

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

Marcia Fatima Balen Matte

**CUIDADO DA SAÚDE E DEFESA DA VIDA: A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO
SOCIAL DE ARATIBA NO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL**

Porto Alegre

2019

Marcia Fatima Balen Matte

**CUIDADO DA SAÚDE E DEFESA DA VIDA: A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO
SOCIAL DE ARATIBA NO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus e aos meus pais, Paulina Pagliari Balen (*in memoriam*), que sempre me iluminou, e Zelindo Balen, que sempre me incentivou a estudar, sei que sem vocês eu não existiria.

O apoio recebido do meu orientador, professor Dr. Paulo Antonio Barros de Oliveira, que desde o início acreditou na proposta da minha pesquisa e me auxiliou nas orientações frente a um tema tão importante para mim e para o movimento social da região Alto Uruguai. Obrigada pelas horas dedicadas às orientações, por ser esse grande profissional e ser humano incrível e por sempre ter esclarecido as dúvidas no decorrer do trabalho.

Aos professores que compuseram a banca de pré-qualificação, Dra. Miriam Dias e Dr. Roger dos Santos Rosa, que contribuíram imensamente para que tudo fosse perfeitamente descrito, e não mediram esforços para ler e reler meu projeto apontando as falhas e adequações necessárias.

Agradeço à Coordenadora do PPGPSSS, Dra. Jussara Mendes, pelo apoio e incentivo de sempre, bem como à professora Dra. Rosa Castilhos, que com seu carinho permitiu-me expor e abordar uma linda e marcante história, protagonizada pela grande líder do movimento social e fundadora do MMTR (Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais), inspiradora coadjuvante deste tema por mim pesquisado, Paulina Balen, minha mãe, assassinada em 1996.

Da mesma forma, agradeço ao meu esposo, Irineu Matte, e minha filha Lara, pela compreensão e paciência, em todas as noites que fiquei até mais tarde produzindo o trabalho e nos finais de semana que foram dedicados somente ao mesmo.

Agradeço a toda a minha família, meus irmãos Mauro (*in memoriam*), Silvio e Simone, cunhados(as) da família Balen e Matte pelo apoio de sempre, em especial meu cunhado Itacir Madalozzo pelas lindas imagens aéreas do rio Uruguai. Agradeço também à doutora Gabriela Fahl, que me incentivou a fazer a prova para ingressar no Mestrado, minha grande inspiradora. Meu carinho a todos os colegas e professores que me auxiliaram com as pesquisas e realização do estudo.

Não posso deixar de agradecer, também, à direção e colegas da empresa Centro Hospitalar Santa Mônica, onde trabalho há 17 anos, em especial aos diretores Dr. Dercio Nonemacher, Dr. Antonio E. Todeschini, Dr. Paulo Roberto Dall Agnol, Dr. Enzo e Dr. Tiago Taglietti, membros do Conselho de Administração e demais sócios que permitiram minhas saídas recorrentes da empresa para assistir às aulas longe da minha cidade.

Às colegas Elizete Sawicki, Regina Santin, Salete Oziemboski, Vaneli Kostaneski, Monica Abramchuk, que não mediram esforços em dar-me cobertura nas minhas muitas ausências do trabalho.

Agradeço também aos amigos de perto e de longe, que sempre estiveram presentes me apoiando e instigando a realização do trabalho. Mauro Postal e MAB, obrigada pelas fotos antigas.

Por último, mas não menos importante, agradeço ao diretor do Hospital – Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba – ACHA, Sr. Lucir de Conto, que autorizou a realização deste trabalho e que no tempo dispendido na realização da pesquisa, sempre esteve aberto a esclarecer dúvidas, e permitiu que a empresa fosse o foco da presente dissertação. À colaboradora Cristiane Ongaratto, que me ajudou com as fotos da ACHA.

Aos participantes entrevistados, que com muito orgulho e alegria relataram suas experiências e saberes com relação ao tema pesquisado. Muito obrigada a todos que participaram de alguma forma no desenvolvimento do trabalho.

“Não sei... se a vida é curta ou longa demais pra nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocamos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: Colo que acolhe, Braço que envolve, Palavra que conforta, Silêncio que respeita, Alegria que contagia, Lágrima que corre, olhar que acaricia, Desejo que sacia, Amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura... Enquanto durar.”

Cora Coralina

RESUMO

MATTE, M.F B. O cuidado da saúde e defesa da vida: a contribuição do movimento social de Aratiba no sistema de saúde local e regional. Dissertação de Mestrado em Políticas Sociais e Serviço Social (Universidade Federal do Rio Grande Do Sul - UFRGS). O presente trabalho teve como objetivo compreender e evidenciar a relevância de um projeto social construído e viabilizado através da organização dos Trabalhadores Rurais que, nos anos 1980/1990, buscaram os direitos ao acesso à saúde gratuita através da compra de um hospital comunitário, que, no decorrer da história, se torna referência em atendimento SUS, no município de Aratiba, região norte do Rio Grande do Sul, às margens da Barragem de Itá, fazendo divisa com o estado de Santa Catarina. A realização deste trabalho contou com a pesquisa teórica investigativa qualitativa, onde buscou-se compreender a relevância de um hospital comunitário, resultado da luta popular, para toda uma comunidade. A pesquisa foi realizada através da aplicação de 184 questionários e com a participação de 46 sujeitos, entre lideranças, conselheiros de saúde, gestores, profissionais da saúde, usuários, dentre esses, jovens. Assim, esta dissertação de mestrado contribui para à fomentação e socialização do conhecimento a partir da apresentação da experiência da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA), que renova a força de luta e o desejo de que os cidadãos exerçam sua cidadania e organizem-se em busca de democracia. Entre os resultados, estão a importância fundamental do trabalho coletivo, participação social ampla, interdisciplinar, a formação de lideranças e disponibilidade dessas pessoas que não mediram esforços para ver concretizado um sonho de um grupo de agricultores, de um grande projeto, que hoje é referência em saúde.

Palavras-chaves: Saúde, Social, Comunidade

ABSTRACT

MATTE, M.F B. Health care and life defense: the contribution of the Aratiba social movement in the local and regional health system. Master Thesis in Social Policy and Social Work (Universidade Federal do Rio Grande Do Sul - UFRGS). This dissertation aims to understand and highlight the relevance of a social project built and made possible through the organization of Rural Workers who, in the years 1980/1990, sought the rights to access to free health through the purchase of a community hospital, which, Throughout history, it has become a reference in SUS care, in the municipality of Aratiba, northern Rio Grande do Sul, on the banks of the Itá dam, bordering the state of Santa Catarina. The realization of this work relied on qualitative investigative theoretical research, which sought to understand the relevance of a community hospital, the result of the popular struggle, for an entire community. The research was conducted through the application of 184 questionnaires and the participation of 46 subjects, including leaders, health counselors, managers, health professionals, users, among them, young people. Thus, this master's dissertation contributes to the fostering and socialization of knowledge from the presentation of the experience of the Community Hospital Association of Aratiba (ACHA), which renews the fighting force and the desire for citizens to exercise their citizenship and organize themselves. in search of democracy. Among the results are the fundamental importance of collective work, broad social, interdisciplinary and participation, the formation of leadership and the availability of these people who made no effort to see a dream come true for a group of farmers, for a large project that today is a reference in health

