença de Hansen, financiado por uma instituição não-governamental italiana Raoul Follereou (HSPX° e APSI, 1990) ; Programa de Assistência e Educação para a Saúde Reprodutiva da Mulher, financiado pelo Movimento Laici América Latina M.L.A.L.(HSPX°, 1991).

Desta forma, as práticas educativas desenvolvidas pelo Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício constituíram-se práticas com acento especial nos processos de conscientização, de capacitação e de participação social ampla, comprometendo-se na luta pela dinamização das resistências populares contra as injustiças e a exploração, e deslocou-se, no processo de mudanças da realidade sócio-econômica-política e cultural, do eixo resistência/democratização para conflitos/direitos

sociais. Porém, as práticas de saúde nessa região, ao desenvolverem-se no espaço da reivindicação, da formação e das experiências de autogestão foram permeadas por relações de conflitos frente ao Estado, com o qual mantinha uma relação de desafio e, ao mesmo tempo, de subordinação. O acento nos processos de conscientização, capacitação e participação social indicaram a prevalência de uma postura em detrimento da outra. Na relação dialética de subordinação e desafio com as forças hegemônicas, pode-se melhor compreender esse processo.

Muitos movimentos sociais vinculados à saúde, que se desenvolveram a partir da década de 70, objetivavam romper com a ordem institucionalizada na política de saúde brasileira, e se fundavam no modelo de assistência médica privatizada, promovida pela ação do Estado por meio do sistema de proteção social. Esse sistema, desenvolvido por um conjunto de políticas sociais, tinha por base a previdência social, que se caracterizava pela extensão dos direitos de proteção social, marcada pela “cidadania regulada” e pela *“lógica da articulação da política de seguro social, comandada pela necessidade de investimentos do Estado em setores básicos da economia, que dessem sustentação ao processo de industrialização”* (Cohn, 1995: 229). O acesso aos direitos sociais, entre esses a assistência médica, vinculava-se à capacidade contributiva dos trabalhadores do setor privado com o seguro social estatal, através de sua inserção no mercado formal de trabalho.

Os investimentos na política de saúde estruturaram-se a partir desse sistema de proteção social, sendo que o acesso à assistência médica individual se restringia à parcela da população com capacidade de contribuição. Os serviços ofertados para atender às demandas dessa população estavam sob a responsabilidade do setor privado de saúde, que através de contratos, vendiam seus serviços ao Estado. Assim, a responsabilidade em relação à saúde pública estava a cargo do Estado, responsável pelas ações coletivas financiadas por meio de recursos fiscais. Por sua vez, a assistência médica individual, financiada com recursos da previdência social, era comprada pelo Estado do setor privado de saúde. Para romper com essa ordem, muitos movimentos sociais, vinculados à saúde que emergem a partir de 70, propõem e desencadeiam ações

objetivando a democratização em relação ao acesso aos serviços saúde, a universalização da atenção à saúde, com prioridade dos recursos para os serviços públicos, e a descentralização.

O significado da descentralização nesse contexto não se restringia ao aspecto operacional para garantir a racionalidade do sistema de saúde, *“mas, fundamentalmente, a valorização da criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se, assim, como estratégia de ampliar no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder”* (Cohn, 1995: 233). As propostas em relação à busca de democratização do acesso aos serviços de saúde, idealizadas no início da década de 70, pelo Movimento Sanitário e pelos movimentos populares que reivindicavam o acesso aos serviços de saúde, encontraram grande referência nos resultados obtidos das discussões que permearam a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, em setembro de 1978. Nesta Conferência, promovida pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, enfatiza-se que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade; a saúde é, portanto, um direito fundamental. A Conferência de Alma-Ata destaca a importância da *“participação comunitária integral e organizada da ulterior autoconfiança com que indivíduos, famílias e comunidades assumem maior grau de responsabilidade por sua própria saúde. A participação da comunidade na determinação e solução de seus problemas de saúde pode ser facilitada pelo apoio de grupos tais como órgãos locais de governos, líderes locais, (...) bem como pelo esclarecimento popular”*¹⁰¹. As deliberações desta Conferência reforçaram os projetos alternativos que buscavam as transformações no setor.

Foi nesse período que as experiências populares na área de saúde, desenvolvidas no Vale do São Patrício, melhor delinearam-se em relação às estratégias de ações para viabilizar a democratização ao acesso à saúde, desafiando a política de saúde existente a

¹⁰¹ Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF, Brasil, 1979, p.15.

partir do processo de participação. Em 1979, foi implantado, através de financiamento de agências internacionais de cooperação, o primeiro projeto de educação em saúde, que tinha por objetivo fundamental a formação de agentes de saúde em diversas comunidades da região. Os dados coletados nas atas das assembléias indicam que nos anos anteriores as preocupações em relação às práticas de saúde haviam se centralizado na elaboração dos Estatutos do Hospital São Pio Xº, bem como a reorganização do regimento interno e normatização de procedimentos, e que na cidade de Itapuranga a questão fundamental havia sido a construção do hospital, assinatura de convênio com o Funrural e organização dos serviços. A partir de 1979, as práticas de saúde descentralizavam-se. Iniciam-se a pesquisa "O Meio Grito" e a formação de agentes de saúde.

Delineiam-se, assim, experiências diversificadas que expressam a natureza das práticas de saúde desenvolvidas no Vale do São Patrício: a participação popular na formulação de uma concepção de saúde vinculada aos interesses das classes subalternas; elaborada e reelaborada a partir da gestão de serviços de saúde; articulada com os movimentos populares na região e na relação que estabelece com o Estado, ora como sujeito portador de reivindicações, ora como parceira na execução das políticas de saúde.

Em sua trajetória, as experiências que expressam o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício são marcadas por esse envolvimento significativo de setores da população, principalmente pequenos proprietários e trabalhadores rurais. A singularidade da luta pela saúde no Vale do São Patrício reside justamente nas estruturas de participação popular, que possibilitaram aos trabalhadores organizarem-se enquanto sujeitos sociais e atuarem no planejamento, execução e avaliação de serviços de saúde.

A participação não é um elemento positivo que pressupõe a integração, a inclusão ou exclusão. Para Calderon e Jelin (1987:76), a estrutura participativa, consequência do próprio objeto e experiência de organização e luta, constitui-se referência fundamental para o desenvolvimento dos movimentos sociais: "*as formas, os*

níveis e os tipos de participação num movimento definem em grande medida a força de suas metas". Nesse sentido, a participação está sendo compreendida enquanto processo de construção coletiva que cria e recria as práticas de saúde no Vale do São Patrício. No período em referência, 1974 a 1992, a estrutura participativa das lutas pela saúde nessa região foram se transformando no processo de transformação da sociedade e das reformas implantadas no sistema de saúde brasileiro.

Na ênfase da participação, expressa-se o caráter político pedagógico das práticas de saúde desencadeadas no Vale do São Patrício. Durante o período em que a luta de saúde caracterizou-se pela ação de resistência, visando a democratização da sociedade e do acesso aos serviços de saúde, a estrutura participativa das práticas de saúde fixou-se na estruturação de conselhos de representantes¹⁰², reuniões nas comunidades rurais para abordar a relação saúde/doença e a estrutura da sociedade, formação de agentes de saúde e experiência de autogestão dos serviços de saúde, concretizada através de assembléias e reuniões com todos os funcionários. O período subsequente é caracterizado pelo fortalecimento das organizações populares na região, como os sindicatos dos trabalhadores rurais, no Vale do São Patrício, organizações de grupos de mulheres, associações de artesãos e as primeiras mobilizações objetivando a conquista da terra. Nesse contexto as práticas de saúde voltam-se para a articulação com essas lutas, e a estrutura participativa até então estabelecida começam a ser questionadas, tendo em vista o seu limite na interferência em relação à organização dos serviços de saúde prestado e à falência do Funrural. A partir de então, as práticas de saúde são enfocadas tendo em vista a construção da cidadania, compreendida como expressão da luta política, ideológica e econômica na produção e apropriação da riqueza socialmente gerada¹⁰³. Os mecanismos de participação voltam-se para as Comissões Municipais de Saúde e para as exigências postas legalmente para o acesso no Sistema Único de Saúde.

¹⁰² Previsto nos Estatutos do Hospital São Pio X°.

¹⁰³ Essa luta política, ideológica e econômica ocorre pela tensão que se estabelece entre a igualdade da cidadania e as desigualdades do capitalismo. Esta é uma contradição inevitável da sociedade do capital. De um lado, a afirmação da liberdade individual e da igualdade de direitos e deveres de todos os cidadãos como condição de funcionamento pleno da economia de mercado. A igualdade necessária à troca de mercadorias equivalentes, através da relação entre livres proprietários das mesmas. De outro lado, a desigualdade inerente à organização da sociedade como unidade de classes sociais distintas e antagonicas, assentadas em uma relação de poder e exploração.

Portanto, a estrutura participativa do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício altera-se conforme as mudanças sócio-econômicas e políticas ocorridas no cenário brasileiro nos últimos anos. A simples necessidade de respostas a essas mudanças força a instituição de espaços participativos que, na luta pela saúde no Vale do São Patrício, contemplou, simultaneamente, a ação reivindicativa/mobilizadora, o processo permanente de formação/capacitação e a experiência de autogestão. Esse esforço coletivo possibilitou aos participantes o acesso a informações sobre as estruturas da sociedade e a identificação dos interesses relacionados à questão da saúde, e a construção de uma concepção de saúde vinculada às necessidades e aos interesses das classes subalternas. Dá-se, portanto, no processo organizativo, o processo educativo, tendo como mediação a participação popular.

4.1. A PARTICIPAÇÃO COMO PROCESSO PERMANENTE DE EDUCAÇÃO.

Em 1986, foi publicada a cartilha "Nossas Plantas e Nossa Saúde", elaborada pela comunidade rural de Camarim, município de Ceres, e por uma comunidade de Nova Glória. O coordenador deste trabalho, pequeno proprietário nessa região, faz na apresentação da cartilha a seguinte reflexão:

"... Em nossas reuniões descobrimos que a saúde do povo está diminuindo porque: o interesse das farmácias é vender os remédios e não com a saúde do povo; muitos remédios que usamos aqui no Brasil são proibidos em países mais conscientes; os remédios de farmácia, além de serem caros, são muitas vezes perigosos à nossa própria saúde; a falta de alimentação que faz o povo ficar doente; o que produzimos na lavoura, arroz, feijão, milho, etc., vendemos por preço baixo nas cidades, e o que precisamos nas cidades compramos por preço muito alto; as estradas ruins dificultam demais a nossa vida, e com esta vida difícil a gente nunca vai ter saúde..."¹⁰⁴

¹⁰⁴ PAULINHO DO CAMARIM. Apresentação da Cartilha Nossas Plantas e Nossa Saúde. Orientação e Colaboração da Equipe de Saúde Comunitária do Hospital São Pio X- Ceres, GO-1986.

Desde o momento em que se reuniram os primeiros profissionais (médicos, enfermeiras, educadoras sanitárias, assistente social) de saúde na região para concretizar uma proposta de saúde segundo os interesses e as necessidades das classes subalternas, muitas experiências foram realizadas. Algumas se estruturaram e se desenvolveram; outras fracassaram, como, por exemplo, a tentativa de instituir o Conselho Comunitário no Hospital São Pio X^o; outras, ainda, foram perdidas, substituídas, repensadas e aperfeiçoadas. Interferiram nesse processo as questões internas decorrentes das contradições que emergiram das relações sociais que permearam o processo e as questões externas relacionadas à conjuntura política-econômica-social do país, especialmente aquelas vinculadas às mudanças ocorridas no sistema de saúde nacional.

Nesse processo de reflexão para a construção de uma consciência crítica, principalmente dos trabalhadores rurais e pequenos proprietários, em relação às estruturas da sociedade, ocorreu a produção de um saber relacionado às condições de saúde das classes subalternas, no qual se insere, por exemplo, o trabalho com plantas medicinais. Esse saber foi produzido por experiências vivenciadas no cotidiano das relações das próprias classes subalternas, e não ocorreu instantaneamente: estava em curso um processo educativo: *“muitos remédios que usamos aqui no Brasil são proibidos em países mais conscientes”* ou *“nos chamou a atenção neste estudo, que muita gente deixou de lado os remédios caseiros e que os nossos jovens nem os conhecem”*. Essa síntese expressa um conhecimento produzido em encontros semanais, que eram planejados com antecedência pelos próprios participantes envolvidos, e decidiam qual seria a planta a ser discutida na semana seguinte. A planta constituía-se no elemento gerador que provocava a discussão do cotidiano da vida das pessoas que participavam dos grupos, da realidade na qual se inseriam, discutindo a estrutura da sociedade. Esses encontros possibilitavam a troca de um conhecimento que vinha sendo transmitido de geração para geração, e estava se diluindo no contexto atual. No processo de construção do conhecimento sobre as plantas medicinais, o conhecimento popular e o conhecimento científico se confrontavam. Após cada encontro de estudo, reunia-se a equipe de apoio e elaboravam-se estudos comparativos para

analisar a utilização de determinada planta. A síntese desse processo, apresentada segundo o quadro de doenças na Cartilha Nossas Plantas e Nossa Saúde, revela como os grupos apreendiam a realidade:

“PRESSÃO BAIXA - As pessoas têm pressão baixa por causa da má alimentação ou alimentação fraca, por vermes que chupam o sangue da gente, ou comem a comida que comemos, ou por causa de um sistema que deixa um país rico como o Brasil, ter milhões de pessoas passando fome ou lutando só para sobreviver. A pessoa com pressão baixa sente: moleza nas pernas; sono, tontura, desânimo, tem pés e mãos frios. Remédios que ajudam a subir a pressão: vinho tinto; mel de abelha; caldo de carne ou feijão; leite com um pouco de sal; chá de cravo ou canela ou erva cidreira; sumo de folha de assa-peixe; 2 folhas de erva cidreira e 5 de laranja, ferver em meio litro de água e tomar aos poucos; melhorar a alimentação: comer ovos, leite, carne, queijo, verduras e frutas todos os dias. Por que os trabalhadores que produzem todas as riquezas e alimentos estão comendo feijão e arroz todos os dias e só comendo avos, carne, leite e queijo de vez em quando? A maioria dos brasileiros não nasce para viver, mas vive para morrer.” (Cartilha Nossas Plantas e Nossa Saúde, p. 37).

O conhecimento aqui sintetizado é o encontro de dois saberes que resulta em um conhecimento mais crítico e questionador em relação à doença e à realidade que produz a doença. Logo, é um saber permeado pelo processo político-pedagógico, que são indissociáveis. Ao identificar as doenças inseridas no contexto das relações sociais, os grupos organizados resgatam, por meio da atividade educativa, os valores, símbolos e hábitos que fazem parte do cotidiano dessa coletividade. Essa atividade educativa “é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” (Saviani, 1994 :24). É uma atividade que se insere no conjunto das relações sociais

econômicas, políticas e culturais que caracterizam a sociedade e são geradoras de outros processos educativos.

O processo educativo, desencadeado com as plantas medicinais na região do Vale do São Patrício, teve seu início quando implantou-se o primeiro projeto de educação em saúde em Ceres, em 1979, e tinha por objetivo básico a formação de agentes comunitários no sentido de capacitá-los para o atendimento aos primeiros cuidados em saúde¹⁰⁵. A partir de 1983, os projetos de educação em saúde propunham a descentralização do atendimento através da articulação com o movimento sindical e postos na zona rural. Instituíram-se, então, as consultas coletivas e formaram-se os primeiros grupos, atendidos a partir da queixa, como, por exemplo, hipertensos e diabéticos. Nesses grupos, discutia-se as causas da doença, principais queixas, formas de tratamento e tratamento alternativo com plantas medicinais. Da necessidade permanente em verticalizar o conhecimento com plantas medicinais surgiu, a partir de intercâmbio com outras experiências e com outras culturas, o Programa de Fitoterapia. Este, por sua vez, estimulou a retomada do projeto de formação de agentes em saúde, sob a responsabilidade da Pastoral da Saúde na Diocese de Goiás¹⁰⁶. Nesse processo, mediado pela educação, construída enquanto prática pelos agentes envolvidos, ocorre a articulação entre o saber popular e o saber científico, que cria um novo saber. Ele passa a ser apropriado por toda a coletividade, que busca a assistência à saúde. Naturalmente, esse não é um processo harmonioso. É resultado dos conflitos entre saberes, da negação de uma visão de sociedade e de de contradições sociais.

A participação, enquanto processo educativo permanente, remete também a outros embates, que se circunscrevem no âmbito da organização política. O processo educativo permite o conhecimento acerca da realidade, da estrutura da sociedades, dos direitos e dos deveres dos indivíduos na sociedade. Esse conhecimento acerca da realidade "*pode*" conduzir à organização política de determinados segmentos da sociedade em busca de seus direitos sociais, econômicos e políticos:

¹⁰⁵ Projeto Educação em Saúde, financiado por uma agência de cooperação holandesa - CEBEMO.

¹⁰⁶ Fonte: Projetos de Educação em Saúde, Hospital São Pio X°

“A construção da cidadania coletiva se realiza quando, identificados os interesses opostos, parte-se para a elaboração de estratégias de formulação de demandas e táticas de enfrentamento dos oponentes. Este momento demarca uma ruptura com a postura tradicional de mandatários de bens de consumo coletivo: não se espera o cumprimento de promessas, organizam-se táticas e estratégias para a obtenção do bem por ser um direito social” (Gohn, 1994:18).

Em 1987, segmentos da população de Itapuranga se organizaram para fundar a Associação Popular de Saúde de Itapuranga- APSI, que estabeleceu em suas finalidades a manutenção do Hospital Santa Casa do Povo, antiga Unidade Hospitalar de Itapuranga, a prestação de assistência integral à saúde e a prestação de assistência educacional na área de saúde. Definiu, ainda, em sua estrutura, que a administração da APSI estaria a cargo da Diretoria Executiva, Conselho Fiscal e Conselho de Representantes. Na composição dos cargos da Diretoria Executiva eliminaram o cargo de Presidente e instituíram o cargo de Coordenador Geral. Formado por delegados eleitos pelos sócios, nas comunidades de base, o Conselho de Representantes assumiu a co-responsabilidade em relação à administração da entidade, e definem no art.27, parágrafo 1º, que *“Todo bairro, região ou comunidade terá direito a eleger um Delegado Representante por cada grupo de cinquenta sócios contribuintes”*. Estabelecem, ainda, que as Assembléias Gerais era a instância máxima da Associação e que seriam convocadas duas vezes ao ano. (Estatutos da APSI)

Este é um momento em que segmentos da população buscavam, por meios próprios, criar as condições para garantir o acesso à saúde. Não esperaram para ver cumpridas as promessas do processo de implantação das Ações Integradas de Saúde que, em suas diretrizes, garantia a universalidade e a gratuidade em relação ao acesso aos serviços de saúde. A criação da Associação Popular de Saúde não pode ser compreendida como algo *“novo”* nesse processo. Representa ruptura e continuidade em relação à trajetória da luta pela saúde no município de Itapuranga.

A organização política, em relação à luta pela saúde, encontrava-se presente desde 1972. O gerenciamento dos serviços de saúde, sob a responsabilidade do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, não se adequava mais às exigências da realidade. Eram necessários outros instrumentos para o enfrentamento dos oponentes, com possibilidades de outras abordagens e estratégias. A Associação não é, contudo, o resultado de uma organização política que tem vínculo somente com a questão da saúde. O processo educativo não se restringiu somente a um aspecto das relações sociais, podendo-se afirmar que a APSI surgiu da organização sindical dos trabalhadores rurais de Itapuranga. De 1972, quando foi criado o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, até 1987, quando, por consequência da extinção do Funrural, inviabilizou-se a manutenção da Unidade Hospitalar de Itapuranga, estiveram presentes no cotidiano dos trabalhadores questões relativas a um amplo rol de embates entre as classes sociais, que podem ser observadas a partir dos objetivos das assembléias sindicais.

Nesse período, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga realizou 114 assembléias, das quais 39 tinham por objetivo discutir questões relacionadas à saúde e 40 trataram de temas diversos. Esses temas relacionavam-se a estudos sobre cooperativa e cooperação; estudo sobre movimento sindical e sindicalismo de base; discussão e debate sobre preços de produtos; estudo do Estatuto da Terra; reflexão sobre questão agrária, a partir de dificuldade com posseiros do município; greves de canavieiros, comemoração de conquista da terra; violência agrária; estudo sobre a Previdência Social Rural; análise de conjuntura sobre a realidade no campo; solidariedade às primeiras ocupações de terra ocorridas na região na Fazenda Estiva e na Fazenda Rio Vermelho¹⁰⁷. As assembléias, enquanto espaço de participação, não representam somente a democratização das deliberações. Representam o espaço privilegiado onde ocorre o processo educativo, de construção de identidade coletiva. Foi nesse espaço que se elaboraram as primeiras estratégias de enfrentamento com o Estado, na perspectiva de garantir o direito dos trabalhadores rurais em relação ao acesso à saúde:

¹⁰⁷ Fonte: Atas das Assembléias do STRI, 1974 a 1987.

"09/08/78 - É assinado o convênio entre o INAMPS e o STR de Itapuranga, para prestar assistência médica hospitalar aos trabalhadores rurais e seus dependentes (beneficiários do pré-rural). Sistema de verba fixa mensal, reajustada de vez em quando(....).

28/03/80 - Comissão de oito pessoas vão à Superintendência do INAMPS reivindicar aumento da verba(...). Hospital funcionando com dificuldades. Verba insuficiente(...). Trabalhadores doando donativos em dinheiro(...). Os trabalhadores com vida difícil tem consciência que não é certo pagar para ser atendido no Hospital(...).

abril/1981 - Setenta Sindicatos de Trabalhadores Rurais do Estado reivindicam melhores subsídios para assistência à saúde ao Superintendente do INAMPS(...).

06/janeiro/84 - O Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga solta carta aberta aos associados expondo publicamente a critica situação da área da saúde(...).

28/março/84 - Assembléia do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga decide não mais atender aos indigentes a partir de 1º de maio de 84(...).

Fevereiro/85 - A equipe de saúde do Hospital avalia a crise e inicia a discussão com o Sindicato para solicitação do convênio com as Ações Integradas de Saúde. Logo após é realizada uma ampla reunião com os Associados para aprofundar a questão(...).

Setembro/86 - Decide-se fazer nova manifestação reivindicando convênio para o Hospital. Ida ao INAMPS, ficando 15 dias na porta da

Superintendência. Autoridades do INAMPS, no âmbito estadual, negam assinar convênio das AIS com o STRI, apesar de declarações do INAMPS nacional dizendo que o STRI pode assiná-lo(...).

06/10/86 - Acontece o 1º Seminário de Saúde das AIS em Itapuranga com a presença das CIS, CRIS, CIMS de Abadiânia e CIMS da cidade de Goiás. Mais de 600 trabalhadores marcam presença e ajudam a decidir a questão, em acordo com a CIS(..)..

final/86 - Funcionários demitidos. Hospital fechado. População sem atendimento. Sindicato em crise financeira. Prefeitura Municipal apática e insensível à situação(...).

22.02.87 - É fundada a Associação Popular de Saúde de Itapuranga, após um mês de discussão, elaboração dos Estatutos em Assembléia geral, com a presença de mais de 200 pessoas(...)¹⁰⁸.

A organização da Associação Popular de Saúde não implicou solução imediata para a assinatura do convênio com as Ações Integradas de Saúde. Significou, contudo, que a questão relacionada ao direito à saúde deixou de ser exclusividade de uma categoria de trabalhadores para ser de responsabilidade de um segmento maior da sociedade. Nessa dinâmica do processo de desenvolvimento da luta pela saúde, fortaleceram-se o espaço político e a prática social, que se ampliam ao unir os interesses de diversos segmentos: professores, lavadeiras, pequenos comerciantes, pequenos proprietários rurais, trabalhadores da saúde e funcionários públicos. Desenvolve-se a organização política, através do embate permanente com interesses antagônicos, exigindo-se a elaboração de estratégias para o enfrentamento com a classe hegemônica. Esse enfrentamento exige, por sua vez, a análise das forças que atuam no processo, a reflexão e planejamento de formas de resistência. Nada disso pode ser obra de um

¹⁰⁸ Fonte: Dossiê da Santa Casa do Povo de Itapuranga, 1987

indivíduo, mas de uma coletividade. Como parte do processo organizativo, implantou-se o programa permanente de formação política e educação em saúde, que era desenvolvido sistematicamente *“através de encontros, ciclos de debates, grupos de estudos, seminários e palestras abordando temas de interesse da comunidade e conforme necessidade de nossa realidade”*. Definiram, entre os seus objetivos, *“transformar a realidade em que estamos inseridos, valorizando o cidadão, a vida em comunidade, buscando uma sociedade sem tantas desigualdades, com uma distribuição de riqueza justa, uma sociedade fraterna”*¹⁰⁹. Assim, o processo organizativo significa o reconhecimento e a defesa dos direitos sociais na construção da identidade coletiva, na compreensão das estruturas vigentes na sociedade e suas contradições decorrentes do modelo de produção e reprodução das relações sociais.

A construção dessa identidade e a compreensão do modo de relações sociais é, portanto, um processo sempre inacabado e permeado por contradições e antagonismos. Não se realiza sem o aporte de práticas sociais pedagógicas. A construção de princípios e valores requer a necessidade de formulação de uma visão de mundo própria das classes subalternas que resultem em preposições para o embate com as relações sociais vigentes. Nesse sentido, a transformação social não é algo distante, mas como diz Gramsci (1979), que começa a ser construída no seio desta sociedade, através do processo educativo, da construção de uma nova concepção de mundo. Essa visão de sociedade, produzida no acúmulo das experiências populares, necessitam do exercício da sistematização. A participação ativa, enquanto processo de desalienação (Evers, 1984:18), implica em condição para que os movimentos sociais tornem-se sujeitos de sua própria história. A participação não existe pela vontade da natureza, mas enquanto processo, e neste a educação torna-se fundamental.

¹⁰⁹ APSI. Projeto de Educação em Saúde. Itapuranga, maio/88 e outubro/92.

MOPS: PROCESSO EDUCATIVO EM PERSPECTIVA

As práticas de saúde de caráter coletivo desenvolvidas na região do Vale do São Patrício foram motivadas por dois objetivos centrais: democratizar o acesso aos serviços de saúde e produzir a transformação social. Essas motivações inseriam-se na mística da possibilidade de se construir uma sociedade fundada na solidariedade, na liberdade, na igualdade e na justiça. Emergem em uma conjuntura demarcada pela inserção de segmentos da sociedade que se rebelavam contra todo processo de normalização e institucionalização do poder que, ao se estruturarem, organizam-se no Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício -MOPS-VSP. Emergem das experiências históricas de luta das classes subalternas da região: a organização dos colonos nas Ligas Camponesas na década de 50 e as práticas religiosas desenvolvidas pelas Comunidades Eclesiais de Base no início dos anos 70. É um momento de euforia e de perspectivas para aqueles que acreditavam e lutavam pela democratização da sociedade.

Emergem, também, em um momento que se encontravam em curso transformações sócio-político-econômico e culturais no modo de produção capitalista. Chegava-se ao fim o padrão de crescimento que Hobsbawm (1995) denominou como a "Era do Ouro", que provocou um grande *boom* na história de desenvolvimento do capitalismo. Chegava-se ao fim o *Welfare State*. Com a crise desse modelo, tem-se início a terceira revolução industrial¹¹⁰, fundada na revolução científica e tecnológica. Desenvolveram-se a robótica, a informática, a micro-eletrônica, a engenharia genética e a

¹¹⁰ Segundo Frigotto (1989) a primeira revolução industrial ocorreu com o surgimento das máquinas a vapor no século XVIII. O desenvolvimento da ciência, no final do século XIX, possibilitou ao capitalismo um novo salto a partir da utilização do aço, da energia elétrica, petróleo e indústria química.

química fina, que possibilitaram a produção e a reprodução do capital de forma ampliada e concentrada em escala mundial, alterando substancialmente as relações sociais. Esse fenômeno é identificado como globalização da sociedade ou “sociedade global”, “aldeia global”, “shopping center global”, “capitalismo global”. Segundo Ianni (1995:16), cada uma dessas metáforas *“suscitam ângulos diversos de análise , priorizando aspectos sociais, econômicos, políticos, geográficos, históricos, geopolíticos, demográficos, culturais, religiosos, lingüísticos, etc”*. A globalização é um fenômeno da atualidade, ao mesmo tempo em que é o desenvolvimento de um processo que tem suas raízes na história do capitalismo, que desde a sua origem revelou-se como um modo de produção internacional.

Ao revolucionar-se permanentemente, o modo de produção capitalista transforma as relações sociais, de forma desigual e contraditória, transforma-se crescentemente, atravessando crises, criando e recriando algumas de suas determinações estruturais: *“a burguesia não pode existir sem revolucionar continuamente os instrumentos de produção, portanto, as relações sociais.(...). O revolucionamento contínuo da produção, o abalo ininterrupto de todas as condições sociais, a perene insegurança e movimento caracterizam a época burguesa em face de todas as outras épocas anteriores”* (Marx, 1978:96). Esse movimento permanente e contínuo impõe as transformações sociais, econômicas, culturais e políticas que ocorrem nesse final de século e se configuram pela *“intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa”* (Giddens, 1991, 69).

Destaca-se, nesse processo de transformação, o redimensionamento do papel do Estado, que deixa de atuar como agente regulador do mercado e como agente investidor em setores básicos da economia. Na redefinição dos papéis, retoma-se o princípio do mercado do ideário do liberalismo e do neoliberalismo. Segundo Ianni (1995:78), pode-se dizer que a teoria da modernização tem por base também o princípio da “mão invisível” imaginado, pela primeira vez, por Adam Smith: *“na medida em que se*

desenvolve a divisão do trabalho social em escala nacional, regional, internacional e global, promove-se a difusão dos fatores produtivos, das capacidades produtivas, dos produtos produzidos e do bem estar geral". Na globalização da sociedade, o neoliberalismo generaliza as forças do mercado capitalista em escala mundial. Por sua vez, ao Estado cumpre o papel de garantir a estabilidade monetária, através da disciplina orçamentária, restauração da taxa natural de desemprego e reformas fiscais com o objetivo de incentivar agentes econômicos, reduzindo os impostos sobre os rendimentos mais altos. Para se evitar as baixas taxas de crescimentos, o "excessivo" poder dos sindicatos, que *"havia corroído as bases de acumulação capitalista com suas pressões reivindicativas sobre os salários e com sua pressão parasitária, para que o Estado aumentasse cada vez mais os gastos sociais"*, emerge a proposta neoliberal para *"manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas"* (Anderson, 1995:10-11).

Assim, antes mesmo do Estado do Bem Estar Social ter sido implementado nos países periféricos, viu-se derrotado. É paradoxal que a Constituição brasileira tenha declarado, em 1988, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Primeiro porque a política de saúde no Brasil funda-se no modelo de privatização da assistência médica promovida pela atuação do Estado pelo sistema de proteção social, e esse fenômeno se intensificou na década de 70 (Cohn, 1995:233); segundo, porque esse é o período em que se acentua o "discurso" modernizante, apregoando, principalmente, a liberdade de mercado e reforçando a idéia de um Estado causador da crise inflacionária, responsável pela cobrança de altos impostos e dotado de uma burocracia ineficiente.

Esse reordenamento do Estado vem significando a minimização da ação estatal que ocorre, principalmente, através da privatização do setor produtivo e dos serviços controlados pelo Estado e redução dos investimentos nas políticas sociais. As responsabilidades são transferidas para o âmbito privado: à família, à comunidade e aos serviços privados. *"O Estado só deve intervir com o intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não podem ou não querem*

produzir, além daqueles que são, a rigor, de apropriação coletiva” (Laurell, 1995:163). Assim, o acesso aos serviços sociais, entre os quais os serviços de saúde, torna-se seletivo, destinados somente aos mais pobres dos pobres, deixando, portanto, de constituir-se em “direito” de todos. Nesse sentido, o neoliberalismo opõe-se radicalmente às diretrizes da política de saúde previstas no Sistema Único de Saúde: a universalização, a igualdade e a gratuidade. Como estratégia para concretizar a redução da ação estatal no âmbito das políticas sociais, tem-se: a privatização do financiamento e da produção dos serviços, corte nos gastos sociais, atendimento seletivo, descentralização como mecanismo para a eficácia dos gastos.

A minimização do Estado, no que diz respeito à redução dos investimentos nas políticas sociais, se agrava face ao aprofundamento das contradições sociais decorrentes desse modelo de desenvolvimento. A economia, nesse período, cresce, mas não de forma tranqüila. Os problemas não são novos, são os mesmos gerados pelas contradições do capitalismo, que acentua as desigualdades entre norte-sul, ricos-pobres, brancos-negros e tornam-se problemas de ordem global. O inimigo do capitalismo não é o comunismo, é o próprio capitalismo. O espetáculo da miséria humana ocupa ruas e calçadas. Pobreza, desemprego em massa, miséria e instabilidade já não são um “privilégio” somente do terceiro mundo. A mercadoria tornou-se, antes que o homem, cidadã do mundo. O mercado globalizou-se, dispõe de incríveis avanços tecnológicos acessíveis para aqueles que se encontram incluídos no mercado. Mas a miséria e o desemprego também se globalizaram. A concentração de riqueza, tendência lógica do capitalismo, assume proporções estarrecedoras: os 20% mais ricos detêm, nesse final de século, 85% da economia mundial, enquanto os 20% mais pobres passam a deter o equivalente a 1,4 da economia mundial; 1/6 da humanidade vive com menos de 1 dólar por dia¹¹¹. Em 1960, havia 51% de pessoas vivendo abaixo da linha da pobreza na América Latina, que equivalia a 110 milhões de habitantes. Em 1970, essa proporção diminuiu para 40%. Com a crise da dívida externa e implementação de políticas de ajuste e estabilização neoliberal, a percentagem votou a subir. Em 1986, a proporção de pobres

¹¹¹ LOPES, Carlos. *Globalização e Marginalidade*. (United Nations Development Programme/EUA) Conferência proferida em Marília, SP, 18 a 21 setembro/1995.

era de 43%; em 1990, passou para 46%, o equivalente a 196 milhões de habitantes. A projeção do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento é de que no ano 2.000, haverá 296 milhões de pobres, 56% do total da população. (Borón, 1994)

Com tais índices de concentração de renda, o terrorismo e a marginalidade tornaram-se problemas globais. Inclusão e exclusão são faces da mesma moeda, acentuando o caráter contraditório nas relações sociais. Não é mais suficiente falar em segmentos excluídos, em atividades que desaparecem com a nova divisão internacional do trabalho, em trabalhadores que deixam o setor primário da produção para vender sua força de trabalho no setor de serviços. O que existe hoje são zonas de exclusão. Na agenda social desse final de século, têm-se: extrema pobreza, doenças, analfabetismo, desemprego, narcotráfico, terrorismo e guerras étnicas. Nesse contexto, a minimização não está relacionada somente ao tamanho do Estado, mas também aos valores de igualdade, liberdade e fraternidade, cunhados pela própria burguesia para derrotar o feudalismo. A privatização não é somente uma medida para alcançar a estabilidade monetária, mas circunscreve, também, um modo de vida da classe burguesa em que a segurança, inclusive pessoal, é privada; a escola de seus filhos é privada; a saúde é privada e pode ser obtida nos melhores centros médicos do mundo; o lazer é privado; o transporte é privado e realizado no espaço aéreo e não nas avenidas da vida.

Na elaboração de seus discursos a realidade é invertida. O que impede o crescimento econômico, ou melhor, a modernização, são os sindicatos, e com estes as conquistas sociais e tudo que se relacione com a equidade e com a justiça social. Como essas transformações afetam a natureza e a dinâmica do processo de organização do Movimento Popular de Saúde?

Na questão específica da saúde não havia o que “desmontar”. A estrutura da prestação dos serviços de saúde no Brasil funda-se no sistema privado que se transformou em um setor de acumulação do capital. Com a Constituição de 1988, ocorreu a institucionalização das propostas do Movimento Sanitário e dos Movimentos Populares de Saúde, o que não significou mudanças concretas na lógica de articulação

entre o capital privado e a base de financiamento do sistema de proteção social. (Cohn, 1995:243). Após 1988, tornou-se visível o sucateamento dos serviços públicos de saúde, que foram amplamente focalizados pela mídia brasileira, preocupados em visibilizar a “eficiência” do setor público. Para o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício significou a necessidade em prosseguir, em meio às permanentes crises financeiras, criando alternativas para manter a oferta de prestação de serviço. O aspecto central desse movimento se constituiu no fato de ser desencadeador de experiências de sistemas de autogestão e reação ao caráter excludente do modelo econômico.

Os serviços conveniados, financiados com recursos da previdência social e que são remunerados pelo critério de atos médicos segundo cotas de Autorização de Internação Hospitalar, são afetados pelo baixo valor dos procedimentos médicos efetuados e sistemática diminuição do quantitativo de AIHs, demonstrando que para os prestadores de serviços de saúde, que não objetivam fins lucrativos, o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde não se constituiu em avanços e soluções. A experiência da Associação Popular de Saúde reflete essa realidade. O período em que ocorreu maior número de internações (1978 -1987) refere-se à vigência dos convênios com o Funrural, que determinava cotas fixas segundo a capacidade de atendimento (Ver tabela 3). Não significa, contudo, afirmar que, mesmo nesse período, as receitas advindas da prestação de serviços, por meio de convênios com o Estado, tenham sido suficientes.

Para evitar as permanentes crises financeiras, recorria-se à práticas de solidariedade entre a própria comunidade e com comunidades de outros países por intermédio de convênios de cooperação ou doações espontâneas. Durante o período em que a Unidade Hospitalar de Itapuranga foi administrada pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga, de 1976 a 1986, 28,56% do montante das despesas com os serviços de saúde eram financiados pelos próprios trabalhadores rurais, através do repasse de mensalidades sindicais, contribuições e doações¹¹². Os trabalhadores eram

¹¹² Fonte: Balanços financeiros do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga. Obs.: todos os valores foram convertidos para o dólar americano devido à instabilidade da política monetária no Brasil durante o período em estudo.

co-financiadores de um serviço que “deveria” ser mantido pelo Estado. Sob a administração da Associação a situação não se inverteu, aumentaram as campanhas de arrecadação de gêneros alimentícios, leilões e rifas, a fim de assegurar a continuidade do trabalho. A prestação de serviços passa a ser de responsabilidade da sociedade civil.

A temporalidade do Movimento Popular de Saúde na região do Vale do São Patrício e a superação dos momentos de crise relacionam-se ao fato de que esse movimento sustenta-se em experiências organizativas que foram além do caráter reivindicatório; constituíram-se em experiências de autogestão de serviços de saúde que se opunham ao modelo privatizante de saúde e ao modelo econômico excludente. Não é um movimento que se pode declarar autônomo frente ao Estado, uma vez que é na interação com o Estado que concretizam seus objetivos de universalização da saúde e gratuidade. Nessa interação, que é em si uma relação de subordinação, porque necessitam do Estado para manter os serviços de saúde e porque acreditam ser papel do Estado financiar o acesso à saúde por constituir um direito do cidadão¹¹³, o Movimento Popular de Saúde está sujeito a ser cooptado, e ao mesmo tempo, adota uma postura de desafio. O grande desafio, sem dúvida, é permanecer atuando em detrimento ao modelo privado de saúde.

Nessa relação dialética de subordinação/desafio/cooptação, frente à hegemonia das classes dominantes, processam-se as transformações em relação à definição de papéis, identidade, estratégias de ação, relação com outros movimentos sociais e relação com o Estado. Tais transformações operam-se no âmbito de uma sociedade que tem como característica o fato de revolucionar-se continuamente, transformando-se e transformando as relações sociais. Nesse sentido, determinadas práticas ou demandas expressas pelos movimentos sociais na agenda de questões do Estado podem significar avanços no plano dos sistemas de representação, configurando “*novas formas de manifestação de identidade coletivas, que carregam consigo as contradições entre a conquista de uma cidadania ampliada e a permanência de uma situação de exclusão*” (Jacobi, 1987:19). Em determinados momentos, essas mesmas práticas e

¹¹³ No rodapé da receita médica da APSI vem impresso: “Saúde: dever do Estado e direito do cidadão”

demandas podem não significar avanços, como, por exemplo, a demanda pela descentralização, que significa a possibilidade de democratização das relações sociais, mas vem-se tornando mecanismos de reprodução dos vícios estruturais na realidade política brasileira, pautados em práticas clientelistas.

Nesse sentido, as características do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício vêm alterando-se em decorrência das transformações ocorridas na sociedade capitalista e, particularmente, na sociedade brasileira. O fato de desenvolver-se em uma região cuja relações de produção assentam-se na pequena propriedade, confronta-se permanentemente com os limites que o modo de produção capitalista impõe à pequena propriedade: *"a intermitente e sempre renovada expropriação e expulsão do povo do campo"*, liberando os trabalhadores, seus meios de subsistência, o material de trabalho e criando o mercado interno. (Marx, 1988,272). A luta pela saúde, nesse espaço, circunscreve-se no conjunto de mecanismos que os pequenos proprietários, meeiros, parceiros e trabalhadores rurais, com o apoio de profissionais de saúde, criam e recriam para resistir na terra. Nesse sentido, o alcance transformador da luta pela saúde encontra seus limites nas características histórico-estruturais da região em que se desenvolve, cujo principal objetivo é a manutenção da pequena propriedade.

O Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício, que tem sua origem no processo organizativo construído historicamente pelos trabalhadores rurais, meeiros e pequenos proprietários da região vem-se alterando-se no processo das atuais transformações que ocorrem no cenário sócio-econômico-político e cultural da sociedade brasileira e nas ações coletivas que se articulam com as lutas populares da região e com as lutas mais amplas que ocorreram no país (CUT, MOPS-nacional, Diretas, já!, Movimento Feminista, Partido Político, etc.). Nesse processo, a luta popular de saúde desloca-se do eixo resistência/democratização para o eixo dos direitos sociais/cidadania, visando ampliar as conquistas sociais na sociedade capitalista, encontrando-se em permanente conflito na relação de desafio e/ou subordinação que estabelece com o Estado e com as classes hegemônicas.

Portanto, o Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício encontra a sua identidade, limites e possibilidades nas mediações que a questão da saúde estabelece com as relações de produção agrária, fundada na pequena propriedade, em que a expropriação e expulsão do homem da terra é uma constante ameaça. Nesse sentido, as ações coletivas de caráter contestatório, expressas nas práticas sociais desenvolvidas pelo Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício, configuram-se em ações de resistência que se processa em articulação com as demais demandas sociais, que objetivam a defesa e a ampliação dos direitos sociais, tendo em vista a permanência do homem na terra.