Keywords: Health, Social, Community

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1: Pórtico de entrada e centro da cidade de Aratiba - RS..... | 15 |
| Figura 2: Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba..... | 15 |
| Figura 3: Líder sindicalista e política Paulina Balen, fundadora do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais do Alto Uruguai (MMTR)..... | 17 |
| Figura 4: Assembleia do Movimento social convocada pelo sindicato para buscar alternativas para saúde pública no município de Aratiba, em 1985..... | 23 |
| Figura 5: Movimentos sociais protestando em busca de suas reivindicações..... | 28 |
| Figura 6: Ilustração sobre os movimentos sociais..... | 30 |
| Figura 7: Centro do município de Aratiba - RS..... | 31 |
| Figura 8: Movimento dos atingidos pela barragem ITA –SC, na cidade de Erechim, reivindicando seus direitos nos anos 1980..... | 35 |
| Figura 9: Ato de Manifesto do Movimento Social - Erechim 1986..... | 40 |
| Figura 10: Estrutura do Hospital em 1986..... | 42 |
| Figura 11: Grupo de lideranças sindicais reunidas no matinho do Sarandi, 1985..... | 44 |
| Figura 12: Reunião de lideranças e planejamento da compra do hospital 1985..... | 45 |
| Figura 13: Assembleia que decide pela compra do Hospital Nossa Senhora da Saúde do então proprietário Dr. Conrado. Dezembro 1985..... | 48 |
| Figura 14: Participantes dos projetos de saúde 1987..... | 53 |
| Figura 15: Primeira turma de agentes comunitários de saúde 1987..... | 54 |
| Figura 16: Ato de reabertura do hospital em novembro de 1986..... | 57 |
| Figura 17: População presente na reabertura do hospital em 1986..... | 58 |
| Figura 18: Direção, médicos e enfermeiros juntamente com as irmãs que ajudavam na administração do hospital na comemoração do Natal de 1989..... | 63 |
| Figura 19: Torres de transmissão de Energia..... | 65 |
| Figura 20: Rio Uruguai ainda em seu leito natural, vista do estreito no município de Marcelino Ramos 1986..... | 66 |
| Figura 21: Encontro do Movimento dos Atingidos pelas Barragens (MAB) líder Mauro Postal em 1984..... | 67 |
| Figura 22: Conquista do acordo sobre a construção de reassentamentos coletivos, 1987.... | 69 |
| Figura 23: Início da formação do lago da barragem de Itá, 1999..... | 70 |
| Figura 24: Usina Hidrelétrica de Itá – SC Ano 2000..... | 71 |
| Figura 25: Imagens das torres da igreja da cidade de ITÁ -SC em meio às águas da hidrelétrica no ano 2000..... | 72 |
| Figura 26: Canteiro de obras na comunidade de Volta do UVA no município de Aratiba em 1988..... | 73 |
| Figura 27: Manifestação dos atingidos pela barragem na divisa entre o Rio Grande do Sul e Santa Catarina (1999)..... | 77 |
| Figura 28: Mobilização dos agricultores atingidos por barragens no ano de 1999)..... | 78 |
| Figura 29: Homenagem à líder do MMTR, sindicalista e líder da igreja católica Paulina Pagliari Balen (2005)..... | 82 |
| Figura 30: Marcha das Margaridas, a maior mobilização de mulheres trabalhadoras rurais do mundo no ano de (2000)..... | 83 |
| Figura 31: Logo do SUS..... | 88 |
| Figura 32 Passos para o desenvolvimento da Análise de Conteúdo..... | 104 |
| Figura 33: Reunião de lideranças nas comunidades do interior em 1985..... | 112 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 34:Antigo Hospital nossa Senhora da saúde em 1985..... | 121 |
| Figura 35: Direção do Hospital o então presidente Lucir de Conto em São Paulo com Dom Demetrio Valentini no seminário Latinoamericano em Jales, São Paulo 1998..... | 125 |
| Figura 36: Seminário de saúde preventiva 1989..... | 126 |
| Figura 37: Igreja Católica e salão comunitário de Lageado Ouro com todos os moradores da comunidade, antes da saída dos atingidos. | 127 |
| Figura 38: Integrantes das 10 famílias remanescentes. O grupo não chega a 30 pessoas . | 128 |
| Figura 39: Comunidade de linha Sarandi | 129 |
| Figura 40: Meio de transporte utilizado para o deslocamento para cursos e reuniões | 131 |
| Figura 41: Time de futebol do ACHA, anos 1990..... | 133 |
| Figura 42: Presença dos principais fundadores do hospital, o prefeito da cidade, a Rádio Aratiba. .. | 134 |
| Figura 43: Reunião de celebração das conquistas dos direitos das mulheres trabalhadoras rurais, em 1990..... | 135 |
| Figura 44:Mutirão de reforma e construção de nova área física do hospital, em 1998..... | 137 |
| Figura 45: Imagens de uma missa realizada em 1995, na igreja matriz São Thiago de Aratiba, onde a autora juntamente com seu esposo Irineu e a filha Lara, com seis meses de vida, participam da encenação de Natal e representam a família de Nazaré | 139 |
| Figura 46: Assembleia e celebração eucarística na ACHA..... | 140 |
| Figura 47: Festa de final de ano com sócios, colaboradores, profissionais e comunidade em geral..... | 140 |
| Figura 48: Visita de comitiva internacional para conhecer a ACHA, 1996 | 141 |
| Figura 49: Prédio do sindicato dos trabalhadores rurais de Aratiba onde tudo começou | 142 |
| Figura 50: Assembleia de prestação de contas da ACHA, 1996..... | 143 |
| Figura 51: Reabertura do hospital 1986 pelos fundadores históricos | 144 |
| Figura 52: Presidente do hospital em audiência com o então governador Jair Soares, em 1986..... | 145 |
| Figura 53: Primeiro grupo do curso de alimentação alternativa cozinha escola do ACHA I, em 1989..... | 148 |
| Figura 54: Entrevista com a Enfermeira Simone Silva RBTV-Erechim em 1996 | 148 |
| Figura 55: Reunião dos Agentes comunitários de saúde com o então secretário da saúde Dr. Dirceu Detoni, em 1991 | 150 |
| Figura 56: Visita do então governador Olívio Dutra e Secretária da Saúde de Estado, Sra. Maria Luiza leguer (1999) | 153 |
| Figura 57: Representantes regionais no processo da constituinte Federal em 1988..... | 155 |
| Figura 58: Prestação de contas da ACHA no ano de 1998 | 157 |
| Figura 59: Curso de formação agentes comunitários de saúde, em 1986 | 158 |
| Figura 60: Procedimento oftalmológico realizado na ACHA | 159 |
| Figura 61: Salas de cirurgia da ACHA | 159 |
| Figura 62: Seminários de formação com lideranças, em 1991..... | 161 |
| Figura 63: Prédio da ACHA com destaque para o centro de especialidades..... | 164 |
| Figura 64: Ato de lançamento de hospital de Referência nas especialidades de Otorrino e Oftalmologia para 33 municípios da Região Alto Uruguai, em 2014, com a presença de diversas autoridades..... | 165 |
| Figura 65: Dr Rogério Trentin, médico, filho de sócios fundadores do hospital, retornou para sua terra e hoje atende os pacientes em Aratiba..... | 165 |
| Figura 66: Procedimentos realizados na ACHA..... | 166 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 67: Ato de assinatura convenio do estado com ACHA, em 2014. Lucir de Conto, coordenador do Hospital, Sandra Fagundes, secretária da Saúde do Estado, e Neusa Munaro, presidente do hospital. | 168 |
| Figura 68: Atendimento ambulatorial no hospital..... | 170 |
| Figura 69: Mais de 1500 crianças nasceram neste hospital até hoje | 176 |
| Figura 70: Atendimento médico na ACHA..... | 177 |
| Figura 71: Cesariana realizada pelos médicos no hospital, anos 2000..... | 178 |
| Figura 72: Evento de renovação e aumento de cirurgias de oftalmologia e otorrinolaringologia no ano de 2018..... | 179 |
| Figura 73: Assembleia dos associados, em 2018, quando o hospital passou a ser referência nas especialidades de oftalmologia e otorrinolaringologia para 33 municípios | 181 |
| Figura 74: Visita técnica realizada com alunos técnicos de enfermagem da escola Barão do Rio Branco, em 2019 | 182 |
| Figura 75: Ato de assinatura de repasse de recursos do poder público de Aratiba para cirurgia de catarata, em 2018 | 184 |
| Figura 76: Reunião da direção com os funcionários da ACHA , em 2019 | 184 |
| Figura 77: ACHA em 2019: | 190 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACHA – Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba

CEB - Comunidades Eclesiais de Base

CIMS - Comissão Institucional Municipal da Saúde

CIR Comissão Intergestores de Saúde Regional

CRAB- Comissão Regional Atingidos por Barragens

FAPES - Fundação Alto Uruguai para a Pesquisa e o Ensino Superior

FETAG - Federação dos Trabalhadores na agricultura no Rio Grande do Sul

GTPMA - Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão em Saúde

IELB – Igreja Luterana do Brasil Igreja Evangélica de Confissão Luterana

MAB – Movimento dos Atingidos por Barragens

MMTR- Movimentos das Mulheres Trabalhadoras rurais

MOPS - Movimento Popular de Saúde

MSTTR - Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

SUS – Sistema Único de Saúde

SUTRAF - Sindicato Unificado dos Trabalhadores da Agricultura Familiar

SUMÁRIO

| | | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 14 |
| 2 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 3.1 | O momento histórico vivido pelos trabalhadores brasileiros nas décadas de 1970/1980 no Brasil: uma expressão da questão social | 23 |
| 3.2 | O cenário sócio-histórico: a tomada de consciência necessária para um processo de mudanças no campo social e político do país | 26 |
| 3.1 | O povo passou a acreditar que organizado poderia promover mudança tornando-se protagonista fundamental na transição democrática | 30 |
| 3.3 | A falta de assistência médico-hospitalar: um dos principais motivos que levaram à fundação do hospital | 40 |
| 3.4 | A importante conquista da sociedade civil organizada: Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba | 47 |
| 3.5 | Desafios encontrados na história da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba | 54 |
| 3.6 | O protagonismo dos Movimentos Sociais e o SUS | 60 |
| 3.7 | A luta do Movimento dos Atingidos por Barragens do rio Uruguai como fonte inspiradora da organização da saúde em Aratiba-RS | 64 |
| 3.8 | A atuação do movimento de mulheres trabalhadoras rurais (MMTR) de Aratiba: grande aliada na luta pela saúde | 79 |
| 3.9 | A reforma sanitária e os movimentos sociais foram protagonistas na criação e desenvolvimento do sistema único de saúde no Brasil | 85 |
| 3.10 | Regionalização, uma das diretrizes que fundamenta o SUS, surge como uma das formas de organização para viabilizar a assistência à saúde | 90 |
| 3.11 | O processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul | 94 |
| 4 | PERCURSO METODOLÓGICO | 98 |
| 4.1 | Problema de Pesquisa, Ações e Técnicas Empregadas | 99 |
| 4.2 | Fase de coleta de dados: entrevista, observação participante e análise de documentos | 100 |
| 4.3 | Análise dos dados | 103 |
| 4.4 | Aspectos éticos | 104 |
| 4.5 | Desenvolvimento da pesquisa de campo | 105 |
| 4.6 | Sujeitos da pesquisa | 106 |
| 5 | MOTIVAÇÕES QUE LEVARAM A PARTICIPAÇÃO MASSIVA DO POVO PELA CONQUISTA DA SAÚDE EM ARATIBA : Narrativas dos sujeitos da Pesquisa | 109 |
| 5.1 | Quais foram as motivações que o instigaram a participar da luta pela conquista da saúde gratuita em Aratiba (Rio Grande do Sul) nos anos 80? | 111 |
| 5.2 | Lembranças da luta dos movimentos sociais e as conquistas obtidas? | 127 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.3 Momentos ou fatos foram de maior importância para o contexto da época? Quais suas causas e consequências? _____ | 142 |
| 5.4 A construção da gestão do hospital nesse processo e como é nos dias atuais? _ | 156 |
| 5.5 O impacto que o hospital tem ou teve na saúde das pessoas, no mundo do trabalho e nas economias local e regional? _____ | 162 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____ | 185 |
| REFERÊNCIAS _____ | 194 |
| ANEXOS _____ | 201 |

1 APRESENTAÇÃO

Aratiba é um município com uma população de 6.565 habitantes, segundo o IBGE 2010, localizado na região norte do estado do Rio Grande do Sul, às margens da Barragem de Itá, que faz divisa com o estado de Santa Catarina. Antes da fundação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA), em 1985, existiam três hospitais particulares (dois na sede e um no distrito de Barra do Rio Azul, hoje município), administrados por médicos, com fins lucrativos, onde só tinha acesso aos serviços de saúde quem pudesse pagar.