Das tensões que se estabelecem entre as classes subalternas e as classes hegemônicas operam-se as transformações na dinâmica dos movimentos sociais. O Movimento Popular de Saúde, em sua constituição e em seu processo de desenvolvimento, transformou-se, ao longo do período em estudo. Quando emergiu, em meados da década de 70, dele sobressaía seu caráter de resistência. Nessa perspectiva, a questão da transformação colocava-se no âmbito da ruptura com a sociedade capitalista, traduzida em ações coletivas contestatórias em relação à democracia liberal, que implicava a separação entre igualdade política e desigualdade econômica. À medida em que as classes hegemônicas se rearticulavam, processava-se a transição política, deslocava-se o eixo de luta, que passou a ser concebido no âmbito da cidadania¹¹⁴, entendida como um estado de direito e deveres composta, segundo Marshall, por três elementos: direitos civis, direitos políticos e direitos sociais. No campo dos direitos sociais, a Constituição de 1988 significou, ainda que teoricamente, um grande avanço para as lutas populares. Esse período foi caracterizado por intensas articulações entre os movimentos populares no Vale do São Patrício, e a questão da transformação é compreendida no âmbito das conquistas sociais.

¹¹⁴ Sobre a relação entre cidadania, subjetividade e emancipação ver: SANTOS, Boaventura de Souza. "Pela Mão de Alice - O social e o político na pós-modernidade". 2 ed. São Paulo, Cortez, 1996.

Com o advento das políticas neoliberais, da flexibilização do mercado, o aumento do desemprego e da miséria, a questão da transformação social, compreendida enquanto projeto emancipador, impõe novos desafios para os movimentos populares. Segundo Ianni (1995,138), o *“modo capitalista de produção pode ser visto como um todo complexo, desigual, contraditório e dinâmico, uma totalidade aberta e propriamente histórica”*. Nas contradições desse processo, novos desafios são colocados na relação do Movimento Popular de Saúde no Vale do São Patrício e na relação que este estabelece com as demais organizações populares da região, na relação com o Estado, com as organizações não-governamentais brasileiras e transnacionais. Nesse processo, o MOPS-VSP constrói a sua identidade, define e redefine o seu papel na sociedade. Afinal, trata-se de um movimento que enfrenta o permanente desafio de criar e recriar práticas educativas em saúde que estabeleçam mediações com as questões da produção agrária fundada na pequena propriedade, ao mesmo tempo, que possa contribuir com a garantia e ampliação dos direitos relacionados a saúde.

Assim, não há dúvidas quanto a fertilidade do MOPS-VSP, que se encontra relacionada ao aprofundamento da organização social enquanto processo de educação permanente, e compreende a aprendizagem a partir do contexto no qual se insere, definindo os seus conteúdos, segundo aspectos políticos-pedagógicos, associados aos desafios encontrados no enfrentamento da questão da saúde como condição de vida

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A) LIVROS, ARTIGOS, TESES E DISSERTAÇÕES

- ANDERSON, Perry. *Balanço do Neoliberalismo*. In: GENTILLI, Pablo; SADER, Emir. *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 2 ed. São Paulo, Cortez; Campinas, Editora da Unicamp, 1995.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). *Pesquisa Participante*. 7 ed. São Paulo Editora Brasiliense, 1988.
- _____. *Da educação fundamental ao fundamental da educação*. Caderno CEDES, 5 reimpressão, São Paulo, Cortez, n 1, p. 5-34, 1980.
- BADALONI, Nicola. *Liberdade Individual e Homem Coletivo em Antonio Gramsci*. In: *Política e História em Gramsci*. Instituto Gramsci. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.
- BENEDETTI, Luiz Roberto. *Os Santos Nômades e o Deus Estabelecido: um estudo sobre religião e sociedade*. São Paulo, Edições Paulinas, 1983.
- BISPOS DA AMÉRICA LATINA. *Conclusões de Medellin*. 5 ed. São Paulo, Edições Paulina, 1984.
- BORÓN, Atilio. *A sociedade civil e o dilúvio neoliberal*. In: SADER, Emir, GENTILLI, Pablo (orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.

- BOTTOMORE, Tom. *Dicionário do Pensamento Marxista*. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1983
- BRANT, Vinícius Caldeira. *Da Resistência aos Movimentos Sociais: a emergência das classes populares em São Paulo*. In: SINGER, Paul; BRANT, Vinicius Caldeira. *São Paulo: O Povo em Movimento*. 2 ed. Petrópolis, Vozes, 1981. p. 9-24.
- CALDERÓN, Fernando; JELIN, Elizabeth. *Classes Sociais e Movimentos Sociais na América Latina: Perspectivas e Realidades*. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais. nº 5, vol.2. out 1987.
- CALDERON, Adolfo Ignácio. *Gestão municipal, cidadania e participação popular*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n 40, dezembro 1992. p. 5-26.
- CAMPOS, F. Itami. *Coronelismo em Goiás*. 1ª reimpressão. Goiânia, Editora da Universidade Federal de Goiás, 1987.
- CARDOSO, Franci Gomes. *Organização das Classes Subalternas: um desafio para o Serviço Social*. São Paulo, Cortez Editora ; Maranhão, Editora da Universidade Federal do Maranhão, 1995.
- CARNEIRO, Maria Esperança Fernandes. *A revolta camponesa de Formoso e Trombas*. Goiânia, Editora da Universidade Federal de Goiás, 1986.
- CARTAXO, Ana Maria Baima. *estratégia de Sobrevivência: a previdência e o Serviço Social*. São Paulo, Cortez, 1995.
- _____. *Análise da política previdenciária brasileira na conjuntura nacional - da Velha República ao Estado autoritário*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez Editora, nº 40, p. 58-80, dezembro/1992.
- CEDEC.(CENTRO DE ESTUDOS DE CULTURA CONTEMPORÂNEA. *Sindicatos em uma época de crise*. Petrópolis, RJ, Vozes, 1984.
- CEDI. *O Meio Grito. Um estudo sobre as condições, os direitos, o valor e o trabalho popular, associados ao problema da Saúde em Goiás*. Rio de Janeiro, Tempo e Presença, 1980.
- CNBB. *Puebla: A Evangelização no Presente e no Futuro da América Latina*. 7 ed Petrópolis, Vozes, 1987.

- COHN, Amélia. *Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil*. In: LAURELL, Asa C.(org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo, Cortez, 1995. p.225-244.
- COMISSÃO PASTORAL DA TERRA. *Conquistar a terra, reconstruir a vida: CPT - dez anos de caminhada*. Petrópolis, Vozes, 1985.
- COSTA, Beatriz. *Para analisar uma prática de educação popular*. 5 ed. Cadernos de Educação Popular, n 1, Petrópolis, Vozes, 1987.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Condições de Saúde*. In: Saúde e Trabalho no Brasil. IBASE (org.). 2 ed. Petrópolis, Vozes, 1983.
- COSTA, N. do Rosário; MINAYO, C. de Souza; et alii. *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis, Vozes, 1989.
- COSTA, Silvio. *Tendências e Centrais Sindicais: O movimento sindical brasileiro de 1978 a 1994*. São Paulo, Editora Anita Garibaldi; Goiânia, Editora da Universidade Católica de Goiás, 1995.
- EVANGELISTA, João E. *Crise do marxismo e irracionalismo pós-moderno*. São Paulo, Cortez, 1992.
- EVERS, Tilman. *Identidade: a face oculta dos novos movimentos sociais*. Revista Novos Estudos Ceprap, São Paulo, v 2, n 4, p. 11-23, abril,1984.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.
- _____. *Educação como Prática da liberdade*. 12 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.
- GADOTTI, Moacir. *Concepção dialética da educação: um estudo introdutório*. São Paulo Cortez: Autores Associados, 1983.
- GADOTTI, Moacir; TORRES, CarlosA. (orgs). *Educação Popular: Utopia Latino-Americana*. São Paulo, Editora Cortez, Editora da Universidade de São Paulo, 1994.
- GENTILI, Pablo A.A.; SILVA, Tomaz Tadeu da.(orgs). *Neoliberalismo, Qualidade Total e Educação visões críticas*. Petrópolis, Vozes, 1994.
- GERMANO, José Willington. *Estado Militar e Educação no Brasil (1964-1985)*. São Paulo, Cortez Editora e Editora Unicamp, 1993.

- GIDDENS, Anthony. *As Conseqüências da Modernidade*. Tradução Raul Fiker. São Paulo, Editora Unesp, 1991.
- GOHN, Maria da Glória. *Reivindicações Populares Urbanas. Um estudo sobre as Associações de Moradores em São Paulo*. São Paulo, Editora Autores Associados e Cortez Editora, 1982.
- _____. *Movimentos Sociais e Educação*. 2 ed. . São Paulo, Cortez Editora, 1994.
- _____. *Conselhos Populares e participação popular*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n.34, p. 65-89, dez.1990.
- _____. *As relações Sociedade Civil e Estado nos anos 90: perspectivas sobre a participação*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo , Cortes, n 36, p. 13-20, agosto, 1991.
- GRAMSCI, Antonio. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Tradução Carlos Nelson Coutinho. 8 ed. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1991.
- _____. *Gramsci: sobre poder, política e partido*. Tradução de Eliana Aguiar. Organização Emir Sader. 2 ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1992.
- _____. *Maquiavel, a Política e o Estado Moderno*. Tradução Luiz Mário Gazzaneo. 5 ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1984.
- GUIMARÃES, Maria Teresa Canesin. *Formas de Organização Camponesa em Goiás (1954/64)*. São Paulo, 1982. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) . Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).
- HARVEY, David. *Condição Pós-Moderna: Uma pesquisa sobre as origens da Mudança Cultural*. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo, Edições Loyola, 1993.
- HOBBSBAWM, Eric. *Era dos Extremos: o breve século XX: 1914-1991*. Trad: Marcos Santarrita, São Paulo, Companhia de Letras, 1995.
- _____. *A Era das Revoluções: 1789 - 1848*. Trad: Maria Tereza Lopes Teixeira e Marcos Penchel. Rio de Janeiro, 9ª ed, Paz e Terra, 1994.
- IANNI, Octavio. *A Sociedade Global*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1992.
- _____. *Teorias da Globalização*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1995.
- _____. *Dialética e Capitalismo*. 3 ed. Petrópolis, Vozes, 1988.

- JACOBI, Pedro. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por saneamento básico e saúde São Paulo 1974-1984*. São Paulo, Cortez, 1989.
- _____. *Movimentos Sociais Urbanos Numa Época de Transição: Limites e Potencialidades*. In: *Movimentos Sociais na Transição Democrática*. Emir Sader (org.) São Paulo, Editora Cortez, p. 11-23, 1987.
- _____. *Descentralização e participação*. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez, nº. 41, p.22-38, abril, 1993.
- KOWARICK, Lúcio. *Movimentos urbanos no Brasil contemporâneo: uma análise da literatura*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v.1, nº. 3, p.38-50, fevereiro, 1987.
- KURZ, Robert. *O Colapso da Modernização: Da Derrocada do Socialismo de Caserna à Crise da Economia Mundial*. 3 ed. São Paulo, Editora Paz e Terra, 1993.
- LACLAU, Ernesto. *Os novos movimentos sociais e a pluralidade do social*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v.1, nº. 2, outubro, 1986.
- LAURELL, Asa Cristina (org). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo, Cortez, 1995.
- MARTINS, José de Souza. *A Reforma Agrária e os Limites da Democracia na "Nova República"*. São Paulo, Editora Hucitec, 1986.
- _____. *Expropriação e Violência : A questão política no campo*. São Paulo, Editora Hucitec, 1980.
- _____. *Não há terra para plantar neste verão: o cerco das terra indígenas e das terras de trabalho no renascimento político do campo*. Petrópolis, Vozes, 1986.
- MARX, Karl. *O Capital: Crítica da Economia Política*. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe, 3 ed. V. I,II,V. São Paulo, Nova Cultural, 1988.
- _____. *O 18 Brumário e Cartas a Kugelmann*. Tradução de Leandro Konder e Renato Guimarães. 5 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A Ideologia Alemã - Teses sobre Feuerbach*. São Paulo, Editora Moares, 1984
- _____. *O manifesto comunista*. 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978.

- MOURA, Ivanilde Gonçalves. *A Igreja do Evangelho: A Construção de um Sonho - A Diocese de Goiás nos Anos Setenta*. São Paulo, 1989. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade de São Paulo.
- MORAIS, João Francisco Regis de. *Os Bispos e a Política no Brasil*. São Paulo, Editora Autores Associados e Editora Cortez, 1982.
- NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do. *Movimentos Sociais e educação popular*. Caderno Abess. São Paulo, n. 2, p.29-43, out.1988.
- NEIVA, Ivany Câmara. *O Outro Lado da Colônia: Contradições e Formas de Resistência Popular na Colônia Agrícola Nacional de Goiás*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas, UNB, Brasília, 1984.
- NETTO, José Paulo. *Transformações Societárias e Serviço Social*. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Ed. Cortez, nº. 50, p.87-132, abril, 1996.
- OLIVEIRA, Jane Souto de. *O traço da desigualdade social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1993. mimeo.
- OLIVEIRA, Jaime A.A.; TEIXEIRA, Sonia M.F. *(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1986.
- OLIVEIRA, Raimunda Nonato da Cruz. *O espaço público sócio-político da educação em Saúde Pública*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 36, São Paulo, Editora Cortez, agosto, 1991.
- PAIVA, Vanilda Pereira. *Educação popular e educação de adultos*. São Paulo, Loyola, 1983.
- PALACÍN, Luís e MORAES, Maria Augusta de Sant'Ana. *História de Goiás*. 6ª ed. Goiânia, Ed. da UCG, 1994.
- PESSOA, Jadir de Moraes. *A Igreja da Demência e o Silêncio do Fiel. Um Estudo Antropológico Sobre as Relações Entre Uma Igreja Católica Pós-Conciliar e os Diferentes Grupos e Práticas do Catolicismo Popular na Região de Ceres, em Goiás*. Dissertação de Mestrado, Programa de Mestrado em Antropologia Social do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UNICAMP, Campinas, 1990.

- POLETTI, Ivo. *A CPT e os Camponeses*. In: Conquistar a terra, reconstruir a vida, CPT- dez anos de caminhada. Petrópolis, Editora Vozes, 1985.
- PRADO JUNIOR, Caio. *História Econômica do Brasil*. 40ª ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1943.
- RESENDE, Anita Cristina. *Movimentos Sociais: Alguns problemas teóricos à sua reflexão*. Mimeo. Goiânia, 1988.
- RIBEIRO, Lúcia. *Como pensar os movimentos de saúde?* In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez Editora, nº 29, p.5-14, abril /1989.
- _____. *Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n.3, p.264-275, jul/set, 1989.
- SADER, Eder; PAOLI, Maria Célia. *Sobre as classes populares no pensamento sociológico brasileiro. (Notas de leitura sobre acontecimentos recentes)*. In: CARDOSO, Ruth (org.). *A aventura antropológica*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986-p.39-67.
- SADER, Emir (Org). *Movimentos Sociais na Transição Democrática*. São Paulo, Cortez Editora, 1987.
- SADER, Emir; GENTILI, Pablo(orgs). *Pós-Neoliberalismo: As Políticas Sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1995.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. 2ª. ed. São Paulo, Cortez, 1996.
- SANTOS, José Vicente Tavares. *Lutas Agrárias e Cidadania*. In: Crise Política, Movimentos Sociais e Cidadania. VIOLA, E.J., WARREN, I. Scherer e KRISCHKE, P. (orgs). Florianópolis, Editora da UFSC, 1989.
- SANTOS, Older José. *Pedagogia dos Conflitos Sociais*. Campinas, SP, Papyrus, 1992.
- SAVIANI, Dermeval. *Pedagogia Histórico-Crítica primeiras aproximações*. 4 ed. Campinas, SP, Autores Associados, 1994.
- SCHERER-WARREN, Ilse. *Redes de Movimentos Sociais*. São Paulo, Edições Loyola, 1993.
- SILVA, José Francisco. *A situação agrária e a posição do movimento sindical dos trabalhadores rurais*. Revista de Cultura Vozes, v. 77, n 2, p. 105-111, março, 1981.

- SINGER, Paul; BRANT, Vinícius Caldeira(Orgs). *São Paulo: O Povo em Movimento*. 2ª ed. Petrópolis, Editora Vozes, 1981.
- SMEKE, Elizabeth de L.M. *Descobrendo Percursos para a pesquisa em saúde no trato com o movimento social*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9, p. 39-47, jan/mar, 1993.
- SOMARRIBA, Maria das Mercês Gomes. *Lutas por saúde: da participação comunitária à participação popular*. Belo Horizonte, 1988, mimeo.
- SUCHODOLSKI, Bogdan. *A pedagogia e as grandes correntes filosóficas*. Tradução Lílina Rombert Soeiro. Lisboa, Livros Horizontes, 1978.
- TEIXEIRA, Sonia Fleury(org.). *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro, Abrasco, 1995.
- TORRES, Carlos Alberto. *Educação de Adultos e educação popular na América Latina*. In: GADOTTI, Moacir; TORRES, Carlos A. (orgs). *Educação Popular: utopia latino-americana*. São Paulo, Cortez, Edusp, 1994. p. 249-270.
- VAN STRALEN, Cornelius J. *Do Projeto de Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas*. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). *Projetos Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro, Abrasco, 1995. p.165-192.
- VIOLA, E.J.; SCHERER-WARREN, P.; KRISCHKE, P. (orgs). *Crise Política, Movimentos Sociais e Cidadania*. Florianópolis, Editora da UFSC, 1989.
- YAZBEK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo, Cortez, 1993.
- WANDERLEY, Luiz Eduardo. *Educar para Transformar - Educação popular, Igreja Católica e Política no Movimento de Educação de Base*. Petrópolis, Vozes, 1984.
- _____. *A "nova" (des)ordem mundial - implicações para a universidade e a formação profissional*. In: Revista Serviço Social e Sociedade, nº 44, ano XV, abril, 1994, p.5-25.
- _____. *Formas e orientações da educação popular na América Latina*. In: GADOTTI, moacir; TORRES, Carlos A.(orgs.). *Educação popular: utopia latino-americana*. São Paulo, Cortez, Edusp, 1994. p.50-68.

V CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. *O Serviço Social nas Relações Sociais: Movimentos Populares e Alternativas de políticas Sociais*. São Paulo, Cortez Editora, ANAIS, 1987.

B) DOCUMENTOS

ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA. Dossiê da Santa Casa do Povo. Itapuranga, 1988.

BALDUÍNO, Dom Tomás. Sociedade Civil e Participação no Setor Saúde. In: Conferência Estadual de Saúde, I, Goiânia, 1986. Anais da 1ª Conferência Estadual de Saúde, Goiânia: Organização de Saúde do Estado de Goiás, 1987. p. 93-96.

BUSS, Paulo. Reorganização do Setor Saúde: Tendência e Perspectiva. In: Conferência Estadual de Saúde, I, Goiânia, 1986. Anais da 1ª Conferência Estadual de Saúde, Goiânia, Organização de Saúde do Estado de Goiás, 1987. p.31-35.

CNBB. Puebla: A Evangelização no Presente e no Futuro da América Latina. 7 ed. Petrópolis, Editora Vozes, 1987.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 1988

DIOCESE DE GOIÁS. Condições De Vida e Situação De Trabalho Do Povo De Goiás. Cadernos 1,2,3,4,5,6,7 e 8 . Goiânia, Editora da Universidade Católica de Goiás, 1986.

_____. 20 Anos Servindo o Povo que se Liberta: 1968-1988. Goiás, mimeo. 1988.

COELHO, Marilene A.; GONTIJO, Perpétua M. *Associação Popular de Saúde de Itapuranga - uma experiência de auto-gestão e participação popular*. In: 1º Congresso Brasileiro da Comunidade e Trabalho Social - Autogestão, Participação e Cidadania, Belo Horizonte, Rumos Editorial, Belo Horizonte.

- FETAEG. *Proposta do Movimento Sindical de Trabalhadores Rurais para a 1ª Conferência Estadual de Saúde*. In: Anais da 1ª Conferência Estadual de Saúde. Goiânia, Organização de Saúde do Estado de Goiás, 1987. p.127-131.
- MICHALIZEN, Paulo Roberto. *O Meio Grito*. Jornal Opção, 7 set 1980. Entrevista.
- NOSSAS PLANTAS E NOSSA SAÚDE. Equipe de saúde comunitária Hospital São Pio Xº, Ceres, GO.
- RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Mimeo.
- RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE. Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF, Brasil, 1979.
- RODOVALHO, Regina Carrijo. *Histórico do Hospital São Pio Xº*. Ceres, abril/1994.
- SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE ITAPURANGA. *Proposta do Município de Itapuranga para a 1ª Conferência Estadual de Saúde*. In: Anais da 1ª Conferência Estadual de Saúde. Goiânia, Organização de Saúde do Estado de Goiás, 1987. p. 215-216.

C) CONVÊNIOS

- ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA. Convênio de cooperação financeira que, entre si, celebram a Associação Popular de Saúde e CEBEMO. Itapuranga, 3 maio 1988,1992.
- ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA. Convênio de cooperação financeira que, entre si, celebram a Associação Popular de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, 1990, 1992.
- DIOCESE DE GOIÁS. Convênio de cooperação financeira que, entre si, celebram a Diocese de Goiás-Hospital São Pio Xº e o Movimento Laici America Latina. Ceres, 1º out.1991.