Diante das grandes dificuldades enfrentadas pela população, um grupo de agricultores, através do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, comprou o prédio onde funcionava um destes hospitais particulares, transformando-o em Hospital Comunitário, e buscou adequá-lo para atender às necessidades da população na área da saúde. Na época, a ACHA conseguiu o cadastramento com o convênio INAMPS, hoje Sistema único de saúde (SUS) e, mais tarde, conseguiu também o título de entidade filantrópica, contribuindo para manter os diversos serviços, através da isenção que concedida, sendo possível manter o atendimento SUS.

A ACHA vem adequando sua estrutura física e instalações, de modo a oferecer maior comodidade e segurança aos pacientes, e, também, qualificando os serviços prestados, com o objetivo de atender com profissionalismo e competência, onde o maior beneficiado é o usuário. Desde sua fundação, posicionou-se em defesa do SUS, desenvolvendo ações de prevenção e formação de lideranças. Atualmente, mais de 90% dos atendimentos são pelo SUS. No ano de 2018, foram 240.743 atendimentos e 580 Cirurgias de Catarata. Em 2019, além dos procedimentos ofertados no convênio, aderiu ao mutirão de cirurgia de cataratas do Ministério da Saúde, beneficiando mais de 400 pacientes.

Hoje com 36 leitos, conta com 43 colaboradores diretos e 29, terceirizados. É um hospital geral de média complexidade, com urgência e emergência, e referência para 33 municípios da região nas especialidades de Oftalmologia e Otorrinolaringologia, ofertando 630 consultas ao mês, exames e procedimentos 100% SUS.

Figura 1: Pórtico de entrada e centro da cidade de Aratiba - RS



Fonte: Acervo Pessoal (2019)

Figura 2: Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba



Fonte: Acervo Pessoal (2019)

2 INTRODUÇÃO

Esta dissertação teve como objetivo problematizar o conhecimento da história de luta social de setores de uma comunidade pela saúde gratuita. Essa luta se tornou referência pela organização dos trabalhadores rurais na construção do sistema de saúde local e na conquista do atendimento gratuito, a partir da compra de um hospital comunitário na década de 1980 na pequena cidade de Aratiba, norte do estado do Rio Grande do Sul.

A organização social, presente nos diferentes movimentos populares, dentre os quais destacam-se o Movimento Sindical na Luta dos Trabalhadores Rurais, o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR), representa a busca pelo cumprimento dos direitos previdenciários, e, principalmente, pela saúde pública para todos. A partir de uma organização combativa, o povo organizado passou a lutar por melhorias econômicas, de condições de vida, de saúde, liberdade e democracia, assumindo, assim, um papel de sujeito protagonista da história.

No período de mobilização desses movimentos, a principal bandeira proposta era a da garantia do atendimento gratuito a todos os pacientes. O hospital comunitário foi fundado em 19 dezembro 1985, a partir da problemática da assistência à saúde, fruto da união dos agricultores que, mesmo com grandes dificuldades, organizaram um processo de mudança, principalmente no acesso ao atendimento médico hospitalar. No período, propunha-se um novo jeito possível de cuidar da saúde de forma comunitária e participativa, o que possibilitaria uma melhor qualidade de vida.

A aproximação da mestrandia com o movimento social, em especial no caso da luta pela saúde, deve-se à atuação muito ativa de sua mãe, a líder sindicalista e política, assassinada em outubro de 1996, Paulina Balen, fundadora do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais do Alto Uruguai (MMTR), líder participante assídua das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e do Sindicato do Trabalhadores Rurais de Aratiba, no Rio Grande do Sul. A líder deixou um grande legado de luta social para sua família e toda a comunidade, em especial para sua filha, que busca superar a tragédia, inspirando-se nessa história e problematizando o conhecimento apropriado pelos jovens e pela comunidade, que hoje usufruem dos

muitos benefícios e das conquistas obtidas a partir da organização dos trabalhadores rurais da época. Essa luta culminou na compra de um hospital comunitário, hoje referência em saúde gratuita pelo SUS.

Figura 3: Líder sindicalista e política Paulina Balen, fundadora do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais do Alto Uruguai (MMTR).



Fonte: Acervo pessoal (1996)

Nesse sentido, identificou-se no mestrado acadêmico, do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (PPGPSSS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a oportunidade de operacionalização desta investigação, relacionada à linha de pesquisa “Estado, Sociedade e Políticas Sociais”.

Para a mestranda, as disciplinas ofertadas e os temas abordados suscitaram ainda mais essas inquietações, tornando-as mais latentes, por trazerem a abordagem interdisciplinar para apreensão e problematização das expressões da questão social, e das respostas do Estado no âmbito da proteção social como resultantes da correlação de classes sociais. Portanto, contribuir e elucidar o processo de lutas e conquistas sociais a partir dessa experiência de gestão e controle social democrático, em que os trabalhadores rurais são os sujeitos que lideram o processo, mostra-se uma grande oportunidade de pesquisa, com o intuito

de fomentar o conhecimento referente ao tema.

Dentro da conjuntura política da época, o povo passou a acreditar que, quando organizado, poderia promover mudanças, tornando-se sujeito histórico fundamental na transição democrática. Portanto, resgatar essa história de luta dos trabalhadores rurais pela saúde, que levou à fundação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA), indiscutivelmente nos remete à conjuntura política e social da época e à forma de organização utilizada pelos(as) agricultores(as) familiares.

Nesse contexto, os agricultores familiares no município de Aratiba perceberam que somente com organização e luta seria possível conquistar os direitos e as melhorias de qualidade de vida até então negados aos trabalhadores. Para tanto, era importante e necessário três fatores: trabalhar, organizar e lutar.

Com o advento da retomada da democracia, a sociedade civil e a união das forças de oposição política se reorganizaram, e a participação do povo nas decisões sociais e políticas trouxeram à sociedade um clima de esperança. A luta pela saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa passa a ser uma das bandeiras contra a ditadura militar. O *slogan* “Saúde é democracia” designava o direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições saudáveis - de vida e de trabalho - das quais não se poderia abrir mão. A saúde adquiria um conceito “ampliado”, resultante da compreensão de seus fatores condicionantes (ou determinantes) e em defesa da superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então (CECCIM; FERLA, 2008).

Antes da Constituição Federal de 1988, a saúde pública encontrava-se na parte substancial da saúde, enquanto a assistência médica situava-se no setor da previdência social. O acesso à saúde no âmbito da assistência às doenças, nas cidades do interior do estado, estava garantido apenas pelo tratamento médico de forma particular, perante pagamento, em hospitais de pequeno e médio portes, geralmente de propriedade do médico da cidade. Já a promoção da saúde e prevenção de doenças era garantido apenas aos agravos e eventos de elevada prevalência ou impacto na saúde pública.

Segundo Testa (1986), os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social, pois a totalidade social não é divisível,

não pode ser separada em partes. Não é possível modificar o social com propostas setoriais, ressalta Testa (1986). As propostas setoriais podem, apenas, criar condições que abram caminho para a modificação do social. Deste modo, refere problemas de organização setorial, representados, em grandes temas, pela alocação social de recursos para a atenção à saúde, que são também problemas sociais. Fazem parte das questões relacionadas à reprodução da força de trabalho, e estão determinadas economicamente por necessidades da acumulação e, politicamente, pelas lutas dos trabalhadores por sua condição de vida atual, e acerca do futuro ordenamento social (GIOVANELLA,1990).

Fazendo um resgate histórico dos acontecimentos e questões de luta e conquista do movimento social e sindical organizado de Aratiba, através da compra de um hospital, que além de prestar assistência aos trabalhadores e a população em geral, esta organização almejava um projeto ainda mais amplo de saúde preventiva, envolvendo toda a comunidade no campo da formação de lideranças, bem como no debate e intervenções do Controle Social em Saúde, que nos anos 1980 defendia a bandeira da “atenção integral e gratuita à saúde”, da assistência e prevenção centradas nos adoecimentos ou agravos à saúde, e da promoção de saúde por políticas específicas.

Contextualizando a história pesquisada por este projeto, esta organização culminou com um marco extremamente importante, em dezembro de 1985, com a compra do hospital comunitário, que vinha ao encontro da grande necessidade da população no município de Aratiba e região. O avanço do conhecimento popular a partir do trabalho de orientação e campanhas preventivas realizadas na área da saúde no Campo Social, era perceptível a cada dia. Entretanto, tornou-se imperativo avançar como hospital e sua missão social, de atender o maior número possível de pessoas pelo SUS, contribuindo, assim, para o desenvolvimento e a organização da saúde na Região Alto Uruguai.

Dessa forma, esta dissertação de mestrado contribui ao fomento e socialização do conhecimento a partir da apresentação da experiência da ACHA, que renova a força de luta e o desejo de que os cidadãos exerçam sua cidadania e organizem-se em busca de democracia. Apesar dos avanços conquistados ao longo de décadas na descentralização do setor saúde, o SUS encontra-se, ainda, em fase

de organização, na qual desafios precisam ser superados para que funcione eficientemente, conforme os princípios e diretrizes estabelecidas.

O interessante é poder perceber que esse trabalho foi construído não apenas da necessidade de uma grande demanda reprimida, mas, principalmente, da consciência e organização social, bem como da vontade política da gestão do hospital, onde se deu o processo de implantação e viabilização do projeto, que emergiu da luta de um grupo de pequenos agricultores, organizados pelo movimento popular nos anos 1980, através da organização sindical, juntamente com a luta dos atingidos pelas barragens e o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais.

Os trabalhadores buscavam o direito à previdência social e à aposentadoria, e construíram uma bandeira de luta pela saúde, a partir da problemática: para ter acesso ao atendimento médico hospitalar nos dois hospitais da cidade, os trabalhadores tinham que vender seus bens e suas terras.

Dentro deste contexto histórico da época, podemos fazer uma analogia aos dias atuais com o avanço de políticas de desmonte dos direitos previdenciários já conquistados, bem como a assistência à saúde gratuita. Portanto, a busca por entender o momento da história, o contexto em que foi fundada a Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba, e os motivos pelos quais trabalhadores dos mais diferentes Movimentos Sociais, se uniram pela luta e conquista de direitos e melhorias na qualidade de vida da população, em Aratiba-RS nos anos 1980, são informações de grande importância, para elucidar a processualidade da organização de luta pelo direito à saúde.

Assim, relata-se a luta dos diferentes setores do movimento social na busca de um projeto ousado, de uma instituição de saúde que pudesse ofertar atendimento médico hospitalar de forma gratuita para os trabalhadores, e ressalta-se a importância desta organização sindical e social frente à construção da luta pela saúde gratuita, contextualizando como foi fundada a Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba. Correlacionar as expressões sociais e dimensões da experiência de sucesso, que brotou do sonho de um grupo de trabalhadores rurais, e se concretizou a partir da organização e do movimento social.

Para tanto, a pesquisa teve como objetivo geral, compreender e evidenciar a relevância de um projeto social construído e viabilizado através da organização dos Trabalhadores Rurais que, nos anos 1980/1990, buscaram os direitos ao acesso à saúde gratuita através da compra de um hospital comunitário, que, no decorrer da história, se torna referência em atendimento SUS. E como objetivos específicos :

- a) identificar o momento da história em que fatos ocorreram e o contexto em que foi fundada a Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba;
- b) evidenciar e entender qual foi a contribuição do Movimento Social do município de Aratiba na construção da luta pela saúde gratuita no fim da década de 1980;
- c) investigar a importância do Hospital Comunitário de Aratiba para a comunidade local e regional e o quanto a gestão participativa influenciou o desenvolvimento de um projeto dessa amplitude;
- d) identificar os impactos sociais e econômicos desse projeto na vida do trabalhador, beneficiado pelo atendimento gratuito, bem como na economia e na renda do município.

Esta dissertação é apresentada em cinco capítulos. Apresentação e Introdução no primeiro capítulo, o segundo capítulo denominado de “Marco Teórico”, apresentam os resultados de uma revisão na literatura, a primeira ação a ser realizada e que foi a base para as discussões acerca desta temática. Estas discussões se denominam: “O Momento Histórico vivido pelos trabalhadores brasileiros nas décadas de 1970/1980 no Brasil”; “A tomada de consciência necessária para um processo de mudança no campo social e político do país”. “; O povo passou a acreditar que organizado poderia promover mudança, tornando-se protagonista fundamental na transição democrática”, “A falta de assistência médico-hospitalar , um dos principais motivos que levaram à compra do Hospital Comunitário de Aratiba ” “O Protagonismo dos Movimentos Sociais e o SUS” “ A Atuação do Movimento das Barragens e das Mulheres Trabalhadoras Rurais de Aratiba como grande aliada na luta pela saúde” “A Reforma Sanitária e os Movimentos Sociais foram protagonistas na criação desenvolvimento do SUS.” “ O Processo de Regionalização da saúde no Rio Grande do Sul”. No terceiro capítulo, apresenta-se “ Metodologia”, em que são mostrados os procedimentos metodológicos utilizados para a coleta dos dados desta pesquisa , e sua posterior

análise, fazendo uso da Análise de conteúdo , proposta Bardin (1977). No quarto capítulo, encontra-se a “Análise dos Resultados”, em que se apresenta a elaboração dos dados achados da pesquisa , as narrativas dos sujeitos da pesquisa , permitindo a reflexão sobre os conceitos teóricos elaborados anteriormente e as motivações que levaram a participação massiva do povo pela luta da saúde nos anos 80. Dividiu-se os resultados em quatro grandes eixos temáticos, “”; a motivação que levou estes líderes, em sua maioria agricultores, a participarem da luta pela saúde gratuita em Aratiba nos anos 1980; “ As lembranças da história de luta dos movimentos sociais”; “ As conquistas obtidas, que foram um marco importante para o contexto da época”; “Como se deu a construção do processo de gestão do hospital e que perduram até os dias de hoje”; “Qual é o impacto que hospital tem e teve na saúde e na vida das pessoas, no mundo do trabalho e na economia local e regional.”

E por fim, no quinto capítulo, são apresentadas as considerações finais, que além dos principais achados da análise, são expostas algumas contribuições da mesma , como experiência de um Sistema de Saúde onde o SUS dá certo, bem como a possibilidades de continuidade do estudo sobre o tema e elaboração de um livro e um documentário.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 O momento histórico vivido pelos trabalhadores brasileiros nas décadas de 1970/1980 no Brasil: uma expressão da questão social

Figura 4: Assembleia do Movimento social convocada pelo sindicato para buscar alternativas para saúde pública no município de Aratiba, em 1985.



Fonte: Acervo do Hospital (1985)

A crise do modelo agroexportador, a partir de 1930, proporcionou o surgimento de novas forças econômicas, sociais e políticas. Tais forças se consolidam na década de 1970, com o ressurgimento dos movimentos sociais na luta e conquista de novos projetos para o Brasil, especificamente no setor saúde, foco deste estudo. O processo de organização social em curso na década de 1950 e início dos anos 1960, alimentado por segmentos de uma geração sonhadora, focada em ideais de liberdade e justiça, foi capaz de despojar-se por inteiro para lutar pelas transformações sociais e políticas do país (CALDERON; JELIN, 1987).

Através de um resgate histórico, observa-se um processo de urbanização e a ampliação do trabalho na sociedade capitalista, começando pela sua degradação,

intimamente vinculada ao sistema capitalista de produção. Nesse sistema, se refletem as expressões das desigualdades sociais provenientes da relação entre capital e trabalho, aliados à industrialização, que deu origem ao empobrecimento da classe operária. Todavia, essa classe acabou conscientizando-se sobre as condições em que trabalhava, o que acarretou questões problemáticas no contexto social, em especial para a sociedade burguesa, que recorreu à implementação de políticas sociais, categorias e postos de trabalho (HARVEY, 2005).

Ainda para o autor, a divisão de classes não é o simplismo da oposição existente (entre capital e trabalho), mas a compreensão de que esse modo de produção é, antes de tudo, relação social. Ainda que não esgote todas as relações de classe presentes, sua contradição fundamental, entre trabalhadores e capitalistas, é a mais importante dentro da complexa tecedura da sociedade burguesa (HARVEY, 2005).

Essa situação agrava-se ainda mais quando o Estado passa a se retirar do campo social, com cortes de recursos públicos, privatizações de estatais, incentivando a criação do Terceiro Setor na sociedade civil, com a finalidade de criar programas e projetos para auxiliar em questões sociais, inclusive na assistência à saúde e no atendimento médico hospitalar.

Na concepção de Montaño (2010), a partir da expansão do Terceiro Setor, a sociedade poderia ser fortalecida e o Estado enfraquecido, de modo a estabelecer “[...] um espaço alternativo de produção/consumo de bens e serviços, não mercantil, e seriam estimulados os laços da solidariedade local”. Nesta perspectiva, a partir do Terceiro Setor, seria possível “[...] compensar os serviços sociais e assistenciais que, via privatização ou esvaziamento de recursos, o Estado deixa de brindar, repondo as políticas sociais, agora na esfera da sociedade civil” (MONTAÑO, 2002, p. 66).

Para Netto (2001), a “questão social” é constitutiva do desenvolvimento do capitalismo. Diante disso, compreende-se que a referida questão está intimamente relacionada ao sistema de produção capitalista, o qual foi e é o grande responsável pelas desigualdades sociais. Portanto, percebe-se que as diferentes expressões da questão social, correlacionadas às desigualdades sociais, têm sua gênese no coletivo da produção, na resistência, através da qual o trabalhador passa a ter consciência de classe, organizando-se politicamente dentro das organizações sindicais e dos partidos políticos, com objetivo de lutar por seus direitos, realizando

várias manifestações, enfrentando e resistindo às regras antissociais impostas pelo sistema.