HOSPITAL SÃO PIO Xº. Convênio de cooperação financeira que, entre si, celebram o Hospital São Pio Xº e a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, 1975, 1976,1979, 1986, 1989, 1992.

HOSPITAL SÃO PIO Xº. Convênio de cooperação financeira que, entre si, celebram o Hospital São Pio Xº e CEBEMO, 1979,1983.

SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE ITAPURANGA. Convênio de cooperação financeira que, entre si, celebram o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga e a Organização de Saúde do Estado de Goiás, 1978.

D) ATAS DE REUNIÕES

ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA, Itapuranga. *Atas de Assembléias*. 1987-1992- Livros nº 1, 2.

HOSPITAL SÃO PIO Xº, Ceres. *Atas de Assembléias- 1974 - 1992*. Livro nº 1.

SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE ITAPURANGA, Itapuranga. *Atas de Reuniões*- 1972-1986. Livros números 1,2,3,4,5,6,7,8.

**ATA DE FUNDAÇÃO DO SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS DE
ITAPURANGA**

Ata da fundação do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tapuruçá.

Por dezesseis dias do mês de julho de Nove mil novecentos e setenta e seis, nesta cidade de Tapuruçá Goiás, as doze (12) horas reuniram-se de livre vontade, com o fito especial de fundar um sindicato de Trabalhadores Rurais, nos termos da legislação em vigor, as pessoas físicas cujas namur, idades e todos. Curs, categorias profissionais, constam na relação individual, em numero de 139, todos residentes neste município. Foi aclamado como diretor do Trabalho o sr. Antônio Ferreira Bueno que convidou para secretário o sr. Romão da Mata e Silva, ficando assim constituída a mesa, a seguir o diretor do Trabalho mandou proceder a leitura do Edital de Convocação para o conhecimento de todos os presentes e passou-se a discussão do item um do mesmo Edital sobre a fundação do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tapuruçá. Vários proadores se fizeram ouvir, todos eles defendendo a tese de fundar o sindicato, para defender os interesses da classe, usufruindo dos direitos, assim como submeter-se ao cumprimento contante da legislação sindical. Após muita discussão passou-se a votação da matéria por aclamação, tendo-se verificado a aprovação por unanimidade da ideia de fundação do Sindicato. Posteriormente dando continuidade ao que determinava o Edital de Convocação, passou-se a discussão dos estatutos sociais dos quais foi procedida a leitura pelo diretor da mesa, na íntegra. Depois o diretor da mesa esclareceu que os estatutos sociais iriam ser lidos e votados por itens, discutidos e após seriam votados.

escritúrio secreto. Após discutidos os Artigos, os Estatutos foram postos em votação, por escrutínio secreto, os quais foram aprovados por unanimidade. A seguir o diretor da mesa declarou então que era necessário eleger uma diretoria Provisória, de acordo com os estatutos, para tal, suspendeu a sessão por trinta minutos, para tomar as providências necessárias, organização de chapas. Iniciados os trabalhos procedeu-se a eleição por aclamação com a qual obteve-se o seguinte resultado: Presidente José Martins; Tesoureiro Donalino José de Campos; Secretário Hugo Castro. Sendo que todos os eleitos são cidadãos brasileiros, de moral ilibada, atendidas as exigências da lei. O Diretor dos trabalhos declarou os eleitos, empossados. Com a palavra o Presidente eleito declarou definitivamente fundado o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Tapuruçu, com sede em Tapuruçu, Estado de Goiás. A seguir passou-se a discussão sobre a fixação da contribuição dos associados, o que, por sugestão do sr. Antônio Ferreira Bueno, Presidente da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Goiás, foi fixada a mensalidade de um por cento (1%) sobre o salário mínimo regional, com a aprovação de todos os presentes. Esgotada a matéria constante da Ordem do dia, o Presidente eleito declarou, que seria solicitado ao MTPS o reconhecimento do Sindicato para poder, exercer a sua função, legalmente, conforme Estatutos; agradeceu a todos os presentes, em nome dos eleitos, a confiança neles depositada. A palavra foi passada aos presentes e como ninguém se manifestou o Presidente

declarou encerrados os trabalhos, para contar
levantou-se a presente Ata que após lida e achada
conforme vai assinada por mim que a lancei
e pelos membros da mesa, sem como pela Diretoria
elita.

Admiral de prata e Silva
Hosé Martins
Hugo Baêlho
Donaalino José de Campos

Ata Extraordinaria

Das dez e meia horas de novembro de um mil
noventa e setenta e dois as dozes horas
o salão paroquial de Itapurança estando
presente José Martins, Donalino José de Campos,
Edeli Cardoso da Silva, Maria Elina, foi aberta
a sessão sob a presidência de José Martins.
Da a ata da reunião anterior, que foi
prolata, passou-se a ordem do dia, que consis-
te de uma entrega de cartilhas na qual
falaram sobre Sindicato, direitos e deveres dos
associados, das penalidades e nada mais
havendo a tratar o sr. presidente encerrou
a sessão as dez e meia horas marcando a
proxima para o dia dez de dezembro as
oito horas, deixando eu Hugo Baêlho
secretario, a presente ata, que vai assinada
por todos os presentes.

Hugo Baêlho
Hosé Martins
Donaalino José de Campos

ATA DE FUNDAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA

Grades

Ata da Assembleia Geral para a fundação da Associação Popular de Saúde de Itapuranga e notação dos Estatutos da referida entidade e, ainda, eleição da primeira Diretoria.

“Nos vinte e dois dias do mês de fevereiro do ano de 1987 mil e novecentos e oitenta e sete (22-02-87) às 13:10 hrs. no templo da Igreja Católica Cristo Redentor desta cidade de Itapuranga, Estado de Goiás, instalou-se a Assembleia Geral Popular sob a presidência do Sr. Jerônimo Guedes, para deliberar sobre o seguinte ordem do dia: a) fundação da Associação Popular de Saúde de Itapuranga, b) notação dos estatutos sociais e eleição da primeira diretoria. O presidente da Comissão Organizadora e conseqüentemente da Assembleia de clareou o atual momento instalados os trabalhos da tarde de hoje, explicitando as finalidades específicas da reunião logo em seguida os médicos Dr. Marcopino Diniz Pimenta e Dr. Paulo Antunes Horta, discutiram sobre a séria questão de saúde do povo itapuranguense, principalmente as

personas de baixa renda que praticamente encontram-se desassistidas. Logo, continuo o presidente da Assembleia convidou a mim Antonio Cavares que desempenhasse as funções de Secretário "ad hoc". Depois de lido o Edital de Convocação, o qual foi afixado na Igreja Católica, no placar do Fórum local e divulgado pela Rádio Primavera de Itapuranga o Sr. Presidente depois de constatar a existência de "quorum" deu prosseguimento aos trabalhos. Pela Sra. Maria Ferreira Bomoni foi lido, na íntegra o anteprojeto dos estatutos sociais. Durante a leitura do documento foram pedidos vários destaques para os diversos artigos. Após a leitura foram os estatutos exaustivamente debatidos pelos membros da Assembleia, feitas as ressalvas e emendas sugeridas foi o documento colocado em votação e aprovado por unanimidade. Com a aprovação dos Estatutos fica oficialmente fundada, nesta data, a Associação Popular de Saúde de Itapuranga. Pelo presidente foi proposto que se elegesse uma Diretoria Provisória. A sessão foi suspensa por dez (10) minutos para a votação de chapas. Desse modo o prégo foi apresentada chapa única

Guedes

constante dos seguintes componentes
Diretoria Executiva: Coordenador
Geral: José Pereira Guedes; Vice-Co-
ordenadora Geral: Maria Ferreira Bo-
momi; Secretária: Angela Mares Rodri-
gues de Oliveira; Vice-Secretária:
Maria Beixeira de Borba; Tesourei-
ro: Benedito Carlos da Rocha e
Vice-Tesoureiro: Antonio de Lima
Fernandes. Conselho Fiscal - Efetivos:
Alair Martins de Oliveira; Goad Fer-
ras de Souza e Nelson Beles. Suplem-
tes: Maria da Silva Pires; Maria
Jacira dos Santos e Valdemar Ro-
drigues. O presidente chamou no-
minadamente os presentes e estes, por
aclamação, aprovaram unanimemente
a chapa apresentada. Os membros
da única chapa concorrente foram
declarados eleitos e, ato contínuo
empenhados nos respectivos cargos.
O mandato da diretoria provisória
terá prazo indeterminado, até que
sejam registrados os estatutos no
Cartório de Registro das Pessoas
Jurídicas desta Comarca de Itapu-
anga. Nada mais havendo a tratar
o Sr. Presidente declarou dissolvida
a Assembleia Geral e determinou
a mim, Antonio Bavares, ora des-
compenhando as funções de Sec-
retario que lavrasse a presente
ata a qual depois de lida, e

aprovada na assumada por mim
 pelos membros da Diretoria e Coure-
 -iro Fiscal e pelos sócios fundadores,
 concordando-se a reunião às 15,40hs.
 Em tempo: onde não há Nelson Celso, Maria-
 ce, Nelson Simões e onde há João Ferraz
 e José Ferraz dos Santos.

(Handwritten signature)

1. José Luiz Guedes
2. Maria Teresinha Bonani
3. Benedito Carlos Roda
4. Angélica Maria Rodrigues de Oliveira
5. Maria Teixeira de Borba
6. Antonio Lima Fernandes
7. Alan Martins de Oliveira
8. Mariana Jacira dos Santos
9. Nelson dos Reis
10. José Ferraz dos Santos
11. Maria da Serra Pires
12. Valdemar Rodrigues
13. Pedro da Rocha
14. Paulo de Castro e Barros
15. A. Rogério de Argemiro Cordeiro de Castro
16. João Lucas da Costa
17. Sebastião Francisco Alves
18. Romário Pinheiro da Conceição
19. Valteriano Galvão de Souza
20. Marco Antônio de Souza
21. José Roberto Pereira
22. João de Sequeira Gomes
23. Maria Helena de Souza
24. Ovidônio Benta (Família)

Jude

25 Noemice Bezerra da Silva

26 Yozzi Carlos Fainto

27 Sebastião Manuel Lacerda

28 Jair Gomeçães Magalhães

29 Heibel dos Reis Fiodora da Silva

30 Helutano Armada Bello

31 a noço de José Machado Coelho

32 Teresinha Maria Barbosa

33 João Justino Carneiro

34 Diniz Rosa Teixeira

35 Diniz Caitano dos Santos

36 Geraldo Bezerra Cavalcanti

37 Vandari Gustavo Pereira

38 Aurelio Pereira Mari

39 Yozzi Ferrer

40 Antonio Mendes Campos

41 Rogério Augusto de Oliveira

42 Municipal de Souza Moura

43 a noço de Paulo Ferreira da Silva

44 Aldair Manoel Mequillo

45 João Carneiro Siderino

46 Heibel dos Reis Fiodora da Silva

47 a noço de Maria Odete dos Reis

48 Dirano de Sousa Castro

49 a noço de Venetando Moreira Fermo

50 João Batista de Castro

51 Jerônimo José Leonardo

52 Bincholina Augusta Tradentes

53 João Dirino Castro

- 52 Joaquim Jordino Salte da Silva
- 53 Davi Ferraz de Souza
- 54 Raphaelina de Oliveira Gomes
- 55 Hebezar Colho de Siqueira
- 56 Armentino Jari da Silva
- 57 Sebastião Jurema de Souza
- 58 Geraldo Pereira da Silva
- 59 Zuenir de Paulo Aurtado
- 60 Jacobo Rocha
- 61 Gasparino Rodrigues
- 62 Antonio Aurtado Sobrinho
- 63 Vicente Gomes
- 64 Valdir Gondoso da Silva
- 65 Joaquim Ribeiro da Silva
- 66 Rafael Palm da Silva
- 67 Juliano dos Reis Amorim
- 68 Gerson Honorio Teixeira
- 69 Américo José da Silva
- 70 Pedro Paulo de Souza
- 71 Nôrmano O. O. O. O.
- 72 Abel Pestana da Silva
- 73 Caria Aparecida da Silva
a cargo de André Pereira dos Santos
- 74 Pedro Santana de Almeida
- 75 Ana Maria Ferraz Batista
- 76 Sebastião Rafael Gontijo
- 77 Eusebio James de Souza
- 78 Maria Inês de Mariana Pereira Amantão
- 79 Sebastiana Amareira Pimenta
- 80 Olga das Armas Parrera
a cargo de José Alves da Silva

Paude

81 Rinaldo Alves de Souza Filho

82 a noivo Doraci Roberto da Mata
(A?)

83 Yosi Ferraz da Silva

84 Dyonira Soares da Silva

85 Geraldo Luis de Melo

86 a noivo de Zulmira Gonçalves
(A?)

87 *Benedicto Dirceu da Silva

88 a noivo de Maria Batista Cardoso
(A?)

89 *Benedicto Custodio da Silva
a noivo de Valdemira Fernandes da Silva
(A?)

90 Maria Soares da Silva

91 Izae Pereira da Silva

92 Dirceu Antonio de Carvalho Gomes

93 Antonio Alves de Lima

94 Zilda Nunes da Costa

95 Frei Carlos Guimaraes de Oliveira

96 Marilda Maria Madrada Ribeiro

97 Joao Goncalves de Aguiar Filho
a noivo de Constantina Nascimento de Souza
(A?)

99 *Joao Augusto Sobrinho
a noivo de Marcilio Alves da Rocha
(A?)

100 *Severina Ramunda de Barros
a noivo de Miguel Camilo do Nascimento
(A?)

101 Custazelo Reis da Silva

102 Isabel Batistela Ferreira

103 Nello Bonomi

104 a noivo de Enolina Maria dos Santos

ESTATUTO DO HOSPITAL SÃO PIO Xº

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE, FORO JURÍDICO, DOMICÍLIO E DURAÇÃO

ART. 1º - A SOCIEDADE CIVIL HOSPITAL SÃO PIO X, DENOMINADA SIMPLEMENTE INSTITUIÇÃO, FUNDADA PELOS ESTATUTOS DE 12 DE JANEIRO DE 1956, COM PERSONALIDADE JURÍDICA ADQUIRIDA COM A INSCRIÇÃO DO SEU PRIMEIRO ESTATUTO NO CARTÓRIO DO SEGUNDO OFÍCIO DE NOTAS DA COMARCA DE CERES, NO LIVRO DE TRANSCRIÇÃO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS B-NR 1 (UM), DO MESMO AS FOLHAS 34 (TRINTA E QUATRO) E 35 (TRINTA E CINCO) E TRANSCRITO SOB O REGISTRO NÚMERO 1 (UM), DO LIVRO DE REGISTROS DE PESSOAS JURÍDICAS NÚMERO 1 (UM), AS FOLHAS 1 (UM) E 2 (DOIS), NA COLUNA DE AVERBAÇÕES, EFETUADO NO DIA 28 DE MAIO DE 1956, É UMA SOCIEDADE CIVIL, SEM FINS LUCRATIVOS, DE DIREITO PRIVADO, COM PRAZO DE DURAÇÃO INDETERMINADO, DE CARÁTER FILANTRÓPICO.

ART. 2º - A INSTITUIÇÃO TEM DOMICÍLIO, SEDE E FORO NA COMARCA DE CERES, ESTADO DE GOIÁS, EM PRÉDIOS PRÓPRIOS, DOADOS PELO GOVERNO FEDERAL À DIOCESE DE GOIÁS, SITUADOS À PRAÇA SÃO PIO X, NÚMERO 76.

PARÁGRAFO ÚNICO: O EXERCÍCIO SOCIAL E FINANCEIRO DA INSTITUIÇÃO, COINCIDIRÁ COM O CIVIL.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

ART. 3º - A INSTITUIÇÃO TEM POR FINALIDADES:

- A) MANTER E ADMINISTRAR UM HOSPITAL GERAL DENOMINADO HOSPITAL SÃO PIO X, SEM COMO OUTROS ESTABELECIMENTOS AFINS QUE VENHA A CRIAR OU RECEBER, ELABORANDO UM REGIMENTO INTERNO PARA O FUNCIONAMENTO DE CADA UM DESSES ESTABELECIMENTOS;
- B) PRESTAR ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE, DESENVOLVENDO AS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA, DE QUANTOS BUSCAREM SEUS SERVIÇOS, SEM DISTINÇÃO DE NACIONALIDADE, RAÇA, CREDO, OPINIÃO POLÍTICA OU QUALQUER OUTRA CONDIÇÃO.

PARÁGRAFO ÚNICO: A INSTITUIÇÃO PRESTARÁ ASSISTÊNCIA GRATUITA AOS CARENTES DE RECURSOS FINANCEIROS, DE ACORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS NOS RESPECTIVOS REGIMENTOS INTERNOS DE CADA UM DE SEUS ESTABELECIMENTOS, SEM COMO O ESTABELECIDO NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

- C) DESENVOLVER ATIVIDADES EDUCATIVAS, FORMAIS E INFORMAIS, EM APOIO AS ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE.

PARÁGRAFO ÚNICO: A INSTITUIÇÃO PODERÁ OFERECER BOLSAS DE ESTUDO E FINANCIAR ATIVIDADES QUE VISEM O PREPARO DE RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE, PARA DAR ATENDIMENTOS A POPULAÇÕES CARENTES DE RECURSOS.

ART. 4º - A INSTITUIÇÃO PODERÁ CRIAR OU INCORPORAR E DESENVOLVER QUALQUER OBRA OU ATIVIDADE QUE ESTEJAM EM CONSONÂNCIA COM SUAS FINALIDADES INSTITUCIONAIS E SOCIAIS, COMO TAMBÉM CRIAR E MANTER DEPARTAMENTOS E ÓRGÃOS, TANTOS QUANTOS SE JAM NECESSÁRIOS AO SEU FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO DE SUAS FINALIDADES.

CAPÍTULO III

ASSOCIADOS, SEUS DIREITOS E DEVERES

ART. 5º - A INSTITUIÇÃO CONTARÁ COM UM QUADRO DE ASSOCIADOS, COMPOSTO DA SEGUINTE FORMA:

- A) NATOS;
- B) FUNCIONÁRIOS;
- C) MEMBROS DA COMUNIDADE DIOCESANA.

ART. 6º - SÓCIOS NATOS SÃO TODAS AS PESSOAS SOB A JURISDIÇÃO DA DIOCESE DE GOIÁS.

ART. 7º - SÓCIOS FUNCIONÁRIOS SÃO TODOS OS QUE COMPÕE O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO.

ART. 8º - SÓCIOS MEMBROS DA COMUNIDADE DIOCESANA SÃO OS QUE PARTICIPAM ATIVAMENTE DOS TRABALHOS DA DIOCESE DE GOIÁS.

PARÁGRAFO ÚNICO: A VINCULAÇÃO OFICIAL DOS SÓCIOS DOS QUAIS TRATA O PRESENTE ARTIGO, FAR-SE-Á ATRAVÉS DOS REPRESENTANTES DAS REGIÕES DA DIOCESE NO CONSELHO COMUNITÁRIO, REGULAMENTADO NA SEÇÃO 2ª, DO CAPÍTULO V, DOS PRESENTES ESTATUTOS.

ART. 9º - OS SÓCIOS PODERÃO SER ELEITOS OU INDICADOS PARA PREENCHER OS CARGOS DO CONSELHO COMUNITÁRIO, NA FORMA DO QUE DISPÕE O ARTIGO 32º, DA SEÇÃO 2ª, DO CAPÍTULO V, DOS PRESENTES ESTATUTOS.

ART. 10º - SÃO DIREITOS DOS SÓCIOS:

- A) SER ELEITO OU INDICADO PARA OCUPAR OS CARGOS DO CONSELHO DIRETOR, CONSELHO COMUNITÁRIO E CONSELHO FISCAL;
- B) DIRIGIR-SE LIVREMENTE AOS ÓRGÃOS DA INSTITUIÇÃO SOBRE QUALQUER ASSUNTO DE INTERESSE DA MESMA, SOLICITANDO INSCRIÇÃO E SUGERINDO PROVIDÊNCIAS.

ART. 11º - SÃO DEVERES DOS SÓCIOS, ALÉM DE OUTROS CONSTANTES DESTES ESTATUTOS:

- A) FAZER O QUE ESTIVER AO SEU ALCANCE PARA O DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO DA INSTITUIÇÃO;
- B) CUMPRIR PONTUALMENTE COM OS COMPROMISSOS ASSUMIDOS COM A INSTITUIÇÃO;
- C) COMPARECER ÀS REUNIÕES PARA AS QUAIS FOR CONVOCADO, NELAS TOMANDO PARTE ATIVA, COLABORANDO NAS DECISÕES E SUGESTÕES QUE DELAS VENHAM A SURTIR, SEM COMO EMPRESTAR COLABORAÇÃO NO SENTIDO DE EFETIVAR O CUMPRIMENTO DAS MESMAS;
- D) ACEITAR E DESEMPENHAR ZELOSAMENTE OS CARGOS, FUNÇÕES OU COMISSÕES DE QUE TENHA SIDO INVESTIDO, POR ELEIÇÃO OU INDICAÇÃO.

ART. 12º - DEIXARÃO DE SER SÓCIOS DA INSTITUIÇÃO OS QUE, POR MOTIVO DE QUALQUER NATUREZA, AFASTAREN-SE COMPLETAMENTE DOS TRABALHOS DA DIOCESE.

ART. 13º - OS SÓCIOS NÃO RESPONDEM NEM PESSOAL E NEM SUBSIDIARIAMENTE PELAS OBRIGAÇÕES DA INSTITUIÇÃO.