Ao realizar uma análise histórica da época, evidencia-se que o Estado era gerenciado e sustentado por uma ideologia, a qual consolidou o modo capitalista de produção. Dentro desse contexto político e econômico, o papel do Estado na sociedade capitalista sempre esteve presente, para apoiar o modo de produção capitalista e o consumo. Ele surge das contradições entre classes, e é independente.

No entanto, a classe mais abonada financeiramente utiliza o Estado como instrumento de dominação, como interesse de classe, já que está organizado como meio de sustentação das relações entre capital e trabalho. O Estado capitalista regula a competição, para a acumulação de capital, disponibiliza infraestruturas para a produção e troca capitalistas, além de agir na administração dos lucros, tentando impedir que ocorram crises (HARVEY, 2005).

O capitalismo é um modo de produção no qual o trabalho é social, mas a apropriação é privada. O Estado construído pela Revolução Burguesa constituía-se em uma superestrutura política, erguida sob essa base econômica e, ao mesmo tempo, mantenedora da forma social cuja infraestrutura e contradições de classe são por ela mesma sustentada. Por isso, o Estado no capitalismo representa o conjunto de estruturas de poder que legitimam e sustentam a supremacia econômica e política da burguesia. Marx e Engels (1999), no Manifesto Comunista, expressam, sinteticamente, esse entendimento ao analisar o caráter de classe do Estado na época da dominação burguesa.

Nesse mesmo sentido, pode-se dizer que os conflitos de classe foram implementados pelo modo capitalista de produção e distribuição da riqueza, que privilegiava apenas uma minoria. O avanço tecnológico, visando um incremento da produtividade social, era impulsionado pela permanente competição entre capitalistas que buscavam os lucros no mercado, além de se constituírem como uma arma para controle da intensidade do trabalho e diminuição do poder dos trabalhadores. Ainda neste contexto, é possível concordar com Marx (1988) quando diz que a burguesia nascente precisa e emprega a força do Estado para “regular” o salário, isto é, para comprimi-lo dentro dos limites convenientes à extração de mais-valia, para prolongar a jornada de trabalho e manter o próprio trabalhador em um

determinado grau de dependência.

Segundo Castel (2008), é justamente dessa situação do trabalho, sem proteção, que nasceu o novo *status* do trabalho na sociedade. Pode-se dizer, efetivamente, que esse tipo de proteção, de regulação, ou seja, de direito do trabalho e seguridade social, foi inicialmente ligado ao assalariado e se difundiu no conjunto da estrutura social.

No Brasil, é a partir da Constituição de 1988 que acontece uma ampliação do enfrentamento da questão social pelo Estado, por meio de políticas públicas, inicialmente, e especialmente, com a criação do SUS. Além da implantação das políticas de gestão, regulação e assistência da saúde em um âmbito mais social, essas políticas públicas propiciam uma tomada de consciência, momento em que o povo passa a ter conhecimento de seus direitos enquanto cidadão.

É nesse contexto que a Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA) surge: a partir da organização social e da resistência dos trabalhadores em busca de melhores condições de saúde.

3.2 O cenário sócio-histórico: a tomada de consciência necessária para um processo de mudanças no campo social e político do país

Na década de 1970, pautada pela organização dos trabalhadores a partir da base, da formação de lideranças sindicais por melhores salários e condições de trabalho, pelo combate ao capitalismo e pela defesa do socialismo, o sindicalismo combativo, tendo como uma de suas bases às lutas sindicais da região do ABC Paulista, fez surgir novas forças políticas populares no Brasil. Tais forças associaram-se a outros processos revolucionários, como os acontecidos em Cuba, ao esgotamento do período do milagre econômico com a crise internacional do petróleo, às denúncias da crescente concentração de renda e às acentuadas desigualdades sociais, consequências do projeto de desenvolvimento implementado pelos militares (SEMINOTTI, 2008).

A substituição das habilidades sob o monopólio pelas inovações tecnológicas permitiu também aos capitalistas influenciarem a oferta de mão de obra, mediante a criação do que Harvey (2005, p. 132) denomina de “desemprego tecnologicamente induzido”, ao tornar as habilidades de segmentos de trabalhadores parcialmente

obsoletas. As inovações e as mudanças tecnológicas e organizacionais requerem investimento de capital e de força de trabalho, ou seja, essas mudanças fazem com que a força de trabalho e o capital sofram permanentemente atualizações (HARVEY, 2005).

Ao conceder tratamento igual aos desiguais, o direito, na sociedade capitalista, torna iguais todos os agentes da produção, reconhecendo-os na condição de sujeitos individuais e de direito. Na relação real e desigual entre proprietários e produtores, o direito assume a forma de trocas equivalentes, criando as condições ideológicas necessárias para reprodução do domínio do capital.

Nesse processo, também entram em cena dispositivos normativos e ideológicos, que vão naturalizando as relações econômicas e de classe, com indivíduos sendo tratados de modo genérico, destituídos das relações reais e históricas que vivenciam (BEHRING; SANTOS, 2009).

O Estado brasileiro sempre deixou poucas oportunidades para a construção de uma sociedade civil forte, que pudesse controlá-lo. Segundo Gramsci (1988), as transformações foram sempre o resultado do deslocamento da função hegemônica de uma para outra fração das classes dominantes. Contudo, essas, em seu conjunto, jamais desempenharam até agora uma efetiva função hegemônica em face das massas populares. Preferiram delegar a função de “direção” política do Estado às camadas militares e tecno-burocráticas, a quem coube a tarefa de “controlar” e, quando necessário, reprimir as classes subalternas.

Se as contradições em torno da jornada de trabalho impulsionam os trabalhadores a se organizar em classe (a reunir suas cabeças, como diz Marx), esse processo unificador é impulsionado, inconscientemente, pelo próprio capitalista. Isso porque, do ponto de vista do capitalista, não basta explorar em um grau cada vez maior um único trabalhador. Para se apropriar de uma massa maior de mais-valia, o capitalista é obrigado a aumentar o grau de exploração de um contingente cada vez maior de trabalhadores (DILLENBURG; NASCIMENTO, 2014).

Nesse contexto socioeconômico, significativos setores da sociedade civil, intelectuais, classes populares, líderes sindicais e religiosos começam a descrever e chamar a atenção, a partir do fim da década de 1970, para o autoritarismo, a miséria e as discriminações existentes no Brasil. Isso pode ser compreendido como uma expressão dos diferentes entes sociais que, organizados, passaram a socializar a

questão política, a reflexão sobre a realidade brasileira, conquistando, assim, mais espaço e ampliando as classes sociais populares para além do proletariado e do campesinato.

Organizaram-se, então, outros segmentos, como, por exemplo, de empregados regulares, professores, funcionários públicos, profissionais da saúde, subempregados, sem-terra, mulheres trabalhadoras rurais, domésticas e idosos. Com isso, uma série de organizações e movimentos sociais populares foi fundada no país. Essas organizações progressivamente ocuparam espaços no cenário político e na agenda pública. Mobilizaram-se em torno de questões que extrapolavam as reivindicações materiais (emprego, condições de trabalho, moradia, saneamento, saúde, educação), colocando na cena pública entre outros, as discriminações de gênero, a discriminação racial contra o negro e os direitos humanos (MEDEIROS, 1989).

Figura 5: Movimentos sociais protestando em busca de suas reivindicações



Fonte: Google Imagens

Nesse pensamento, a alienação, que parecia inicialmente insuperável, foi transposta pela explosão das contradições da luta de classes imanentes ao capitalismo. Assim, Marx indica como o proletariado pode superar na luta prática sua

própria alienação (DILLENBURG; NASCIMENTO, 2014).

Nesse sentido, não se trata de uma contraposição entre Estado e sociedade civil, pois vivemos em uma sociedade de classes em que sociedade civil e Estado são perpassados por interesses mercantis, onde o privado está vinculado ao mercado (PERONI, 2013).

Ainda para Peroni (2013), assim como a sociedade civil e o Estado, a democracia também não é entendida como uma abstração, mas como a materialização de direitos e de igualdade social (WOOD, 2003) e “coletivização das decisões” (VIEIRA, 1998), com efetiva participação na elaboração de políticas; um conjunto de organizações e movimentos sociais e populares constitui a base social, que passa a se organizar coletivamente com novas práticas e novos valores, a partir das décadas de 1970/1980.

Essas duas décadas formaram um dos períodos mais importantes e privilegiados da história do país, no que diz respeito à organização dos movimentos sociais, caracterizadas pela retomada da organização dos trabalhadores com as grandes greves do ABC Paulista e a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), dos sindicatos mais atuantes, com novas lideranças, maior autonomia, maior organicidade, tornando-se visíveis de modo mais organizado e permanente. Isto revolucionou o cotidiano e, também, o cenário público do país, especialmente a luta em defesa da saúde, consolidando grandes avanços na Constituição de 1988.

Esse contexto de organização, luta e resistência dos trabalhadores produziu a tomada de consciência, despertando um interesse coletivo, alicerce para um processo de mudanças no campo social e político do país, que ultrapassou as fronteiras dos grandes centros e capitais, fazendo com que as lutas tomassem características de agitação popular, com greves e saques ao comércio, demonstrando o descontentamento social e a necessidade de mudanças.