CAPÍTULO I

DO PATRIMÔNIO

ART. 14º - CONSTITUIRÃO O PATRIMÔNIO DA INSTITUIÇÃO:

- A) O IMÓVEL ONDE FUNCIONA O HOSPITAL SÃO PIO X, COM SUAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS;
- B) OS IMÓVEIS SITUADOS NA ÁREA ANEXA AO HOSPITAL SÃO PIO X, ORDINARIAMENTE DESTINADOS À RESIDÊNCIA DE FUNCIONÁRIOS;
- C) OS IMÓVEIS QUE POSSUI OU VENHA A POSSUIR;
- D) LEGADOS E DOAÇÕES;
- E) RENDAS DOS SERVIÇOS HOSPITALARES;
- F) TÍTULOS DE RENDA, VALORES, FUNDOS OU DEPÓSITOS BANCÁRIOS QUE POSSUA OU VENHA A POSSUIR;
- G) AUXÍLIOS, SUBVENÇÕES OU DONATIVOS DE ENTIDADES OFICIAIS OU PARTICULARES, NACIONAIS E EXTRANGEIRAS;
- H) OUTRAS RENDAS QUE VENHA A TER.

§ 1º - AS DOAÇÕES, LEGADOS, AUXÍLIOS, SUBVENÇÕES E DONATIVOS SO SERÃO RECEBIDOS APÓS ACEITAÇÃO DAS CONDIÇÕES PELO CONSELHO DIRETOR.

§ 2º - O EMPREGO DAS RENDAS DA INSTITUIÇÃO SERÁ FEITO DA MANEIRA COMO DETERMINAR O CONSELHO DIRETOR, O QUAL DEVERÁ TER EM VISTA A CONCRETIZAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE QUE TRATA O § 6º, DO ARTIGO 2º, DO CAPÍTULO V.

ART. 15º - A INSTITUIÇÃO APLICARÁ NO PAÍS OS SEUS RECURSOS, OBJETIVANDO O CUMPRIMENTO DE SUAS FINALIDADES ESTATUTÁRIAS.

PARÁGRAFO ÚNICO: A INSTITUIÇÃO PODERÁ ADQUIRIR MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES NO EXTERIOR, SEM COMO TREINAR RECURSOS HUMANOS, DESDE QUE ISSO REPRESENTA UMA NECESSIDADE EM TERMOS DE APERFEIÇOAR O ATENDIMENTO OU AJUDA UMA MEDIDA DE PROTEÇÃO AO SEU PATRIMÔNIO, OBSERVANDO A LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

ART. 16º - O EVENTUAL "SUPERAVIT" DE CADA EXERCÍCIO SERÁ UTILIZADO NA EXPANSÃO E MELHORIA DE SUAS ATIVIDADES SOCIAIS.

ART. 17º - A INSTITUIÇÃO MANTERÁ A ESCRITURAÇÃO DE SUAS RECEITAS E DESPESAS EM LIVROS REVESTIDOS DE FORMALIDADES CAPAZES DE ASSEGURAR SUA EXATIDÃO.

ART. 18º - ANUALMENTE SERÁ APRESENTADO PELO CONSELHO DIRETOR AO CONSELHO FISCAL E AO CONSELHO COMUNITÁRIO UM BALANÇO GERAL DO EXERCÍCIO, COM DEMONSTRATIVO DE RECEITAS E DESPESAS, ASSINADO POR CONTADOR HABILITADO, SEM COMO PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA PARA O EXERCÍCIO SEGUINTE.

EST
[Handwritten signatures and initials]

ART. 19º - A INSTITUIÇÃO NÃO DISTRIBUI DIVIDENDOS, NEM QUALQUER PARTE DA DE SEU PATRIMÔNIO OU DE SUAS RENDAS A TÍTULO DE LUCRO OU PARTICIPAÇÃO DE SEU RESULTADO.

ART. 20º - INCORPORAR-SE-ÃO OS BENS DA INSTITUIÇÃO, NO CASO DE SUA EXTINÇÃO, AO PATRIMÔNIO DA DIOCESE DE GOIÁS.

CAPÍTULO V

DA ADMINISTRAÇÃO E SUA COMPETÊNCIA

ART. 21º - ADMINISTRAR-SE-Á A INSTITUIÇÃO ATRAVÉS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, DAQUI POR DIANTE DENOMINADA EQUIPE, A QUAL SERÁ COMPOSTA POR PROFISSIONAIS DAS SEGUINTEs ÁREAS ESPECÍFICAS DE ATUAÇÃO:

- A) PREVENTIVA; 1
- B) CLÍNICA; *Director Clínico*
- C) PEDAGÓGICA; 1
- D) ADMINISTRATIVA; *Director Administrativo*
- E) ENFERMAGEM; 1

§ 1º - *SERVIÇOS* NÃO HAVERÁ NÚMERO FIXO DE COMPONENTES PARA A EQUIPE, PODENDO A MESMA SER COMPOSTA DE QUALQUER NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA CADA UMA DAS ÁREAS REFERIDAS NAS ALÍNEAS ANTERIORES DO PRESENTE ARTIGO.

§ 2º - A EQUIPE ORGANIZAR-SE-Á INTERNAMENTE DA FORMA QUE JULGAR NECESSÁRIA AO BOM FUNCIONAMENTO DA INSTITUIÇÃO.

§ 3º - TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE MANTERÃO CONTRATO DE TRABALHO COM A INSTITUIÇÃO, NA FORMA DO QUE DISPÕE A LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

§ 4º - A PARTIR DA ASSINATURA DO CONTRATO DE TRABALHO, OS MEMBROS DA EQUIPE PASSAM A INTEGRAR, AUTOMATICAMENTE, O QUADRO SOCIAL, NA CATEGORIA DE SÓCIOS FUNCIONÁRIOS.

§ 5º - A EQUIPE ADMINISTRARÁ A INSTITUIÇÃO OBSERVANDO A ORGANIZAÇÃO E ORIENTAÇÃO CONTIDAS NOS PRESENTES ESTATUTOS E PROVIDENCIARÁ, JUNTAMENTE COM O ORDINÁRIO DIOCESANO E MAIS UM MEMBRO INDICADO POR ESTE, O PREENCHIMENTO DOS CARGOS DO CONSELHO DIRETOR, CONSELHO COMUNITÁRIO E DO CONSELHO FISCAL.

§ 6º - A EQUIPE RESPONSABILIZAR-SE-Á PELA ELABORAÇÃO DE UM PLANO DIRETOR, O QUAL NORTEARÁ AS ATIVIDADES DA INSTITUIÇÃO, FICANDO O MESMO SUJEITO ÀS DISPOSIÇÕES CONTIDAS NOS PRESENTES ESTATUTOS.

§ 7º - NA EVENTUALIDADE DO AFASTAMENTO DEFINITIVO DA INSTITUIÇÃO DA TOTALIDADE DOS MEMBROS DA EQUIPE, O ORDINÁRIO DIOCESANO DEVERÁ PROVIDENCIAR A COMPOSIÇÃO DE UMA NOVA EQUIPE.

ART. 22º - SÃO ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

- A) O CONSELHO DIRETOR;
- B) O CONSELHO COMUNITÁRIO;
- C) O CONSELHO FISCAL.

§ 1º - OS MEMBROS DOS ÓRGÃOS REFERIDOS NAS ALÍNEAS ANTERIORES NÃO RECEBERÃO ORDENADOS, VENCIMENTOS, SALÁRIOS, GRATIFICAÇÕES OU REMUNERAÇÕES DE QUALQUER ESPÉCIE PELOS SEUS SERVIÇOS COMO MEMBROS DOS CONSELHOS, SOB NENHUMA FORMA OU PRETEXTO.

HTD
[Handwritten signatures and initials]

§ 2º - Os funcionários da instituição, eleitos ou indicados para ocupar cargos nos Conselhos, não estarão dispensados das suas funções específicas como funcionários, recebendo, portanto, seus respectivos salários referentes a estas últimas.

SECÇÃO 1ª - DO CONSELHO DIRETOR

ART. 23º - O Conselho Diretor, principal órgão da Administração da Instituição, será composto por 5 (cinco) membros, distribuídos pelos seguintes cargos:

- a) DIRETOR PRESIDENTE;
- b) DIRETOR VICE-PRESIDENTE;
- c) DIRETOR SUPERINTENDENTE;
- d) DIRETOR CLÍNICO;
- e) DIRETOR ADMINISTRATIVO.

§ 1º - O DIRETOR PRESIDENTE SERÁ SEMPRE O ORDINÁRIO DIOCESANO.

§ 2º - O DIRETOR VICE-PRESIDENTE SERÁ NOMEADO PELO DIRETOR PRESIDENTE.

~~§ 3º - Os cargos de DIRETOR SUPERINTENDENTE, DIRETOR CLÍNICO e DIRETOR ADMINISTRATIVO serão, obrigatoriamente, preenchidos por membros da Equipe, referida no Artigo 21º.~~

§ 4º - PARA OCUPAR OS CARGOS DE QUE TRATA O § ANTERIOR, OS MEMBROS SERÃO ELEITOS EM REUNIÃO DA EQUIPE, COM A PRESENÇA DO DIRETOR PRESIDENTE E DO DIRETOR VICE-PRESIDENTE. *PESSOAS NOMEADAS PELO DIR. PRESIDENTE*

§ 5º - É CONDIÇÃO INDISPENSÁVEL PARA SER ELEITO DIRETOR CLÍNICO QUE O MEMBRO SEJA MÉDICO.

~~§ 6º - CADA UM DOS MEMBROS DA EQUIPE, SEM COMO O DIRETOR PRESIDENTE E O DIRETOR VICE-PRESIDENTE, TERÁ DIREITO A UM VOTO PARA CADA UM DOS CARGOS.~~

ART. 24º - O MANDATO DO CONSELHO DIRETOR TERÁ A DURAÇÃO DE 2 (dois) ANOS, RESSALVANDO-SE O DISPOSTO DO § 1º DO ARTIGO 23º.

ART. 25º - O CONSELHO DIRETOR REUNIR-SE-Á ORDINARIAMENTE, UMA VEZ POR ANO, E EXTRAORDINARIAMENTE, SEMPRE QUE O DIRETOR PRESIDENTE OU 2 (dois) DIRETORES JULGAREM NECESSÁRIO.

ART. 26º - COMPETE AO CONSELHO DIRETOR:

- a) REPRESENTAR A INSTITUIÇÃO EM JUÍZO OU FORA DELE, NOMEANDO UM SEU PROCURADOR, QUANDO CONVENIENTE;
- b) ADMINISTRAR OS RECURSOS HUMANOS E O PATRIMÔNIO DA INSTITUIÇÃO;
- c) ORIENTAR A INSTITUIÇÃO A FIM DE ATENDER PLENAMENTE SUAS FINALIDADES, PROVENDO TODOS OS RECURSOS HUMANOS, FINANCEIROS E MATERIAIS NECESSÁRIOS;
- d) ELABORAR A PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA DE CADA EXERCÍCIO E A PRESENTÁ-LA AO CONSELHO COMUNITÁRIO JUNTAMENTE COM O PLANO DIRETOR;
- e) EXAMINAR OS RELATÓRIOS, APROVAR OU REJEITAR, NO TODO OU EM PARTE, OS BALANÇOS E PREVISÕES ORÇAMENTÁRIAS DA INSTITUIÇÃO.

HTD
[Handwritten signatures and initials]

F) AUTORIZAR A AQUISIÇÃO, A VENDA, A PERTEÇA OU A OUTRA FORMA DE AJUSTE DE QUALQUER FORMA DOS BENS IMÓVEIS DA INSTITUIÇÃO, RESPEITANDO AS CLÁUSULAS CONSTANTES DA DOAÇÃO INICIAL QUE COMPÕE O PATRIMÔNIO;

G) ...

H) ...

I) ...

J) ...

K) ...

L) ...

M) ...

N) ...

ART. 214 - Compete ao Diretor Presidente:

A) ...

B) ...

C) ...

D) ...

E) ...

ART. 215 - Compete ao Diretor Vice-Presidente substituído o Diretor Presidente em todos os seus imperativos;

ART. 216 - Compete ao Diretor Superintendente:

A) REPRESENTAR ATIVA, PASSIVA E EXTRA-JUDICIALMENTE A INSTITUIÇÃO EM SUAS RELAÇÕES COM TERCEIROS, INTERVENINDO EM CONFERÊNCIAS COM ORÇÁO OFICIALMENTE DESIGNADO PARTICIPANDO DE ...

B) CONSTITUIR PROCURADORES, ADVOGADOS E HABILITADOS EM INSTITUIÇÕES;

C) AUTORIZAR AS DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS, ATÉ UM PERÍODO DE ... TERMINADO PELO CONSELHO DIRETOR, EM CONJUNTO COM O DIRETOR ADMINISTRATIVO;

D) SUPERINTENDER AS ATIVIDADES E A ADMINISTRAÇÃO DOS DIVERSOS ORÇÁOS E DEPARTAMENTOS DA INSTITUIÇÃO;

E) ASSINAR A CORRESPONDÊNCIA DA INSTITUIÇÃO, PODENDO, PORÉM, PASSÁ-LA AO DIRETOR ADMINISTRATIVO;

[Handwritten signatures and initials]

- f) EMITIR E ENVIAR CHEQUES E ORDENS DE PAGAMENTO E EFE-
TUAR DEPÓSITOS, QUANDO OCORRER IMPEDIMENTO DO DIRETOR
ADMINISTRATIVO;
- g) ASSINAR COM O DIRETOR ADMINISTRATIVO OS RELATÓRIOS AN-
NUAIS DA INSTITUIÇÃO;
- h) PREPARAR EM CONJUNTO COM O DIRETOR SUPERINTENDENTE O RE-
LATÓRIO ANUAL DO CONSELHO DIRETOR.

ART. 308 - Compete ao Diretor Clínico:

- a) COORDENAR AS ATIVIDADES DO CORPO CLÍNICO;
- b) CONVOCAR E PRESIDIR AS REUNIÕES DO CORPO CLÍNICO;
- c) SUPERINTENDER O HOSPITAL, QUANDO A LER EXERCER, OS SERVI-
ÇOS MÉDICOS;
- d) ESTUDAR E OPINAR SOBRE OS PROBLEMAS ANTERIORES DO
CORPO CLÍNICO;
- e) PROVIDENCIAR AS NORMAS PARA O SEU FUNCIONAMENTO DE IN-
STITUIÇÃO, NO QUE SE LIZ RESPEITO AO APERFEIÇOAMENTO PESSOAL;
- f) PROGRAMAR O TREINAMENTO, EM TERMOS DE ATUALIZAÇÃO, DO
CORPO CLÍNICO EFETIVO DA INSTITUIÇÃO;
- g) PROGRAMAR O TREINAMENTO DE MÉDICOS RESIDENTES E ESTA-
GIÁRIOS, QUANDO FOR O CASO;
- h) TOMAR AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS NOS CASOS DE INTERFEREN-
CIAS NA CONDUTA DOS PROFISSIONAIS DO CORPO CLÍNICO;
- i) ZELAR PARA QUE, EM TERMOS CLÍNICOS, A INSTITUIÇÃO SE EN-
JA EM CONDIÇÕES DE PRESTAR UM ATENDIMENTO EFICIENTE
AOS CLIENTES;
- l) ORIENTAR O DIRETOR ADMINISTRATIVO EM TODAS AS QUESTÕES
QUE INTERFERAM NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL;
- k) SOLICITAR DO DIRETOR ADMINISTRATIVO OS SERVIÇOS NE-
CESSÁRIOS AO EFICIENTE ATENDIMENTO DOS CLIENTES;
- l) PREPARAR EM CONJUNTO COM O DIRETOR SUPERINTENDENTE E O
DIRETOR ADMINISTRATIVO O RELATÓRIO ANUAL DO CONSELHO
DIRETOR.

ART. 310 - Compete ao Diretor Administrativo:

- a) GERIR A ADMINISTRAÇÃO ORDINÁRIA;
- b) PRATICAR TODOS OS ATOS PERTINENTES E NECESSÁRIOS À EFIC-
AZ ENTE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO;
- c) ZELAR PELA SUPRIMENTA EFICIENTE DE RECURSOS HUMANOS, FI-
NANCEIROS E MATERIAIS DA INSTITUIÇÃO, DE ACORDE COM AS
DISPONIBILIDADES DA MESMA E NECESSIDADES DE TODOS OS DE-
PARTAMENTOS;
- d) FAZER PETIÇÕES E REQUERIMENTOS DE INTERESSE DA INSTITUI-
ÇÃO;
- e) MANTER EM ORDEM OS LIVROS, REGISTROS E ARQUIVOS DA IN-
STITUIÇÃO;
- f) PROVIDENCIAR A ELABORAÇÃO E REGISTRO DAS ATAS DO CON-
SELHO DIRETOR E DO CONSELHO COMUNITÁRIO;
- g) ASSINAR A CORRESPONDÊNCIA, DESDE QUE SOLICITADA PELO
DIRETOR SUPERINTENDENTE;

[Handwritten signatures and initials in the left margin]

- H) GERIR OS RECURSOS FINANCEIROS DE FORMA A POSSIBILITAR O MÁXIMO APROVEITAMENTO DOS MESMOS;
- I) ELABORAR PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA PARA CADA EXERCÍCIO;
- J) APLICAR AS DESPESAS ORDINÁRIAS;
- K) APLICAR AS DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS, ATÉ AO LIMITE DE OPORTUNIDADE DELODADO PELO CONSELHO DIRETOR, EM CONCORDÂNCIA COM O DECRET. Nº 20.000 SUPERINTENDENTES;
- L) EMITIR E RESPONSABILIZAR CHEQUES E ORDENS DE PAGAMENTO E OUTROS TÍTULOS DE DÉBITO;
- M) MANUTER ATUALIZADO E EM LÍQUIDA A CAIXA E A CONDIÇÃO PATRIMONIAL DA INSTITUIÇÃO;
- N) PROVIDENCIAR OS SALÁRIOS E SALÁRIOS;
- O) ASSINAR EM CONJUNTO COM O DIRETOR SUPERINTENDENTE OS BALANÇOS MENSUAIS E BALANÇOS DA INSTITUIÇÃO;
- P) APRESENTAR OS BALANÇOS E BALANÇOS AO CONSELHO FISCAL;
- Q) PROVIDENCIAR A DIVULGAÇÃO DOS BALANÇOS E BALANÇOS, SE FOR O CASO DE APROVAÇÃO;
- R) ATENDER ÀS SOLICITAÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO QUANTO À CRIAÇÃO OU ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO, RESPEITANDO AS CONDIÇÕES ECONÔMICO-FINANCEIRAS DA INSTITUIÇÃO QUE PERMITAM POSSIBILIDADES;
- S) PREPARAR EM CONJUNTO COM O DIRETOR SUPERINTENDENTE E O DIRETOR CLÍNICO O RELATÓRIO ANUAL DO CONSELHO DIRETOR E PROVIDENCIAR A SUA DIVULGAÇÃO.

SEÇÃO 2ª - DO CONSELHO COMUNITÁRIO

ART. 32ª - O CONSELHO COMUNITÁRIO, ÓRGÃO DE REPRESENTAÇÃO DA COMUNIDADE DIOCESANA JUNTO À INSTITUIÇÃO, SERÁ COMPOSTO POR DOZE (VINTE E CINCO) MEMBROS, OBSERVANDO-SE O SEQUINTE CRITÉRIO PARA SUA COMPOSIÇÃO:

- A) 5 (CINCO) MEMBROS DO CONSELHO DIRETOR;
- B) 3 (TRÊS) FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO;
- C) 8 (OITO) REPRESENTANTES DAS 4 (QUATRO) REGIÕES DA DIOCESE DE GUIÁS, SENDO 2 (DOIS) REPRESENTANTES DE CADA REGIÃO;
- D) 9 (NOVE) REPRESENTANTES DO MUNICÍPIO DE CERES.

§ 1º - OS 3 (TRÊS) FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO SERÃO ELEITOS PELOS SÓCIOS FUNCIONÁRIOS DE QUE TRATA A ALÍNEA "B", DO ARTIGO 5º, CAPÍTULO III, DOS PRESENTES ESTATUTOS, DEVENDO UM DOS ELEITOS PERTENCER AO CORPO DE ENFERMAGEM, OUTRO PERTENCER AO QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DOS DEMAIS SETORES E UM TERCEIRO QUE PODERÁ PERTENCER A QUALQUER UM DOS QUATROS DA INSTITUIÇÃO.

§ 2º - SÃO INELEGIÍVEIS PARA PREENCHER AS VAGAS DE QUE TRATA A ALÍNEA "B", DO PRESENTE ARTIGO, OS MEMBROS DA EQUIPE, REFERIDA NO ARTIGO 21º, CAPÍTULO V, DOS PRESENTES ESTATUTOS.

[Handwritten signatures and initials]

§ 3º - Os 8 (oitO) REPRESENTANTES DAS REGIÕES DO DISTRITO DE GOIÁS SERÃO INDICADOS PELA COORDENAÇÃO DISTRITAL.

§ 4º - Os 9 (NOVE) REPRESENTANTES DO MUNICÍPIO DE GOIÁS SERÃO INDICADOS DE ACORDO COM O CRITÉRIO ESTABELECIDO PELO CONSELHO DIRETOR.

ART. 33º - O CONSELHO COMUNITÁRIO SERÁ RENOVADO, EM PARTE OU DEU TO DO, A CADA 2 (DOIS) ANOS.