Figura 6: Ilustração sobre os movimentos sociais



Fonte:Internet

3.1 O povo passou a acreditar que organizado poderia promover mudança tornando-se protagonista fundamental na transição democrática

A pequena cidade de Aratiba, situada ao norte do Rio Grande do Sul, começou a ganhar especial notoriedade a partir do ano de 1985, devido à organização e ao envolvimento de agricultores(as) familiares em diferentes lutas sociais, em especial pela defesa da saúde pública e gratuita.

Figura 7: Centro do município de Aratiba - RS



Fonte: Site da Prefeitura de Aratiba (2019)

Na Região Alto Uruguai, uma das grandes forças que ressurgiu e exerceu um papel significativo na organização e na luta dos trabalhadores no fim da década de 1970 e no decorrer da década de 1980, foi o movimento sindical. Com a falta de perspectiva de conciliação entre trabalhadores, empresários e governos, a única alternativa restante era, a partir de uma organização combativa, de enfrentamento e mobilização, o povo assumir seu papel de sujeito protagonista dessa história.

Com a descentralização administrativa oportunizada pela Constituição de 1988, as políticas tornam-se ainda mais precárias, e, entre outros problemas, foram transferidas as competências que deveriam ser do estado, para a sociedade civil organizada (Terceiro Setor) e que perduram ainda hoje, especialmente no âmbito da assistência à saúde. Mesmo com transferências feitas de fundos públicos pelo estado para estas instituições, as políticas continuaram deficitárias. Esta transferência é chamada, ideologicamente, de “parceria” entre o Estado e a sociedade civil, com o Estado supostamente contribuindo, financeira e legalmente, para propiciar a participação da sociedade civil (MONTAÑO, 2002).

Além de assumir algumas atividades que seriam do Estado, como a promoção ou a manutenção de bem-estar social, em especial a assistência à saúde,

o Terceiro Setor, (hospitais particulares, filantrópicos e Santas Casas), automaticamente acabaram com isso, assumindo algum poder (econômico e/ou político).

Pelas razões apontadas, Peroni (2012) chama atenção da importância desse novo setor que entra em cena, assumindo responsabilidades que deveriam ser do estado, com ações políticas representativas e com legitimidade junto à sociedade civil, principalmente no que se refere ao Controle Social.

Dessa forma, o papel do Estado para com as políticas sociais é alterado, pois com esse diagnóstico as prescrições passam a ser a racionalização de recursos e esvaziamento do poder das instituições, já que instituições públicas são permeáveis às pressões e demandas da população, e improdutivas, pela lógica de mercado (PERONI, 2012).

O caráter não-governamental assumido pelo Terceiro Setor, que implica em não ser submetido ao controle institucional, aponta para uma importante questão na medida em que essas organizações têm um poder cada vez maior. Segundo Peroni (2013, apud BRESSER-PEREIRA, 1997, p.7- 8). “formam um mercado de trabalho específico, influenciam a legislação em seus mais variados domínios e condicionam os orçamentos dos governos, das empresas e dos indivíduos”.

Dentro deste contexto enfrentado pela classe trabalhadora da região da época, nascia uma conscientização, com a organização e a reivindicação de direitos, pelos pequenos agricultores. Constatou-se um sensível aumento da participação popular. A sociedade não lutou apenas por melhorias econômicas, mas por melhores condições de vida, liberdade e democracia. Assim como os demais movimentos, o desenvolvimento do movimento sindical da Região Alto Uruguai recebe grande apoio da Igreja Católica (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Segundo Zanella (2004), a atuação dos setores progressistas da igreja foi decisiva para a retomada e consolidação do sindicalismo na região. Nesse período, pode-se dizer que a ação da “Igreja Progressista” estava voltada para a construção de uma nova sociedade, cujo objetivo era a consolidação da democracia através da participação popular.

Muitos abraçaram essa causa e se envolveram nos diferentes setores da Igreja, bem como em movimentos sociais, pois era proporcionada não só a formação humana e política, mas também a oportunidade de sonhar coletivamente com a

construção de um mundo novo, até então não vivido com a ditadura militar.

Levando em conta os valores da teologia da libertação e a aplicação do método “ver, julgar e agir”, foram realizados na região inúmeros cursos de formação, que alargaram a visão de centenas de trabalhadores de diferentes idades, tanto no campo como na cidade, incentivando-os a uma atuação oposicionista junto aos sindicatos de trabalhadores existentes e também na construção de novos movimentos sociais que emergiram no Alto Uruguai (ZANELLA, 2004, p. 194).

A participação dos simpatizantes e envolvidos com a causa, nos diversos cursos de formação, assim como nos diferentes encontros da Comissão da Pastoral da Terra (CPT), da Pastoral da Juventude (PJ), do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR), do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), da Pastoral Operária (PO), entre outros, fortaleceu ainda mais o sonho de luta e organização social, possibilitando, conseqüentemente, o ressurgimento do sindicalismo como instrumento de organização para que os direitos dos trabalhadores fossem alcançados (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Segundo Piran (2001), o Movimento Sindical Rural passou por três fases em sua história, destacadas deste modo por um dos principais assessores do Movimento na região: 1ª fase, das Oposições (1979/1985); 2ª, das Lutas (1986/1988) e a 3ª, da Consolidação (1989).

A primeira fase caracterizou-se por uma disputa entre duas propostas de organização sindical, tendo, de um lado, os sindicalistas sob orientação da Federação dos Trabalhadores na Agricultura (FETAG), e de outro, os sindicalistas de formação progressista, a base de construção da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Porém, cabe destacar que as direções dos sindicatos nesse período estavam nas mãos dos sindicalistas “pertencentes” à proposta da FETAG. Poder-se-ia ainda dizer, conforme Zanella (2004), que de um lado estava a proposta defendida pelos setores progressistas da Igreja, ligados à CUT e aos Movimentos Sociais Regionais emergentes, e, de outro, os setores apoiados pela FETAG e os considerados “conservadores” da Igreja.

Mas qual era a proposta defendida pelas duas organizações sindicais na Fase das Oposições? Zanella (2004) destaca:

A proposta sindical da CUT previa o rompimento da estrutura sindical oficial, a liberdade e autonomia sindical, a organização dos trabalhadores no local

de trabalho, a luta em favor da democracia do país, o avanço da conquista de direitos sociais, a participação efetiva dos trabalhadores nas decisões do sindicato (...). A proposta sindical da FETAG nesse período mantinha a defesa da estrutura sindical oficial, a prática da conciliação entre as diferentes classes sociais, cooperativas, governos etc. Conservava, assim, o assistencialismo, a burocracia sindical, a prática presidencialista nas decisões; logo, não privilegiava a organização de base, a mobilização e a luta constante dos trabalhadores (ZANELLA, 2004, p. 203-204).

Tendo presente que o “poder”, na maioria dos sindicatos existentes na época, estava na mão dos sindicalistas ligados à FETAG, os sindicalistas que lutavam por um novo movimento sindical utilizaram-se de dois vieses para a conquista dos espaços: a composição e a oposição. O primeiro, visava a uma “aliança”, de modo que o poder fosse conquistado “por dentro” dos sindicatos; já o segundo propunha essa conquista através de uma disputa, formando chapa própria para as eleições.

Em 1979, após a eleição sindical disputada por duas chapas, o Sindicato de Trabalhadores Rurais de Aratiba organizou-se e começou a realizar um trabalho de base nas comunidades pertencentes ao município. Segundo Zanella (2004, p. 12), “através da estratégia de composição de forças e pela influência do padre Demétrio Valentini”, Ivar Pavan foi convidado a fazer parte da igreja, como delegado de base, tendo como tarefa discutir com a população uma nova forma de organização do sindicato, desenvolvendo esse trabalho até o ano de 1981. Em entrevista realizada no dia 13 de outubro de 2005, Ivar Pavan (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 12), destacou o seguinte:

Eu era ministro da eucaristia, Dom Demétrio era professor da escola de servidores, me conhecia. Um dia ele foi e disse para a direção do sindicato: “tem um guri de Barra do Rio Azul que conhece o trabalho nas comunidades. Ele pode ajudar vocês”. Então a direção do sindicato me chamou e disse: “vamos te pagar uma diária”, para eu poder sair da roça. E comecei o trabalho de base nas comunidades.

Na Região do Alto Uruguai, muitas foram as mobilizações e conquistas no fim da década de 1970 e no decorrer da década de 1980 pelo Movimento Sindical Rural, e isso não foi diferente no município de Aratiba, que tinha bandeiras de luta prioritárias, como as que visavam ao assentamento e a indenização dos agricultores atingidos pela Barragem de Itá; a saúde pública gratuita e de qualidade; e a política agrícola, com garantia de preço e reforma agrária. Além disso, no período acontecia a luta das mulheres trabalhadoras rurais pelo direito à aposentadoria (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Figura 8: Movimento dos atingidos pela barragem ITA –SC, na cidade de Erechim, reivindicando seus direitos nos anos 1980



Fonte: Acervo MAB (1980)

As lideranças eram reunidas e juntas planejavam a forma de articulação de todos os agricultores. É importante salientar que algumas mobilizações os agricultores deveriam ser organizadas de forma sigilosa, como uma estratégia de lutar pelos seus direitos a partir de avisos na rádio, combinados antecipadamente com códigos, para que nada ficasse suspeito e impedisse a mobilização.

As lutas eram fundadas na esperança e no sonho de construir um mundo melhor. A ação desenvolvida pelos militantes sindicalistas fortalecia ainda mais a mística diante da crença de que a transformação social era possível. Cantos e gritos de aclamação eram proferidos para estimular interiormente os sujeitos. Um dos cantos de mobilização dizia o seguinte: “A classe roceira e a classe operária / ansiosa espera a reforma agrária / sabendo que ela dará solução para a situação que está precária [...]” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 12).

As bandeiras de luta e o trabalho de base mobilizaram a população,

especialmente os pequenos agricultores, que aderiam às mobilizações organizadas pelo sindicato. A estratégia utilizada era o fechamento de bancos, rodovias e prédios públicos, de modo que o resultado das lutas tivesse repercussão imediata. Porém, cabe ressaltar que a luta pela saúde e pelo respeito aos agricultores que seriam atingidos pela barragem teve maior força e respaldo entre a população, uma vez que envolvia diretamente a vida das pessoas (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

O trabalho desenvolvido pelo Sindicato de Trabalhadores Rurais de Aratiba, em prol dessas bandeiras de luta, possibilitou que novas lideranças surgissem, e no ano de 1982 aconteceu uma nova eleição do sindicato, na qual se discutiu uma chapa de consenso, de composição de forças, para dar continuidade ao trabalho que estava sendo desenvolvido. Cada vez mais repercutiam no município as bandeiras de luta, e isso, de certa forma, começou a assustar as lideranças conservadoras, pois o sindicato tinha grande força de mobilização junto à população (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Em 1985, o clima de enfrentamento levou ao surgimento de uma chapa de oposição à diretoria do sindicato. Foi a maior disputa da história no movimento sindical de Aratiba. A chapa de situação do sindicato, tendo como presidente Ivar Pavan, conseguiu o maior número de votos, vencendo em todas as quatorze urnas instaladas no município. Segundo Pavan (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p.14):

Foi uma eleição tão ou mais disputada que uma eleição municipal, porque eu estava na coordenação geral do Movimento das Barragens da Região, candidato a presidente do sindicato, e estávamos num estágio avançado na luta da saúde. Nós já tínhamos assumido com o pessoal: se nós ganharmos a eleição, vamos assumir como prioridade a luta da saúde e vamos comprar o hospital. Essa era a nossa bandeira, vamos comprar o hospital e vamos assumir o comando da saúde.

A bandeira de luta da saúde foi a forte arma utilizada pela chapa vencedora, pois os agricultores estavam sentindo na pele o preço de ter que comprar o atendimento médico-hospitalar. O trabalho de base se consolida nas eleições, e a partir daí inicia o desafio e o compromisso da chapa eleita (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Como refere Ivar Pavan, à época sindicalista, a empresa pensava apenas no tamanho do muro, nos quilowatts a serem gerados e na área que seria inundada. As

questões ambiental e social não faziam parte do projeto. Diziam que o reassentamento dos agricultores atingidos era problema do governo federal, do Incra. Para tanto, muitas estratégias de mobilização eram pensadas e executadas para que os direitos dos agricultores fossem garantidos e assegurados (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

O período de 1985 a 1988, primeiro triênio da gestão, contou com a colaboração de aproximadamente 80 lideranças de linha de frente, todas afinadas e comprometidas com as lutas que o sindicato desenvolvia. As lideranças representavam as comunidades do município e levavam para as reuniões as sugestões, reivindicações e opiniões da população. Quando os encaminhamentos eram discutidos e as assembleias agendadas, o número de participantes era surpreendente (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

As lideranças eram reunidas e juntas planejavam a forma de articulação de todos os agricultores. Algumas mobilizações eram organizadas de forma sigilosa, a partir de avisos na rádio previamente combinados com códigos, para que não despertasse suspeitas e a mobilização fosse, de alguma forma, impedida.

Nós dizíamos: “Vamos botar um aviso na rádio assim: Atenção Mauro, ou outro líder do sindicato, aquilo que nós combinamos sobre o frete, está marcado para hoje às 14h00min”. Todos os líderes sabiam que às 14h00min tínhamos que estar prontos para fechar a estrada em tal lugar. (PAVAN *apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 15).

Os agricultores associados ao sindicato estavam tão envolvidos com as lutas, que a forma de organização para as mobilizações não exigia muito trabalho das lideranças. Eles ficavam atentos às conversas paralelas nos comércios, para descobrir quando e onde aconteceriam as reuniões da Eletrosul, empresa responsável pela construção das barragens.

Iniciou-se, a partir de então, um período de grandes debates sobre os problemas enfrentados pela população, principalmente pelos pequenos agricultores. Aliado a isso, houve também um processo de conscientização de agricultores(as) sobre a importância de lutar por seus direitos (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

É importante destacar que nesse período de organização do sindicato e, conseqüentemente, dos agricultores frente às bandeiras de luta, a atuação da Igreja foi de grande relevância e contribuição. No município de Aratiba, segundo Lipsch,

Lima e Thaines (2006), a presença do padre Demétrio Valentin, hoje como bispo conduzindo a diocese de Jales, em São Paulo, foi extremamente importante para o ressurgimento do novo sindicalismo.

Nós tivemos a sorte de termos um padre, hoje bispo, Dom Demétrio. Trabalhava como um condenado, dia e noite. Era um conhecedor da realidade que o povo vivia. Foi um dos estimuladores das lideranças locais do município para que a gente organizasse a luta, formasse o sindicato e dessa outra orientação para o trabalho. (PAVAN *apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 17).

A presença do padre nas reuniões era muito significativa para a população, pois existia, na época, a cultura de que se o padre convidava para a reunião do sindicato, os agricultores poderiam deixar o trabalho da roça e participar, caso contrário tratava-se de articulações de baderneiros, nas quais a ordem social estava sendo posta em perigo. No surgimento dos movimentos sociais, seja em Aratiba, seja na Região Alto Uruguai, a Igreja foi uma grande contribuinte. A forma com que os integrantes fortaleciam o interior dos movimentos era extremamente importante e necessária para a motivação coletiva diante das dificuldades e dos desafios que enfrentavam.

Dentre os movimentos sociais da época, também é importante destacar a importância do MMRT-RS (Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Rio Grande do Sul), movimento estadual autônomo criado em 1984. Foi através da organização deste movimento nas regionais de Erechim, Passo Fundo, Caxias do sul, Santa Rosa e Ijuí, que as reuniões específicas com mulheres trabalhadoras rurais começaram a despertar e refletir sobre sua realidade e a discriminação sofrida.

Em 1985, as gaúchas, trabalhadoras rurais, participaram com 2ª maior caravana no 4º Congresso Nacional de Trabalhadores Rurais na CONTAG, em Brasília, levando consigo a inclusão de uma temática que refletia sobre a sindicalização da mulher trabalhadora rural. A marca ficou registrada nos anais do congresso: uma nova temática - "A participação e a sindicalização das trabalhadoras rurais no MSTR".

No 6º Congresso Nacional, no cartaz já constava a figura de um homem e uma mulher. No RS, as regionais sindicais criaram comissões regionais de trabalhadoras rurais para discutir e defender o reconhecimento da profissão de

trabalhadoras rurais, bem como a aposentadoria aos 50 anos de idade. As reivindicações eram política, agrícola, crédito, e previdência social.

A articulação do movimento sindical com diferentes organizações sociais contribuiu para que muitas conquistas fossem alcançadas dentre as ações que estavam sendo desenvolvidas no município. Organizavam-se comissões setoriais, com a criação de grupos para debater os principais problemas da comunidade. Surgiu, então, nesse período, a comissão de previdência, com a finalidade de resolver os problemas da área da saúde e discutir junto à população a promessa de campanha “se nós ganharmos a eleição vamos assumir como prioridade a luta da saúde e vamos comprar o hospital” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 16).

A luta e a esperança de que, a partir da organização social, os direitos dos agricultores seriam alcançados, bem como a ideia de que a partir coletivo é possível construir uma nova história, foram fatores estimuladores dos associados do sindicato, que não mediram esforços para alcançar o sonho de ter um atendimento médico-hospitalar gratuito e de boa qualidade, com a fundação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA).

Figura 9: Ato de Manifesto do Movimento Social - Erechim 1986



Fonte: Arquivo sindicato dos trabalhadores Rurais de Aratiba (1986)

3.3 A falta de assistência médico-hospitalar: um dos principais motivos que levaram à fundação do hospital

Em Aratiba, no início da década de 1980, era grande o número de problemas enfrentados pela população com relação à saúde. Os altos custos das consultas, dos tratamentos e do atendimento hospitalar impossibilitavam a população, especialmente os agricultores, de arcar com as despesas. Portanto, na maioria das vezes era necessário desfazer-se de bens e propriedades para pagar a conta. Os agricultores, não raras vezes, vendiam juntas de boi e vacas leiteiras, terras, e/ou gastavam suas economias para não ficarem devendo ao hospital.

Em entrevista no dia 25 de agosto de 2005, o senhor Armino Verner, colaborador da direção do hospital na venda de cotas, lembrou a situação vivida: “No início nós tivemos muita dificuldade com a saúde. Minha mãe ficou doente e para pagar foi nos tirado uma junta de boi. Nós ficamos sem nada. O que a gente

tem foi graças a nossa força de vontade e trabalho” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 17).