ART. 34º - O CONSELHO COMUNITÁRIO REUNIR-SE-Á ORDINARIAMENTE UMA VEZ POR ANO, PARA DISCUTIR E APROVAR O PLANO DIRETOR, O PLANO DE INVESTIMENTOS E O RELATÓRIO ANUAL DO CONSELHO DIRETOR, E O RELATÓRIO DA ADMINISTRAÇÃO.

ART. 35º - O CONSELHO COMUNITÁRIO REUNIR-SE-Á EXTRAORDINARIAMENTE QUANDO FOR CONVOCADO PELO CONSELHO DIRETOR, PARA DISCUTIR E APROVAR O PLANO DIRETOR, O PLANO DE INVESTIMENTOS E O RELATÓRIO ANUAL DO CONSELHO DIRETOR, E O RELATÓRIO DA ADMINISTRAÇÃO.

ART. 36º - O CONSELHO COMUNITÁRIO REUNIR-SE-Á EXTRAORDINARIAMENTE QUANDO FOR CONVOCADO PELO CONSELHO DIRETOR, PARA DISCUTIR E APROVAR O PLANO DIRETOR, O PLANO DE INVESTIMENTOS E O RELATÓRIO ANUAL DO CONSELHO DIRETOR, E O RELATÓRIO DA ADMINISTRAÇÃO.

A) CONVOCADO PELO DIRETOR PRESIDENTE;

B) CONVOCADO PELO CONSELHO DIRETOR;

C) CONVOCADO POR SOLICITAÇÃO DE 9 (NOVE) DE SEUS MEMBROS;

D) CONVOCADO PELO CONSELHO FISCAL, NO CASO DE RECLAMAÇÃO CONTRA O CONSELHO DIRETOR.

ART. 37º - AS RESOLUÇÕES DOS MEMBROS DO CONSELHO COMUNITÁRIO, QUE NÃO ENQUILTRAM OS ARTIGOS 33º E 34º, SÃO DE NATUREZA ADMINISTRATIVA E CORRESPONDÊNCIA DIRECISTA A CADA UM DOS MEMBROS.

RESOLUÇÃO ÚNICA: QUANDO OCORRER A CONVOCACÃO DE ACORDO COM A ALÍNEA "C" DO ARTIGO 36º, A RESOLUÇÃO TERÁ VALIDADE QUANDO ASSINADA PELO MENOS 9 (NOVE) DOS MEMBROS DO CONSELHO.

ART. 38º - O "QUORUM" MÍNIMO EXIGIDO PARA EFETIVAR-SE QUALQUER ATUAÇÃO DO CONSELHO COMUNITÁRIO É DE 17 (DEZESSETE) MEMBROS.

ART. 39º - AS DECISÕES TOMADAS PELO CONSELHO COMUNITÁRIO SÃO VALIDAS QUANDO APROVADAS POR MAIORIA SIMPLA DE MEMBROS PRESENTES.

ART. 40º - AS REUNIÕES DO CONSELHO COMUNITÁRIO SÃO REGISTRADAS EM LÍNGUA DE ATAS COM ESTA FINALIDADE BUDGETÁRIA, E COM AS MANEJADAS SOB A GUARDA DO DIRETOR ADMINISTRATIVO.

ART. 41º - COMPETE AO CONSELHO COMUNITÁRIO:

A) PROPOR, DISCUTIR E VOTAR ALTERAÇÕES DOS PERCENTOS DAS COTAS, "AD REFERENDUM" DO DIRETOR PRESIDENTE;

B) DISCUTIR E APROVAR OU REAVALIAR O PLANO DIRETOR;

C) APROVEIAR O RELATÓRIO ANUAL DO CONSELHO DIRETOR;

D) FORNECER SUBSÍDIOS PARA A REELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR, CASO ESTE NÃO SEJA APROVADO, OU HACER ALTERAÇÕES SEREM EFETUADOS NO PLANO ORIGINAL;

E) ORIENTAR O CONSELHO DIRETOR, ATRAVÉS DE SEUS MEMBROS EM CONJUNTO OU ISOLADAMENTE, SOBRE AS NECESSIDADES COMUNITÁRIAS;

- F) AUXILIAR A INSTITUIÇÃO NA OBTENÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS, QUANTO LHE FOREM SOLICITADOS;
- G) DISCUTIR E AVALIAR A APLICAÇÃO DE RECURSOS OBTIDOS PE LA INSTITUIÇÃO, VISANDO O PLANO DIRETOR DO EXERCÍCIO RESPECTIVO;
- H) ESCOLHER UM DE SEUS MEMBROS NA SECRETARIA DAS REUNIÕES;
- I) ESCOLHER UM DE SEUS MEMBROS PARA DIRIGIR O CONSELHO FISCAL.

SEÇÃO 3ª - DO CONSELHO FISCAL

ART. 408 - O CONSELHO FISCAL CONSTITUIR-SE-Á DE 5 (CINCO) MEMBROS:

- A) 1 (UM) SÓCIO NATO, INDICADO PELA DIREÇÃO ADMINISTRATIVA;
- B) O RESPONSÁVEL PELA CONTABILIDADE DA EMPRESA DE CONTAS;
- C) O RESPONSÁVEL PELA CONTABILIDADE DA INSTITUIÇÃO;
- D) UM MEMBRO DA EQUIPE QUE NÃO ESTEJA EXERCENDO NENHUM DOS CARGOS DO CONSELHO DIRETOR;
- E) UM REPRESENTANTE DO CONSELHO COMUNITÁRIO.

ART. 409 - A RENOVACÃO DO CONSELHO FISCAL DAR-SE-Á A CADA 2 (DOIS) ANOS.

ART. 410 - O CONSELHO FISCAL REUNIR-SE-Á ANUALMENTE, NO MÁXIMO 60 (SESSENTA) DIAS APÓS O TÉRMINO DO EXERCÍCIO FISCAL, CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR NO PAÍS.

ART. 411 - COMPETÊNCIAS DO CONSELHO FISCAL:

- A) ELEGER SEU PRESIDENTE;
- B) EXAMINAR E VISAR TODOS OS BALANÇETOS E BALANÇOS DA INSTITUIÇÃO;
- C) VERIFICAR A ESCRITURAÇÃO DA INSTITUIÇÃO;
- D) FISCALIZAR O DESENVOLVIMENTO DE OBRAS E PROGRAMAS DE TRABALHO CONSTANTES DO PLANO DIRETOR;
- E) ALERTAR O CONSELHO DIRETOR A RESPEITO DAS FALHAS E IRREGULARIDADES QUE ENCONTRAR EM SEU TRABALHO DE FISCALIZAÇÃO;
- F) CONVOCAR EXTRAORDINARIAMENTE O CONSELHO COMUNITÁRIO, POR INTERMÉDIO DE SEU PRESIDENTE, QUANDO JULGAR NECESSÁRIO E O CONSELHO DIRETOR OMITIR-SE EM FAZÊ-LO.

ART. 412 - AO PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL COMPETE:

- A) CONVOCAR E DIRIGIR AS REUNIÕES DO CONSELHO;
- B) ESCOLHER UM SECRETÁRIO;
- C) ESCOLHER RELATOR DOS ASSUNTOS A SEREM EXAMINADOS;
- D) DISTRIBUIR ENTRE OS MEMBROS DO CONSELHO OS SETORES DE FISCALIZAÇÃO;
- E) CONVOCAR O CONSELHO COMUNITÁRIO, QUANDO PRECISADAS AS FORMALIDADES LEGAIS E O CONSELHO DIRETOR OMITIR-SE EM FAZÊ-LO.

[Handwritten signatures and initials in the bottom left corner, including a large signature that appears to be 'Paulo Affonso' and another signature below it.]

CAPÍTULO VI

DA REFORMA DOS ESTATUTOS E DISSOLUÇÃO DA SOCIEDADE

- ART. 478 - Os presentes Estatutos podem ser modificados total ou parcialmente pelo Diretor Presidente, após consulta ao Conselho Comunitário.
- ART. 484 - Em caso de dissolução da Instituição de saúde, o patrimônio de seu patrimônio incorporar-se-á ao Patrimônio da Beneficência de São Paulo.

CAPÍTULO VII

DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

- ART. 491 - O Conselho Diretor da Instituição de saúde, além de exercer as funções executivas da Administração, terá a competência que lhe dá o Artigo 239, SEÇÃO 1ª, do Capítulo V, nos presentes Estatutos.
- ART. 508 - A assistência médica na Instituição de saúde será exercida pelo Corpo Clínico, grupo ético de profissionais médicos, regido pelas normas por ele próprio elaboradas, que serão aprovadas pelo Conselho Comunitário, e aprovadas pelo Conselho Diretor.
- ART. 514 - O Corpo Clínico é dirigido por um de seus membros, eleito por, o Diretor Clínico, eleito na forma do que dispõe o Artigo 239, SEÇÃO 1ª, do Capítulo V, nos presentes Estatutos.
- ART. 528 - Ao Corpo Clínico compete:
- EXAMINAR, DIAGNOSTICAR E TRATAR OS CASOS DE DOENÇAS QUE INTERESSAM A INSTITUIÇÃO;
 - OPINAR A ADMINISTRAÇÃO EM QUESTÕES QUE INTERESSAM AO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.
- ART. 538 - A Instituição manterá um setor de Medicina Preventiva, orientado por um sanitarista, cujo setor será considerado como atividade prioritária.
- ART. 544 - Os serviços técnicos auxiliares, como os de enfermagem, radiológico, nutrição e dietética, serão dirigidos de acordo com as disposições legais e normas constantes do Regulamento Interno.

INFORMAÇÃO ÚNICA: A INSTITUIÇÃO CONTARÁ, ORGANIZACIONALMENTE, COM O SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E STATÍSTICA, DEVIDAMENTE ORGANIZADO E ATUALIZADO.

- ART. 558 - As atividades ambulatoriais e hospitalares poderão ser realizadas em colaboração com os serviços de saúde oficiais mediante convênio.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

- ART. 562 - O Diretor Presidente, após estudo e aprovação dos presentes Estatutos, providenciará a eleição do Conselho Diretor, a composição do Conselho Comunitário e do Conselho Fiscal, dando-lhes posse, de acordo com as disposições gerais do Capítulo V.

§ 1º - O MANDATO DOS MEMBROS ELEITOS E NOMEADOS PARA O CONSELHO DIRETOR INICIA-SE À 15 DE OUTUBRO DE 1978, EXPIRANDO À 31 DE MARÇO DE 1980.

§ 2º - O MANDATO DOS MEMBROS ELEITOS E NOMEADOS PARA O CONSELHO DIRETOR INICIA-SE À 15 DE OUTUBRO DE 1978, EXPIRANDO À 31 DE MARÇO DE 1980.

ART. 57º - OS DIÁRIOS MENSUAIS NOS PRESENTES ESTABUÍDOS SERÃO ELABORADOS PELO CONSELHO DIRETOR.

ART. 58º - OS PRESENTES ESTATUTOS, QUE VÃO ASSIMILAR-SE ÀS DO INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO PAULO, SÃO APROVADOS, A PLURIMIDADE DE VOTOS, PELA ASSEMBLÉIA GERAL DE ADMINISTRADORES DO INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO PAULO, EM 15 DE OUTUBRO DE 1978, EM TERMO DE RESOLUÇÃO Nº 1/78, EM SESSÃO EXTRAORDINÁRIA, EM VIGOR.

CERES, 12 DE OUTUBRO DE 1978.

1º Tomás Balduino

D. TOMÁS BALDUINO
Diretor Presidente

3º Bernardo Antonio Colgan

BERNARDO ANTONIO COLGAN
Diretor Vice-Presidente

2º Alvaro Gomes Pacheco

ALVARO GOMES PACHECO
Diretor Superintendente

4º Cesar Ribeiro da Fonseca

CESAR RIBEIRO DA FONSECA
Diretor Administrativo

5º Albineyar Plaza Pinto

ALBINEYAR PLAZA PINTO
Diretor Clínico

LATORIO DO 2º OFFICIO
RECONHECIMENTO DE FIRMA

Assinado e verificado a fliz de 12/10/78
(assinado e verificado)

[Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA

ASSOCIAÇÃO POPULAR DE SAÚDE DE ITAPURANGA
E S T A T U T O S

F. 1
Call
ARTHUR VIDAL REBELO COSTA

CAPÍTULO I

Da denominação, sede, fôro, duração e finalidade.

Art. 1º - A Associação Popular de Saúde de Itapuranga, APSI, fundada a 22 de Fevereiro de 1.987, é uma entidade civil, de direito privado e de caráter filantrópico, com sede e fôro jurídico na cidade e Comarca de Itapuranga, Estado de Goiás, de duração ilimitada e se regerá pela legislação que lhe for aplicada e por estes Estatutos.

Art. 2º - A Associação se destina às seguintes finalidades específicas:

I - Manter o Hospital Santa Casa do Povo com recursos próprios e através de Convênios com Entidades Governamentais e não Governamentais.

II - Prestar assistência integral à saúde, a quantos procurarem seus serviços, sem distinção de sexo, raça, trabalho, religião convicções políticas, nível social, nacionalidade ou qualquer outra condição.

III - Prestar assistência educacional na área de saúde, podendo fundar e manter escolas, mesmo de nível superior e franqueá-las a quem a procurarem podendo, inclusive, conceder bolsas de estudos bem como manter residentes estagiários, cujas despesas, no todo ou em partes, poderão ser absorvidas pela própria Associação desde que seus recursos o permitam.

Art. 3º - A Associação prestará assistência gratuita às pessoas carentes que a procurarem, dentro do que preceitua a legislação nacional vigente ou, em falta desta, dentro dos limites que forem permitidos.

CAPÍTULO II

Dos sócios, categoria e admissão.

Art. 4º - Haverá duas(02) categorias de sócios:

I - Contribuintes

II - Beneméritos.

Art. 5º - Os sócios contribuintes são aqueles regularmente inscritos nos livros de registros da Entidade que tiverem em dia com suas contribuições, aprovadas pela Assembléia Geral, tendo pago o mês anterior.

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Livros
Documentos e Protestos, 2º de Notas e 2º do Cível

ART. 1º DO REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS, TÍT.
LOS, DOCUMENTOS E PROTESTOS - Itapuranga - Go.
Arthur Vidal Rebelo Costa - OFICIAL

§ 1º - Sócio Benemérito são aqueles que tiverem contribuído de qualquer forma para com a Entidade, desinteressadamente.

§ 2º - Para se tornar sócio da Entidade a pessoa deverá participar de uma reunião previamente marcada pela Direção, num determinado dia do mês.

Art. 6º - O Sócio Contribuinte que deixar de pagar suas contribuições por seis meses sucessivos, sem justificativas, será notificado pela APSI e este terá trinta dias para regularizar sua situação financeira junto a Entidade. Transcorrido esse período, será automaticamente desligado do quadro da Entidade.

PARÁGRAFO ÚNICO: O Sócio Contribuinte que for desligado do quadro de associados, por ter infringido qualquer artigo deste Estatuto, será readmitido após um ano a partir da data do desligamento.

Art. 7º - São direitos dos Sócios Contribuintes:

I - Tomar parte nas Assembléias, discutir, propor, deliberar, votar e ser votado.

II - Participar das atividades da Entidade, e integrar comissões ou grupos de trabalho.

III - Utilizar de todos os serviços assistenciais mantidos pela Associação.

IV - Propor admissão de sócios.

V - Recorrer de decisões e atos da Diretoria.

VI - Fazer propostas e sugestões de interesse social.

VII - Requerer na forma estatutária, convocação da Assembléia Geral.

Art. 8º - São deveres dos Sócios Contribuintes:

I - Zelar pelo bom nome e pelo patrimônio da Associação.

II - Pagar as contribuições, taxas e emolumentos.

III - Exercer cargos ou atribuições para os quais forem eleitos.

IV - Comparecer às Assembléias Gerais e demais instâncias de discussões da APSI.

V - Cumprir e fazer cumprir os Estatutos, as normas regulamentares e as decisões da Assembléia Geral.

VI - Divulgar e apoiar os trabalhos da Entidade, bem como seu caráter e objeto.

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Titulos

Documentos e Protesto, 2º do Notas e 2º do Cível

ARTHUR VIDAL BARRELO COSTA - OFICIAL

Registado no Livro sob o nº 634 Liv. A.01
Página 144 Registro no Livro A.01 sob o nº 147
A página 57 1608 em 20.03.1984
Ita, uranga-Go. 30 de novembro de 1993.

Art. 9º - São direitos dos sócios beneméritos: FLS 3 (2) CTE

I - Ostentar esta qualidade em público e em particular.

II - Frequentar a sede da Associação, participar dos cursos e receber suas publicações.

Art. 10 - São deveres dos sócios beneméritos:

I - Zelar pelo bom nome da Associação.

II - Transmitir à direção da Entidade o efeito da imagem desta no meio da comunidade.

Art. 11 - Os sócios não respondem civilmente, pessoal ou solidariamente pelas obrigações assumidas pela Entidade.

Art. 12 - A Assembléia Geral fixará os valores das mensalidades e demais contribuições que deverão ser pagas pelos sócios contribuintes, que poderão ser corrigidas segundo os índices oficiais.

Art. 13 - A Diretoria baixará regulamento específico sobre a admissão de sócios contribuintes.

CAPÍTULO III

Da Administração: Diretoria Executiva, Conselho Fiscal, Conselho de Representantes e suas atribuições.

Art. 14 - A Entidade será administrada por uma Diretoria Executiva composta de um Coordenador-Geral, um Vice-Coordenador Geral, um Secretário, um 1º Secretário, um Tesoureiro e um 1º Tesoureiro, escolhida em eleição direta e secreta, com mandato bienal, permitida a reeleição por mais de um período.

PARÁGRAFO ÚNICO: Somente poderão concorrer a qualquer cargo da Diretoria ou Conselho Fiscal, o sócio contribuinte em dia com a tesouraria e que tenha pelo menos um ano de inscrição na Entidade.

Art. 15 - São atribuições da Diretoria Executiva:

I - Administrar a Associação.

II - acatar e aplicar as decisões da Assembléia Geral.

III - Cumprir e fazer cumprir o presente Estatuto.

Registro de Pessoas Jurídicas, União

Documentos e Protesto, 2º de Notas e 2º do Cível

ARQUIVADA EM 19/08/2014

Protocolo nº 634 Liv. A-01

IV - Estabelecer a política assistencial e administrativa da Entidade.

V - Prover fundos para a manutenção da Associação.

VI - Aprovar o quadro de pessoal com vínculo em precatório com a Entidade.

VII - Admitir e demitir funcionários.

VIII - Instituir o regulamento do Hospital Santa Casa do Povo e o Regimento do Corpo Clínico, onde serão estabelecidos os critérios para a contratação e demissão de funcionários de nível superior, médio, auxiliar e administrativo.

IX - Fixar as metas de assistências sociais anuais e cumprí-las.

X - Instituir comissões permanentes ou transitórias para fins específicos, acompanhando a execução de suas atividades.

XI - Autorizar as despesas ordinárias e extraordinárias da Associação, de acordo com a disponibilidade da tesouraria.

XII - Adquirir bens imóveis, vender, hipotecar ou onerar de qualquer forma os bens imóveis da Associação depois de previamente autorizada pela Assembléia.

XIII - Zelar pelo bom nome e patrimônio da Associação.

XIV - Propor à Assembléia Geral a reforma do presente Estatuto.

XV - Receber a inscrição de novos sócios para a apresentação na Assembléia.

Art. 16 - A Diretoria Executiva se reunirá ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocada pelo Coordenador-Geral ou dois terços de seus membros, sendo as decisões lavradas em atas do livro próprio.

§ 1º - O membro da Diretoria Executiva que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou cinco intercaladas, sem justificativa, perderá o mandato.

§ 2º - A justificativa referida no parágrafo anterior

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Titulos

Documentos e Protesto, 2º de Notas e 2º do Cível

ARTHUR VIDAL BARRELO COSTA - OFICIAL

Montado no Protocolo sob o nº 634, Liv. A-01

rior, para ter validade, terá que ser aprovada pelos demais membros da Diretoria, em reunião.

FLS 5
REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL
OFFICIAL

Art. 17 - Compete ao Coordenador-Geral:

- I - Convocar e presidir a abertura da Assembléia.
- II - Representar a Associação ativa e passivamente em juízo ou junto a terceiros.
- III- Convocar e presidir as reuniões da Diretoria.
- IV - Emitir e endossar cheques, movimentar contas bancárias, constituir mandatários, procuradores e advogados, fazer petições e requerimentos de interesse da Associação.
- V - Executar a administração da Entidade.
- VI - Preparar o relatório anual da Diretoria, bem como o orçamento-programa e a prestação de contas da Associação.

Art. 18 - Compete ao Vice-Coordenador Geral substituir o Coordenador-Geral, sempre que este estiver ausente ou impedido de exercer suas funções.

Art. 19 - Compete ao Secretário:

- I - Lavrar as atas das Assembléias Gerais, das reuniões da Diretoria.
- II - Manter em ordem e atualizados os livros, registros e arquivos da Entidade.
- III- Redigir a correspondência oficial da Associação e submetê-la à assinatura do órgão competente.

Art. 20 - Compete ao Tesoureiro:

- I - Manter atualizado e em ordem o livro caixa e a contabilidade da Associação, providenciando para que seja elaborada em períodos estabelecidos pela Diretoria, os balanços e balanços da Associação.
- II - Providenciar nas épocas devidas a elaboração da previsão orçamentária bem como a prestação de contas.
- III- Assinar cheques e ordens bancárias juntamente com o Coordenador-Geral.
- IV - Informar à Diretoria os sócios contribuintes que se encontram com seis meses de atraso com a tesouraria, para as providências exigidas no Art. 6º, Capítulo II.

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Tribos
e Protestos e 2º de Notas e 2º do Cível

ARTHUR VIDAL BARELO COSTA - OFFICIAL

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Tribos e Protestos e 2º de Notas e 2º do Cível sob o nº 634, Liv. A-01

est

Art. 21 - Quando da eleição da Diretoria e Conselho Fiscal, serão também eleitos três suplentes da Diretoria com a função de assumir o cargo efetivo quando houver vacância.

JAL HABELLO COSTA
OFICIAL

PARÁGRAFO ÚNICO: - No caso de vacância do Coordenador-Geral, Tesoureiro ou Secretário, procede-se a substituição automática, assumindo o suplente, na ordem que foi eleita, a vaga de Vice-Coordenador, 1º Tesoureiro ou 1º Secretário.

Art. 22 - O Conselho Fiscal, composto por três membros efetivos e três suplentes, será eleito juntamente com a Diretoria, para um mandato de igual duração.

Art. 23 - Compete ao Conselho Fiscal:

I - Supervisionar a elaboração do Plano de Contas da Contabilidade da Associação.

II - Examinar periodicamente a escrituração da contabilidade, aplicando teste nos seus documentos.

III - Fiscalizar a documentação que está sendo exigida nas compras e que está sendo oferecida nas vendas.

IV - Visar balanços e balancetes, bem como a documentação.

V - Emitir parecer escrito para levar à Assembléia sobre o balanço encerrado no final de cada exercício.

Art. 24 - Complete aos suplentes do Conselho Fiscal, substituir qualquer membro deste Conselho, no caso de vacância de cargo.

Art. 25 - O Conselho Fiscal se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que convocada por seu Presidente ou um terço de seus membros.

Art. 26 - O membro do Conselho Fiscal que deixar de comparecer às reuniões do Conselho, por três reuniões consecutivas poderá perder o cargo, sendo substituído por seu suplente.

Art. 27 - O Conselho de Representantes, formado por delegados eleitos pelos sócios, nas comunidades de Base, será corresponsável pela administração da Entidade.

§ 1º - Todo bairro, região ou comunidade terá direito a eleger um Delegado Representante por cada grupo de cinquenta sócios contribuintes.

Arquivo de Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos e Protesto, 2º de Notas e 2º do Civil
ARTHUR VIDAL HABELLO COSTA - OFICIAL

Arquivo de Protesto nº 634 Liv. A-01
Folha 144 Bug. str. no Livro A-01 sob nº 17 a página 54/602

§ 2º - Toda Entidade Classista ou Religiosa, Empresa, Associação, Núcleo Urbano ou Rural, que tenha pelo menos setenta por cento de seus membros associados à APSI, terá direito a eleger um Delegado Representante.

Art. 28 - Compete aos membros do Conselho de Representantes:

I - Participar com direito a voz e voto das reuniões da Diretoria e Conselho de Representantes e Assembléias Gerais.

II - Receber as contribuições dos sócios de sua região ou setor.

III - Zelar pelo bom nome e patrimônio da Associação.

IV - Inscrever novos sócios e apresentá-los à Diretoria.

V - Coordenar e liderar campanhas de arrecadação de fundos e doações.

Art. 29 - O Delegado Representante que deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas do Conselho ou quatro intercaladas sem motivo justificável, perderá o mandato, assumindo o seu suplente. O Delegado Representante terá o mandato de um ano podendo ser reeleito.

Art. 30 - O Delegado Representante que não estiver atendendo aos fins para os quais foi eleito, poderá ser substituído pela comunidade de origem em reunião convocada para este fim, para a qual deverá ser também convocado. A reunião deverá ser convocada por pelo menos 20% (vinte por cento) dos associados naquele bairro, com ampla divulgação.

CAPÍTULO IV

Da Assembléia Geral

Art. 31 - A Assembléia Geral, órgão supremo e soberano da Associação será ordinária e extraordinária, sendo formada pela totalidade de seus sócios com direito a voto, em pleno gozo de seus direitos estatutários.

Art. 32 - As Assembléias ordinárias serão realizadas nos meses de Janeiro e Dezembro, para tratar de assuntos estabelecidos nestes Estatutos.

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Filiais
Documentos e Protesto, 2º de Notas e 2º do Cível

ARTHUR VIDAL HABELLO COSTA - OFICIAL

contado no Protocolo sob o nº 634 Liv. A. 01

Água 144 Registrado no Livro A. 01 sob o

14 A página 51/60 em 20/03/2004

Art. 33 - As Assembléias Extraordinárias serão realizadas sempre que os interesses da Entidade o exigirem, devendo a convocação ser feita por Edital motivado.

PARÁGRAFO ÚNICO: A Assembléia Geral será convocada:

I - Pelo Coordenador-Geral.

II- Via requerimento encaminhado ao Coordenador-Geral por 20%(vinte por cento) dos sócios contribuintes em dia com a Tesouraria e que tenham 90(noventa) dias de inscrição na Entidade. A Assembléia deverá ser convocada no prazo de 30(trinta) dias.

Art. 34 - As Assembléias se instalarão com um mínimo de 30%(trinta por cento) dos associados em dia, em primeira convocação e, em segunda e última, que poderá ocorrer uma hora após o horário fixado para a primeira, com qualquer número de associados presentes.

Art. 35 - Toda Assembléia Geral será convocada por Edital com prazo de 30(trinta) dias motivado. A Assembléia é soberana para acrescentar novo ponto de pauta, sendo que a primeira discussão e votação será da matéria constante no referido Edital.

Art. 36 - As Assembléias serão presididas pelo coordenador-Geral, Secretário, Tesoureiro ou um membro escolhido pelos presentes, não sendo permitida a representação por procuração.

Art. 37 - Complete exclusivamente à Assembléia Geral:

I - Eleger o Coordenador da Assembléia Geral.

II - Autorizar a alienação de imóveis pertencentes à Associação, bem como a aquisição de outros.

III- Permitir a gravação de bens com ônus hipotecários.

IV - Criar departamentos, obras ou atividades que atendam à finalidade da Associação.

V - Dissolver a Associação, em Assembléia para este fim especialmente convocada, nos termos deste Estatuto.

VI - Estabelecer as contribuições a que os sócios contribuintes estarão sujeitos.

VII- Examinar, aprovar ou rejeitar no todo ou em partes, os balancetes, previsões orçamentárias e os relatórios da Diretoria.

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Ilhéus

Documentos e Protesto, 2º de Notas e 2º do Cível

ARTHUR VIDAL HABELLO COSTA - OFICIAL

Protocolado sob o nº 634 - A - 01

144 - Reg. stração no Livro A - 01 sob o

147 - à página 58/60 em 30-03-1991

ARTHUR VIDAL HABELLO COSTA
OFICIAL

CAPÍTULO V

Das Eleições.

Art. 38 - A Diretoria e seus suplentes e o Conselho Fiscal, serão eleitos para o mandato de dois anos, no mês de Fevereiro, por voto direto e secreto em dia designado pelo Conselho de Representantes.

PARÁGRAFO ÚNICO- A Diretoria Eleita será empossada pela Diretoria anterior, trinta dias após a divulgação do resultado oficial da eleição.

Art. 39 - Somente poderão votar os sócios contribuintes em dia com a tesouraria e que contem 90(noventa) dias de inscrição na Entidade, que antecedem as eleições. A tesouraria fechará o recebimento das mensalidades 20(vinte) dias antes da eleição, para a confecção da lista dos sócios contribuintes em condição de votar.

Art. 40 - É vedada a concessão de anistia aos sócios contribuintes.

Art. 41 - A Eleição será convocada pelo coordenador-geral, que publicará Edital de Convocação na sede da Entidade e na imprensa local com prazo de 30(trinta) dias.

Art. 42- A eleição será conduzida por uma Comissão Eleitoral designada para este fim, composta por dois representantes de cada chapa, de notável idoneidade moral, que não estejam concorrendo a qualquer cargo eletivo, que podem ou não serem associados.

PARÁGRAFO ÚNICO : A Diretoria fará publicar os nomes dos componentes desta comissão 20(vinte) dias antes da eleição.

Art. 43 - A Diretoria baixará as normas que regulamentarão as eleições devendo ser apreciadas pelo Conselho de Representantes.

CAPÍTULO VI

Do Patrimônio

Art. 44 - O patrimônio da Associação será constituído pelos valores consignados em sua escrituração sob este título.

Art. 45 - As receitas da Associação serão obtidas de:

1.º - Contribuições das Pessoas Jurídicas, Físicas e Jurídicas;
2.º - Notas e 2.º do Cível
3.º - ...
OFICIAL

11.9 634, 11.9 A.01

- I - Legados e doações
- II - Prestação de serviços
- III - Taxas e contribuições
- IV - Verbas obtidas da administração pública
- V - Imóveis e móveis adquiridos.

Fis 10 *Costa*
 ARTHUR VIDAL RABELO COSTA - OFICIAL

Art. 46 - A Associação aplicará integralmente no País os seus recursos, na manutenção dos seus objetivos sociais, empregando o seu eventual "superavit" na expansão dos seus serviços e ampliação de suas atividades sociais.

Art. 47 - É vedada a remuneração dos membros da Diretoria Executiva da Associação, bem como a distribuição de lucros, bonificação ou vantagens de qualquer tipo aos mantenedores, sócios ou de outras pessoas excluídas por lei, salvo aquelas que tenham vínculos empregatícios.

CAPÍTULO VII

Das Disposições Gerais

Art. 48- Estes Estatutos somente poderão ser reformados, no todo ou em partes, pela Assembléia Geral convocada para este fim, com o mínimo de 50% (cinquenta por cento) mais um (01) dos sócios contribuintes em condições de votarem, devendo a mudança ser aprovada por dois terços dos presentes.

PARÁGRAFO ÚNICO: A Assembléia para este fim deverá ser convocada por dois terços da Diretoria ou pelo menos 20% (vinte por cento) dos sócios contribuintes em dia com a tesouraria.

Art. 49 - A Associação só poderá ser extinta por uma Assembléia Geral convocada especialmente para este fim, em parecer para isto emitido, assinado por 2/3 (dois terços) dos sócios em pleno gozo de seus direitos sociais e deliberará somente com a presença de no mínimo, 2/3 (dois terços) dos sócios em gozo de seus direitos, devendo haver, em caso de votação mais da metade dos votos favoráveis.

Art. 50 - Em caso de dissolução da Entidade, o seu patrimônio, respeitadas as doações condicionadas, será destinada a uma Entidade congênere, registrada no Conselho Nacional de Serviço So-

Departamento de Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos e Documentos e Protesto, 2º de Notas e 2º do Cível
 ARTHUR VIDAL RABELO COSTA - OFICIAL

Protocolo sob o nº 634 Liv. A-01
 349 Reg. 11/11/1961

cial, do Ministério da Ação Social-MAS.

Art. 51 - Os casos omissos nestes Estatutos, serão decididos por analogia, pelos princípios gerais de direito, pela equidade, aplicando-se no que couber, o Código Civil Brasileiro.

Art. 52 - A Diretoria providenciará, oportunamente a necessária e devida regulamentação de todos os capítulos e seções deste Estatuto.

Art. 53 - Os presentes Estatutos aprovados pela Assembléia Geral, serão assinados e rubricados pelos membros da Diretoria e serão registrados em Cartório, entrando em vigor na data de sua publicação.

Itapuranga, 31 de outubro de 1.993

Angela Mares Rodrigues de Oliveira
Angela Mares Rodrigues de Oliveira

-Coordenadora-Geral-

João Lourenço Cândido
João Lourenço Cândido

-Secretário-

Valdeci da Silva Pires
Valdeci da Silva Pires

- Tesoureiro -

TABELIONATO DE OFÍCIO DE NOTAS
ARTHUR VIDAL RABELO COSTA - TABELIÃO
COMARCA DE ITAPURANGA - GO

Reconheço, verdadeira(s) a(s) assinatura(s) de
Angela Mares Rodrigues de Oliveira e João Lourenço Cândido
pessoa(s) minha(s) conhecida(s). Dou fé.
Itapuranga, 30 de novembro de 1993.
Em testemunho at da verdade

ARTHUR VIDAL RABELO COSTA
TABELIÃO

TABELIONATO DE OFÍCIO DE NOTAS
ARTHUR VIDAL RABELO COSTA - TABELIÃO
COMARCA DE ITAPURANGA - GO

Reconheço verdadeira(s) a(s) assinatura(s) de
Valdeci da Silva Pires
pessoa(s) minha(s) conhecida(s). Dou fé.
Itapuranga, 30 de novembro de 1993.
Em testemunho at da verdade

ARTHUR VIDAL RABELO COSTA
TABELIÃO

Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas, Títulos, Documentos e Protesto, 2º de Notas e 2º do Civil
ARTHUR VIDAL RABELO COSTA - OFICIAL

apontado no Protocolo sob o n.º 634 Liv. A-01
página 117 Registrado no Livro A-01 sob o
n.º 14 à página 5160 em 20-03-1994
Itapuranga-Go, 30 de novembro de 1993.
at

Arthur Vidal Rabelo Costa - Oficial

CARTÓRIO DE REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E PROTESTOS - Itapuranga - Go.
Arthur Vidal Rabelo Costa - OFICIAL

Protocolado sob o n.º 963 às fls. 196
do Livro A-01 em 30-11-1993
Averçado no Livro A-01 à margem do Registro
n.º 14 de ordem.
Itapuranga - Go. 30 de novembro de 1993.
at

ARTHUR VIDAL RABELO COSTA
OFICIAL

ROTEIROS PARA COLETA DE DADOS

PESQUISA SOBRE O MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NO VALE DO SÃO PATRÍCIO

ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL

COLETA DE DADOS EM ATAS DE ASSEMBLÉIAS

Doc.nº

1. Nome Instituição: Hosp. São Pio Xº APSI STR Itapuranga

2. Ata relacionada à Assembléia: Ordinária Extraordinária

3. Mês da convocação da Assembléia:

Janeiro Fevereiro Março Abril Maio Junho
 Julho Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro

4. Ano:

1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983
 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992

5. Objetivos da convocação assembléia:

- apresentação e discussão de programação de atividades anual e previsão orçamentária
- prestação de contas do ano anterior
- eleição de diretoria
- nomeação de diretoria
- discussão de estratégias para enfrentamento das dificuldades relacionadas à política de saúde
- outros. Quais:.....

6. Participantes:

- diretoria, corpo técnico e associados
- diretoria e associados
- diretoria e corpo técnico
- diretoria
- outros. Quem

7. Número de participantes

- Menos de quinze
- de 16 a 30 participantes
- de 31 a 45 participantes
- de 46 a 60 participantes
- de 61 a 75 participantes
- de 76 a 100 participantes
- mais de 101 participantes

PESQUISA SOBRE O MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NO VALE DO SÃO PATRÍCIO

Roteiro para pesquisa documental

COLETA DE DADOS EM CONVÊNIOS

Documento nº.....

1. Nome da instituição contratada: Hospital São Pio X° APSI STRI

2. Nome da instituição contratante:
 - Ministério da Saúde Secretaria Estadual de Saúde
 - CEBEMO/Holanda Raoul Follereau/Itália
 - Outras organizações estrangeiras. Qual?.....

3. Ano da assinatura do convênio:

4. Valor anual do convênio:.....

5. Tempo de duração: um ano dois anos três anos mais tres anos
 indeterminado

6. Objetivos do convênio:
 - prestação de serviços na área curativa
 - prestação de serviços na área preventiva
 - mobilização e organização popular
 - prestação de serviços na área preventiva e organização popular
 - outros. Quais.....

7. Em caso de prestação de serviços na área curativa, trata-se:
 - de compra de serviços pré-definido por número de AIHs
 - de compra de serviços com verbas fixas
 - de compra de serviço ambulatorial
 - de compra de serviços de apoio a diagnóstico
 - nenhuma das respostas anteriores

8. Em caso de prestação de serviços na área preventiva, trata-se:
 - de serviço de atenção integral à saúde da mulher e da criança
 - de controle e profilaxia de doença de hansen
 - de apoio à organizações específicas da região
 - de apoio à causa indígena
 - nenhuma das respostas anteriores

9. Em caso de práticas organizativas, trata-se:
 - de serviço de comunicação (jornal e rádio)
 - de cursos de formação de agentes de saúde
 - de atividades específicas de mobilização popular
 - realização de palestras, cursos de formação política e seminários
 - nenhuma das respostas anteriores

10. As atividades proposta no projeto foram realizadas: sim não
11. Após o término do tempo de duração o convênio foi renovado? sim não
12. Em caso negativo, as atividades foram paralisadas? sim não
13. Em caso de renovação do convênio, houve ampliação da verba recebida? sim não

PESQUISA SOBRE O MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE NO
VALE DO SÃO PATRÍCIO
ROTEIRO PARA PESQUISA DOCUMENTAL
LEVANTAMENTO DE DADOS FINANCEIROS

Doc. nº.....

Análise Balanços Financeiros

A) Receita

1. Nome Instituição: Hosp. São Pio xº APSI STR Itapuranga

2. Ano base:

3. Receita Proveniente de convênios Inamps:

AIH =

Funrural =

Total =

4. Receita proveniente convênios externos:

Instituição..... Valor recurso

Instituição: Valor recurso.....

Instituição:..... Valor recurso:.....

5. Donativos:

Origem:..... Valor:

Origem: Valor:

Origem: Valor:

6. Aplicações financeiras: valor:.....

TOTAL DA RECEITA=

B) DESPESAS

7. Despesas recursos humanos =

8. Despesas com equipamentos
e materiais hospitalares =

9. Despesas com materiais de
limpeza e escritório =

10. Despesas com medicamen
tos =

11. Outras despesas =

TOTAL DESPESAS =

12. Déficit/superávit =

13. Despesas relacionadas à projetos de
cooperação internacional =

EXEMPLAR DO JORNAL "O XIXA"

"CEBEMO visita APSI"



Nos dias 30 e 31 de outubro recebemos a visita do Fábio Poelhekke, da CEBEMO, entidade holandesa com a qual mantemos o Projeto de Educação em Saúde. Esteve também presente a psicóloga Tânia, que trabalha no CERS uma entidade brasileira, com sede no Rio de Janeiro, de apoio aos movimentos populares.

O objetivo da visita foi manter contato para avaliar o trabalho que vem sendo desenvolvido nos últimos três anos e abrir a discussão em torno da renovação do projeto.

Os compromissos foram muitos para pouco tempo que o Fábio e a Tânia dispunham em nossa cidade. No dia 30 reuniram-se com a Diretoria da APSI para avaliarem os trabalhos e as dificuldades em nossa caminhada. Neste mesmo dia, visitaram a Comunidade de Guaraitá para conhecer de perto a organização popular nesta comunidade e participaram de um jantar de confraternização na residência de um destes companheiros.

No dia 31 reuniram-se novamente com a diretoria e o Conselho de Representantes da APSI, alguns sócios, entidades do município e região e funcionários que trabalham no projeto. Neste

encontro foram feitas muitas perguntas sobre o trabalho dos representantes, como cada um exerce sua função e as dificuldades que encontram. Ouviram também como anda cada trabalho do Projeto de Educação em Saúde que foi relatado pelas próprias pessoas que desenvolvem as atividades na área.

No final manifestaram entusiasmo com o crescimento da Associação como organização popular apesar das dificuldades internas que vem atravessando.

O representante da CEBEMO disse que a preocupação maior é com a organização do povo em busca de seus direitos e de melhores condições de vida e que há possibilidades de continuarem ajudando a Associação através da renovação do Projeto por mais algum tempo. No entanto, esta decisão ficará para ser discutida em fevereiro. Disse também que manter o Hospital é tarefa do Governo brasileiro.

Este encontro foi sem dúvida uma força para a atual diretoria e seus conselheiros. Um estímulo para prosseguir com os trabalhos que estão sendo realizados.

EDITORIAL

A organização de um povo, no sentido de se constituir como sujeito ativo, construtor de sua história e libertação, é um processo lento, porém gradativo, que passa por etapas enfrentando desafios, contradições, dificuldades de diversas naturezas e que exige tomada de posição, coragem, renúncia, humildade, respeito, e, sobretudo confiança e fé; para se manter, sobreviver alcançar seus objetivos.

Falar de organização popular não é imaginar e querer algo de todos para todos simplesmente; é, antes de tudo, falar e reconhecer a capacidade, o direito, o dever, a autoridade, o limite de cada um. Só assim, pode haver uma organização popular séria, autêntica, na qual prevaleça o respeito às pessoas tal como são, suas funções, às normas que regem essa organização, aos limites do poder e do saber de cada um; às decisões tomadas e aos caminhos traçados, hierarquizados é claro, para a busca do bem comum e a satisfação coletiva.

Uma organização popular deve se embasar primeiramente nos princípios éticos, morais e cristãos, pois são princípios fundamentais para que toda organização possa nascer, crescer e prosperar; caso contrário pode ser uma fantasia, uma farsa.

Falando de uma organização popular, vale enfatizar aqui, a ASSOCIAÇÃO POPULAR DE

SAÚDE DE ITAPURANGA que é hoje, sem dúvida, a expressão maior da organização popular em Itapuranga, pois agraga em seu seio inúmeras famílias de diversas categorias de trabalhadores e profissionais e de diversas convicções religiosas e políticas e de diversas condições sociais e econômicas, e cujo objetivo primeiro é manter uma relação de respeito e ser uma ferramenta a serviço de seus associados e da comunidade em geral, não só no que diz respeito à saúde, mas à vida humana no seu todo.

É uma entidade que tem procurado manter sua linha de ação, procurando ser cada vez mais sólida, coerente e consciente; tem procurado acreditar na capacidade organizativa e na honestidade das pessoas; tem buscado se inserir cada vez mais no seio da sociedade para melhor entender a problemática da vida do povo; tem buscado também uma aproximação maior com as demais entidades de Itapuranga; tem procurado dentro de suas limitações atender e assistir a todos que a procuram. Tem procurado também estar sempre cobrando dos órgãos governamentais o que lhe é de direito, enfim, tem se empenhado ao máximo para o êxito de suas ações.

Tem enfrentado dificuldades é claro, mas tem conseguido superar muitas delas, graças ao espírito de luta e reconhecimen-

to, através da participação consciente de muitos de seus associados e de grande parte da população.

E assim, o tempo vai passando. Em fevereiro de 92, completará seu 5º aniversário. Uma data importante. Também em fevereiro de 92 estará sendo escolhida através do voto a sua nova diretoria; uma data também importante, talvez mais do que a do aniversário.

Não é tão simples dizer que vai haver eleição para eleger a diretoria. É preciso saber como encaminhar esse processo de votação. É preciso fazer valer as normas estatutárias; é preciso que se prevaleça a descência, o respeito, o compromisso e a representatividade.

É preciso que os sócios com direito a voto, participem mais da vida da APSI e que compareçam nas Assembléias, pra votarem consciente e escolhem assim, pessoas que melhor representam uma organização popular, neste caso a Associação e não apenas para pagar favores. Voto é coisa séria, e A.P.S.I., nasceu para ser uma entidade séria com passado, presente e futuro. Votar é um ato democrático, deve ser livre e consciente, sobretudo numa organização popular, onde o povo deve demonstrar sua capacidade e sua liberdade de escolha para o bem comum.

In Memoriam

Dia 11 de novembro p.p., completou um ano o falecimento da companheira Jovenflia Pereira, que fazia parte da Diretoria da APSI, ocupando cargo no Conselho Fiscal, como efetiva.

A APSI e a atual diretoria reverenciam sua memória, lembrando que foi uma grande perda para a luta em Itapuranga, mas que deixou o seu exemplo. Sua falta é grande e sua pessoa é sempre lembrada com respeito e reconhecimento.



"Hospital se organiza"

Com o objetivo de prestar um bom atendimento aos usuários do Hospital, a APSI e os funcionários do Hospital discutiram e aprovaram recentemente o Regimento Interno do Hospital e o Regimento do Corpo Clínico. Este foi um passo importante na organização administrativa do Hospital. Com organização podemos melhorar a qualidade do serviço que prestamos.

O Corpo Médico é formado por 6 (seis) profissionais que prestam atendimento ambulatorial diariamente e são plantonistas do Hospital. Temos também outros três médicos dando cobertura permanente ao Hospital que tem em seu quadro de funcionários 33 pessoas trabalhando nas diversas áreas (enfermarias, RX, laboratório, serviços gerais, secretarias, farmácia, . . .).



Este é um boletim informativo sob a responsabilidade da Associação Popular de Saúde de Itapuranga - APSI.

Endereço: Av. Agoncilio da Silva Moreira s/nº - CEP 76.650 - Itapuranga - GO.

Fone: 745-1288

Assessoria, Composição, Fotolito e Impressão: Oficina de Comunicação.

Endereço: Rua 1013, 467, St. Pedro Ludovico, Goiânia.

Fone: 241 - 9626

Governo atrasa repasse de verbas

Para justificar o atraso no repasse das verbas correspondente aos serviços prestados pelos hospitais conveniados na área de internação e atendimento ambulatorial, o Governo alega que está vivendo uma crise devido ao acentuado desequilíbrio entre a arrecadação e as despesas da seguridade social.

Por arrecadação entende-se a contribuição que é descontada no salário de cada trabalhador ao final de cada mês para a previdência social e a contribuição das empresas. Por despesas da seguridade social entende-se as despesas com o Sistema Único de Saúde, o pagamento dos salários dos aposentados e as despesas com o próprio Ministério do Trabalho e Previdência Social. Nestas despesas estão incluídos também o Seguro Desemprego, mas o rombo, o que gera realmente esta crise é sem dúvida a grande corrupção que assola o Ministério da Previdência Social e o país como um todo.

A crise é gerada pela má administração dos recursos. O próprio poder público é o maior devedor da Previdência Social. Os recursos são mal distribuídos, o controle da utilização desses recursos é frágil e propicia a fraude em larga escala. Na área da saúde há internações fantasmas e os diagnósticos são distorcidos possibilitando procedimentos que geram maior valor na tabela de serviços do SUS.

Segundo o próprio Ministro Alcei Guer-

ra, a situação deve se prolongar até fevereiro de 1992. Não há previsão de data para o pagamento dos serviços ambulatoriais prestados em setembro e nem das internações realizadas no mesmo mês. Normalmente o repasse da verba ocorre após 45 dias da apresentação das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). A verba correspondente ao mês de Agosto foi repassada somente no dia 31 de outubro próximo passado.

Ao que tudo indica, o Sr. Ministro do Governo Collor esqueceu que os medicamentos estão constantemente sendo reajustados bem como preços de materiais de limpeza, alimentação, salários . . .

Como manter o padrão de atendimento à população? Como o Governo espera que a maioria da população, que não tem como pagar pelo serviço de saúde, tenha acesso ao atendimento médico-hospitalar.?

As condições de saúde da população estão ligadas às condições de moradia, alimentação, trabalho e lazer e como grande parte de nosso povo não tem nada disto está muito exposto à doença, ficando doente não encontra recursos para o atendimento médico-hospitalar.

Este é o caos a que o Governo Collor está conduzindo o Sistema de Saúde no Brasil, provavelmente criando as circunstâncias adequadas para a privatização. É a política do quanto pior-melhor.

APSI vai a Goiânia se encontrar com representante da Raoul Follereau

A coordenadora geral da APSI, e a equipe que trabalha com o Projeto de Hanseníase estiveram em Goiânia conversando com Dr. Amedeo Carote, o representante da Raoul Follereau, entidade italiana que vem trabalhando junto com a APSI no controle e profilaxia da doença de hansen. O motivo do encontro foi a troca de idéias sobre o trabalho na área. A Raoul Follereau estuda a possibilidade de assinar um convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás ampliando o atendimento aos portadores de hansen, e quiz saber como a APSI poderia contribuir, além do projeto que já mantém com a Raoul Follereau.

A APSI apresentou um pequeno relatório epidemiológico do nosso município e fez uma análise sobre a municipalização da saúde. Estas informações foram solicitadas para aprofundar o conhecimento sobre a nossa realidade.

NOTA DE AGRADECIMENTO

A Diretoria da APSI vem a público agradecer:

- A todas as comunidades rurais e urbanas;

- Ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Itapuranga;

- A COMIL;

- Ao Lions Clube de Itapuranga;

- A Secretaria de Obras da Prefeitura de Itapuranga;

- A Caixa Econômica Federal;

- Ao BEG;

- Ao Banco do Brasil de Itapuranga;

- A Loja Maçônica Cruzgiro do Sul;

- Aos pedreiros e serventes, que de forma concreta apoiaram e contribuíram com a Reforma do Hospital Santa Casa do Povo;

- Ao Sindicato Rural;

- Ao CDL, pelo reconhecimento e apoio ao trabalho da APSI;

enfim a todos quantos direta ou indiretamente também deram suas contribuições. Lutar pelo bem comum é dever de todos, é digno de todo cidadão.



Parque Alvorada inaugura Salão Comunitário

Graças à luta e à organização da comunidade cristã do Parque Alvorada, hoje se tem ali construído e inaugurado o sonhado Salão Comunitário.

Este salão foi construído com a ajuda e apoio de toda comunidade, tem por objetivo servir a ela, no sentido de proporcionar condições para a realização dos encontros de oração e de reflexão do Evangelho e celebração dominical com as crianças do bairro, promovendo a união e fortalecendo a

fé da comunidade nesses encontros semanais tão valiosos.

Além de servir à comunidade do bairro, o salão já tem servido à Associação Popular de Saúde de Itapuranga, para os encontros do Conselho de Representantes.

Este salão é o fruto concreto de um trabalho árduo de toda a comunidade do bairro, embora ainda falte algumas coisas como, por exemplo, os bancos, porém a luta continua. Parabéns à comunidade.

DEMONSTRAÇÃO FINANCEIRA GERAL A.P.S.I./HOSPITAL SANTA CASA DO POVO

Período: 08/09 a 07/11/91

ENTRADAS:

a) RECEITAS

| | |
|-----------------------------|---------------|
| 1. Participação Comunitária | 307.750,00 |
| 2. Receitas Ordinárias | 25.835.368,91 |
| 3. Receitas Extraordinárias | 356.042,67 |
| Total das Receitas | 26.499.161,58 |

b) EXTORNO (Saídas período anterior)

124.997,00

c) EMPRÉSTIMOS A PAGAR

5.581.357,80

Sub-Total

32.205.516,38

d) SALDO CAIXAS ANTERIORES

1.660.001,74

TOTAL GERAL

33.865.518,12

6. Encargos Sociais

4.090.499,74

7. Atividades Diversas

6.000,07

Total das Despesas

27.026.076,97

b) EMPRÉSTIMOS PAGOS

1.400.000,00

Sub-Total

28.426.076,97

c) SALDOS EM CAIXAS

5.439.441,15

TOTAL GERAL

33.865.518,12

Confirmamos a exatidão da presente demonstração financeira da Associação Popular de Saúde de Itapuranga, referente ao período de 08 de setembro a 07 de novembro de 1991, no valor de Cr\$ 33.865.518,12 (Trinta três milhões, oitocentos e sessenta e cinco mil, quinhentos e dezoito cruzeiros e doze centavos).

Itapuranga - Go, 16-11-91.

SAÍDAS:

a) DESPESAS:

| | |
|------------------------------------|---------------|
| 1. Pessoal | 13.607.904,79 |
| 2. Serviços de Terceiros | 723.962,84 |
| 3. Material de Consumo | 4.415.064,19 |
| 2. Material Educativo: | |
| 4.1. Mat. Educativo (46.595,00) | |
| 4.2. Const./Reforma (3.937.207,80) | |
| | 3.983.802,80 |
| 5. Encargos Administrativos | 198.842,61 |

NOTAS EXPLICATIVAS:

| | |
|---------------------------------------------|--------------|
| 1. Saldos em Caixa | 5.439.411,15 |
| 2. Empréstimos a receber (Período anterior) | 113.000,00 |
| 3. Empréstimos a pagar (acumulados) | 7.801.357,80 |
| 4. Imóveis - Lotes (valor de aquisição) | 400.000,00 |

Itapuranga - Go, 16-11-91.

Atendimento do Hospital Santa Casa do Povo

- AGOSTO/91

Partos Normais - 16

Partos Cesarianas - 05

Cirurgias - 15

Nº de Internados - 149

Nº de Atendimento Ambulatorial - 2.443

- SETEMBRO/91

Nº de Atendimento Ambulatorial - 2.196

- OUTUBRO/91

Partos Normais - 11

Partos Cesarianas - 11

Cirurgias - 06

Nº de Atendimento Ambulatorial - 3.405

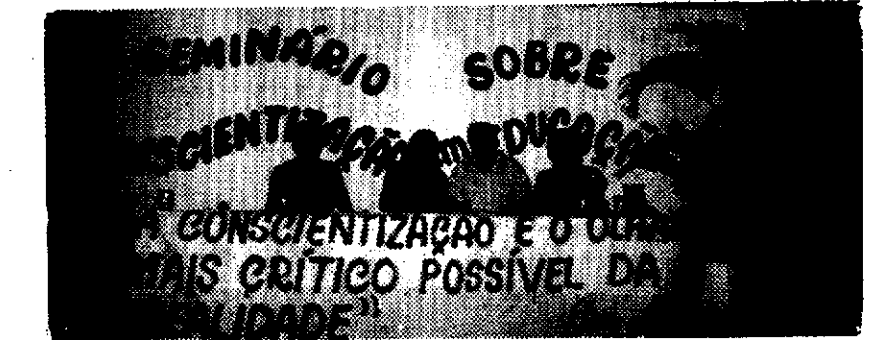
Nº de Internados - 145

1º Seminário de Psicologia da Educação

"Conscientização em Educação" - À luz de Paulo Freire

A FECLITA - Faculdade de Educação Ciências e Letras de Itapuranga, viveu no último dia 04 de novembro, o que podemos considerar um de seus melhores momentos, quando por iniciativa dos alunos do 3º Ano dos cursos de LETRAS, GEOGRAFIA E HISTÓRIA e sob a orientação da professora da disciplina PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO, a Srª Odete Antônia de Mendonça, foi organizado e realizado o que se chamou PRIMEIRO SEMINÁRIO DE PSICOLOGIA com o tema "CONSCIENTIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO" à luz de Paulo Freire.

Este Seminário contou com a presença de convidados, diretores de escolas, professores e alunos. Teve como objetivo proporcionar aos alunos, diretores e professores presentes o conhecimento do que venha ser o Método Paulo Freire e assim, despertar também a consciência crítica aos métodos tradicionais em Educação, os quais estão aquém das necessidades, do interesse e do conhecimento do povo e com isso, não favorecem uma educação para a liberdade e conscientização, mas, muito mais para satisfazerem o sistema e quase sempre alienar as pessoas.



Um fato importante é que neste seminário os expositores foram os próprios alunos, um por cada curso e a dinâmica usada foi muito bem conduzida pelos painelistas, coordenação da mesa, com uma participação significativa dos alunos através de perguntas o que possibilitou uma abordagem bastante ampla quanto à metodologia de Paulo Freire e sua evolução ao longo dos anos.

Foi mostrada também a eficácia do Método Paulo Freire, em experiências locais, na alfabetização de adultos, no qual Paulo Freire coloca o homem como sujeito e não objeto, capaz de aprender e não permanecer analfabeto, sujeito ativo e não passivo, livre e não oprimido, consciente e não alienado.

Na avaliação, foi considerado como um passo importante e inicial para a inserção da Faculdade no seio da sociedade, participando de seus desafios e buscando luzes para resolvê-los, considerando também, que não basta apenas tomar consciência é preciso acima de tudo promover a conscientização concreta na prática de uma ação e de uma educação libertadoras.

O evento superou as expectativas; a semente foi lançada. Espera-se que germine, nasça, cresça e de fato produza e reproduza frutos para uma conscientização em Educação cada vez maior e mais operante.

Massificar, unificar e ocupar - MST -

Este é o lema de 100 famílias de trabalhadores sem terra que ocuparam a Fazenda Lavrinha no município de Goiás Velho. Os trabalhadores são da Capital do Estado.

João Rosa Dias pegava dinheiro dos trabalhadores dizendo que ia assentar as famílias em uma área que já estava desapropriada, mas com o dinheiro ele comprava carros dizendo, ainda, ser para a comunidade. Além de todo o roubo ele ainda cobrava dos trabalhadores Cr\$ 20.000,00 para fazer a carteirinha e somente depois de pagar tudo isso é que seriam membros da comunidade.

Depois que ele roubou os trabalhadores perceberam porque 2 anos foram de muita enrolação. Aí ele resolveu levar os trabalhadores para a Fazenda Lontra no mesmo muni-

cípio e foram despejados no dia seguinte. Quatro meses depois do despejo foram levados para um corredor onde ficaram 36 dias e pediram a participação do MST. E ocuparam a Fazenda Lavrinha na noite de 19 para 20 de outubro, a área está em inventário há 3 anos; é de propriedade de Urbano Bercó e três filhos; Está toda improdutiva, tem todos os critérios para fins de REFORMA AGRÁRIA.

Um dos herdeiros propôs negociar a fazenda dizendo que não quer violência, pois sua família teve muito gasto com a fazenda Mosquito, fez dois despejos e não adiantou porque os trabalhadores conquistaram e fizeram, da fazenda o assentamento modelo.

A Equipe de Educação da A.P.S.I. comunica aos leitores deste jornal que está organizando visitas na comunidade rural.

Você pode colaborar:

Mobilize a sua comunidade e juntos discutiremos os problemas de saúde que mais ocorrem na sua região atingindo sobretudo jovens e crianças.

Nos procure. Será uma grande alegria contribuir com você e sua família.

O trabalho nosso de todo dia:

2ª feira de manhã - Pré-natal

2ª feira à tarde - Planejamento familiar

3ª feira de manhã - Acompanhamento da criança

3ª feira à tarde - Exame de prevenção

4ª feira de manhã - Gestante de alto risco

4ª feira à tarde - Planejamento do trabalho

5ª feira de manhã - Entrega de exames de prevenção

5ª feira à tarde - Visitas zona rural

6ª feira de manhã - Pré-natal

6ª feira à tarde - Exame de prevenção

APSI Notas

A APSI, lutando junto às comunidades, busca uma sociedade mais justa e de direito para todos. Nessa caminhada, tem recebido apóio contribuições para melhor atender o povo. É nesse sentido que, mais uma vez agradece aos sócios, aos representantes e a todos que contribuem com doações que são de suma importância para a manutenção da cozinha do hospital.

A APSI, tem hoje 5.800 inscritos e vem trabalhando para que todos os sócios em Registro venham realmente fazer parte desse trabalho, participando ativamente da vida da entidade e mantendo-se em dia com suas mensalidades.

Hoje, apenas 1.000 (mil) sócios estão em dia e cresce o número com a entrada de novos sócios.

A APSI, faz também hoje o recadastramento daqueles sócios que estão regularmente em dia com o seu dever; o número de recadastrados já chega aos 400.

Lembramos que são considerados sócios somente aqueles que estiverem em pleno gozo de seus direitos estatutários.

O Recadastramento continua. Se você ainda não se recadastrou, procure o seu representante ou a portaria do hospital, para obter maiores esclarecimentos. Participe das reuniões da APSI, na sua região ou no seu bairro. Faça o seu recadastramento e adquira a sua carteira de Sócio.

Solidariedade aos índios Yanomami

Desde agosto último a APSI, através do enfermeiro Élio Fernandes de Lima, está se fazendo presente como apóio concreto aos índios Yanomami, no Estado de Roraima.

Élio está ali, prestando serviços como trabalhador da área da saúde a uma comunidade que há muito vem sofrendo consequências devido a presença do branco em seu território, quando para fins de garimpo, grilagem de terras, desrespeitando o habitat natural do índio, seus usos e costumes.

Este apóio à aldeia dos Yanomami, faz parte dos objetivos da APSI "Prestar assistência à Saúde a todos quantos a ela procuram" Art. 2º, e em consideração a solicitação de Dr. Sérgio Resende Carvalho que já trabalha na APSI e se encontra lá também prestando seus serviços médicos. A Direção entendendo a importância desse apóio e desse intercâmbio, permitiu que Élio então pudesse prestar seus serviços e assim conviver com esta experiência tão humana.

Recentemente a direção da APSI recebeu um ofício da Fundação Nacional de Saúde - Coordenação Distrito Sanitário - Yanomami - RR, agradecendo o apóio e esperando que possa durar um bom tempo.

COMIL completa seu primeiro aniversário

A Cooperativa Mista dos Produtores Rurais de Itapuranga Ltda - COMIL, foi fundada em 22-07-90. Através da Cooperativa os produtores buscam aperfeiçoar-se em seu ramo de atividade, ou seja, obter melhorias por ocasião da aquisição de insumos para produzir mais e comercializar suas produções.

O quadro social é composto por 67 Pequenos e Mini-produtores Rurais. O número de sócios cresceu pouco neste período por a Cooperativa primar pela qualidade de seus membros.

A Cooperativa se propõe a uma prática de administrar com responsabilidade, honestidade e

participação dos sócios em todos os momentos. Está aberta a receber propostas para novos sócios.

Seu estabelecimento comercial completou um ano em novembro, até o momento, vem cumprindo com sua finalidade de vender pelos menores preços, desta forma além de beneficiar diretamente o consumidor ainda funciona como um controlador de mercado evitando que os outros estabelecimentos comerciais cometam abusos de preços.

Acreditamos que a União e a Cooperação sejam o caminho para fortalecer a nossa categoria. Seja mais um cooperado você também.

ACONTECEU

Em setembro último, foi realizado na Sede Social da Maçonaria Cruzeiro do Sul, um Bingo de dois bezerras (doados à APSI), seguido de uma saborosa galinhada, com renda em prol da Reforma do Hospital Santa Casa do Povo.

A promoção contou com a sensibilidade de vários segmentos da sociedade de Itapuranga, das comunidades, funcionários do hospital e com o apoio da Maçonaria que cedeu a sua sede para que a mesma fosse realizada. Agradecimentos.

No último dia 10 de novembro, realizou-se em Guaráíta o Encontro de Formação Política promovido e patrocinado pela APSI: Esse encontro marcou a retomada desse trabalho interrompido há um ano.

Nesse encontro de estudos, foram abordados assuntos relativos ao tema Política. A turma foi dividida em dois grupos em dois turnos respectivamente: jovens e adultos. Houve uma boa participação. É sinal de que jovens e adultos estão buscando conhecer mais e assim promover maior conscientização quanto ao assunto e assim poder melhor atuar nas suas regiões, partindo do princípio de que toda ação humana é um ato político.

O próximo encontro será no 2º domingo de dezembro, com a continuação do estudo sobre o mesmo tema.