Os agricultores procuravam o hospital em busca de saúde, porém começaram a perceber que a cada atendimento hospitalar estavam mais empobrecidos. O medo de ficar doente estava impregnado nas famílias, pois sabiam que em grande medida trabalhavam para ter reservas caso alguém adoecesse (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Nas palavras do presidente da Comissão de Saúde do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Aratiba, em 1985, Aloísio Wendelino Reichert (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 18):

A situação era tão péssima que, as minhas crianças eram pequenas naquela época, as duas precisavam de médico. Eu tinha dívidas, pois tinha comprado terra. Cheguei ali [no hospital] e não tinha dinheiro, daí disseram, “se tu não tens dinheiro, tu tens que assinar um compromisso”. Assinei uma promissória em branco sem valor em cima. Daí atenderam e internaram a criança. Depois, quando podia ir para a casa, botaram um valor em cima [da promissória], olha, exagerado mesmo. Realmente eu achei que era demais. Eu sempre dei em cima do presidente do sindicato, que isso não podíamos deixar acontecer porque estavam cobrando demais. E ainda, tinha o talão modelo 15, do produtor, como chamam. Quem tinha bastante valor no talão, ganhava pouca porcentagem de desconto, aquele que tinha pouco ou nada no talão, pouca venda, ganhava mais porcentagem de ajuda, como eles diziam. Eu, naquela época vendia meio bastante, então sempre diziam: “Olha, tu ganha quase nada ou pouco de desconto”. Eu nunca me conformei com isso. Então fui falar com o presidente do sindicato: “Temos que limpar essa situação”.

No período de 1976 a 1986, a lei dizia que os agricultores tinham direito ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mas, na prática, só tinham um pequeno desconto, de acordo com a quantia que contribuíam com o FUNRURAL. Na região, estava nascendo uma conscientização, com a organização e reivindicação dos direitos pelos pequenos agricultores. Muitas reuniões, congressos, passeatas, manifestos e reivindicações pela falta de atendimento na doença eram realizadas, porém, sem nenhum retorno. No município de Aratiba, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais assumiu a saúde como bandeira de luta e decidiu resolver o problema, com ou sem os recursos do governo, mostrando que com organização tudo é possível (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

É importante salientar que os problemas enfrentados pelos trabalhadores rurais em relação ao atendimento à saúde nesse período não eram por falta de

casas de saúde, já que o município contava com três (duas na Sede e uma no distrito de Barra do Rio Azul, hoje, município) cada uma delas com um médico como proprietário, trabalhando isoladamente para ter mais freguesia e lucro.

As casas de saúde, denominadas pela população como “hospitais”, eram construções antigas, um tanto precárias se comparadas a hospitais de centro maiores, mas que tinham a grande e nobre missão de atender a população daquele município e salvar vidas.

Figura 10: Estrutura do Hospital em 1986



Fonte: Acervo do Hospital – ACHA (1986)

Estas instituições eram de grande importância para a comunidade local, por atender as pessoas, em suas enfermidades, reabilitando a saúde com tratamentos clínicos, e até cirúrgicos de baixa e média complexidade. Muitas mães deram à luz seus filhos, e sem dúvidas, muitas mortes também ocorreram por falta de recursos tecnológicos, até então existentes em centros maiores.

Como as famílias eram numerosas na época, e sem condições de buscar assistência médica em hospitais maiores, com tecnologia e equipe qualificada, não

havia outra opção a não ser procurar o médico local, que era advindo de centros maiores, com uma formação generalista. Este, realizava parto normal, parto cesariana, cirurgias de pequeno e médio portes, muitos auxiliados pelas irmãs religiosas que detinha algum conhecimento em enfermagem e farmácia.

Na época, a rede de saúde era muito deficitária no interior do estado, e estas casas de saúde eram denominadas de “hospitais” que, geralmente, eram de propriedades de médicos generalistas, esses resolviam parte dos problemas de saúde da população. Quando acometidos de uma doença, as famílias vendiam seus bens materiais, terras, casas, animais, afim de arcar com as despesas médicas e buscar o restabelecimento da saúde.

Dentro deste contexto, aqui aparece muito bem o que vários autores chamam atenção para a transferência da responsabilidade do Estado com relação às políticas sociais, e em especial da área da saúde, onde o estado deveria assumir a assistência ao invés de repassar para o Terceiro Setor.

Muito bem enfatizado por Montaño (2002), onde refere "uma nova modalidade de trato à questão social", com a transferência da responsabilidade da questão social do Estado para o indivíduo, que a resolverá através da autoajuda, ajuda mútua ou, ainda, adquirindo serviços como mercadorias. Aqui podemos correlacionar com a compra de serviços médicos e hospitalares pelo próprio cidadão. As políticas sociais passam a ser focalizadas, perdendo, assim, seu princípio universalista.

Frente a esta problemática social, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais começou um trabalho de conscientização e organização a partir da formação da Comissão da Previdência, com a função de discutir nas comunidades uma forma de resolver essas questões (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Figura 11: Grupo de lideranças sindicais reunidas no matinho do Sarandi, 1985



Fonte: Acervo do Hospital (1985)

O Sindicato, nessa época, buscava fazer com que as lideranças das comunidades iniciassem discussões políticas mais avançadas, através de programas de formação em nível municipal, mantendo a população informada, despertando, com isso, a consciência de classe, a clareza da existência dos problemas e suas causas. Era um trabalho que poderia não “servir” aos interesses da diretoria do Sindicato durante esse momento, mas servia, com certeza, para os agricultores, pois o tema em pauta afetava diretamente a vida de suas famílias (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Neste período, o acesso gratuito aos serviços de saúde era muito difícil e vigorava as normas estabelecidas pelo INAMPS, uma autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criada pela Lei n. 6.439, de 01 de setembro de 1977.

Por pressão e mobilização da sociedade, o então presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro de Albuquerque (período de 1985 a 1988), ciente que o quadro onde a urgência por soluções na área da saúde era imperativa, com o respaldo do MPAS, implementou um conjunto de ações estratégicas das AIS (Ações Integradas de Saúde), criação do governo militar e que a administração da época resolveu por dar continuidade, com mudanças em vários de seus aspectos. A estratégia fundou-se

através de convênios e contratos com entidades filantrópicas, hospitais universitários e sindicatos, e a assistência prestada ao trabalhador rural.

Porém, estas prioridades demoravam muito a serem implementadas e, muitas vezes, a população não estava ciente dos direitos conquistados. Os donos dos hospitais, como era a situação de Aratiba, pareciam pouco interessados em conhecer as normas e continuavam cobrando caro pelos serviços prestados. Assim, travava-se a luta entre agricultores, que queriam atendimento gratuito, e os donos dos hospitais, que cobravam pelos serviços. Na época, ouviam-se comentários do tipo: “Se a lei garante gratuidade, que o sindicato atenda de graça os agricultores” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

A partir de então, começou-se a discutir em todo o município a grande questão da gratuidade aos serviços de saúde. O sindicato, através de suas lideranças, informados sobre as normas do MPAS, disseminava nas comunidades que o atendimento médico-hospitalar deveria ser de graça e que, se tivesse um hospital, atenderia gratuitamente. Uma vez que o sindicato defendia que a lei garantia esse direito, a questão começou a fluir em torno da compra de um dos hospitais, já que em Aratiba havia três (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Figura 12: Reunião de lideranças e planejamento da compra do hospital 1985



Fonte: Acervo Hospital –ACHA (1985)

A partir dessa organização e planejamento, podemos perceber a vontade do povo em compreender os problemas de saúde enquanto problemas sociais, e sua compreensão como prática histórica do movimento social, ao buscar formas de solucionar os problemas a partir das suas entidades representativas.

Para Testa (1986), o processo de planejamento em saúde é de mudança social. Pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade. Intervir na construção da história. Pensar o planejamento como prática histórica, passa pela discussão de estratégias de transformação social. Considera-se que a análise desses processos históricos apresenta uma combinação de estratégias de "ocupação de espaços" e de "enfrentamento" ("guerra de trincheiras" e "assalto ao poder").

Ainda para Testa (1987), este propósito de mudança determina um diferente método, pois considera o método necessariamente relacionado aos propósitos perseguidos. Método e propósitos, por sua vez, relacionam-se com a organização das instituições encarregadas de executar as ações pertinentes ao alcance dos propósitos. Postula, então, a existência de relações de determinação e condicionamento entre propósitos, método e organização (TESTA, 1987).

Relações essas que devem ser analisadas nas condições particulares de cada formação econômico-social, quando se discute um método de planejamento. Testa propõe um modo geral de análise dessas relações para sociedades capitalistas e dependentes, diferenciando-as dos países capitalistas desenvolvidos. São estas necessárias relações entre propósitos, método e organização, que Testa apresenta em seu "Postulado de Coerência" (TESTA, 1987).

Dentro deste pensamento, os autores Ceccin e Ferla (2008) referem que a defesa da saúde, com um caráter de enfrentamento da ditadura militar e de luta por direitos, deu posse a um conceito ampliado de saúde, como reconhecimento radical da qualidade de vida e de trabalho na expressão individual e coletiva da saúde. As lutas por mudança no setor tinham uma concepção de desfragmentação (não um setor curativo e um setor preventivo, mas um setor "único"), da integralidade na atenção (não um modelo de assistência e um modelo de promoção, mas um modelo "único"), de participação da sociedade na tomada de decisões sobre os rumos do setor (não um fórum de governo e um fórum de participação, mas governo e

sociedade em fórum “único”), e entendida como direito de todos e dever do Estado (não um setor público e um setor privado, mas subsetores Estatal e Suplementar, em um setor “único”).

3.4 A importante conquista da sociedade civil organizada: Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba

Com a questão de que o Sindicato poderia comprar um hospital e com a possibilidade de venda, que se apresentou na época por parte do então médico Dr. Conrado Pecoits Junior, proprietário do hospital Nossa Senhora da Saúde, e que dentro das normas da vigilância sanitária funcionava como um hospital de pequeno porte, com 30 leitos e um centro cirúrgico, sala de parto, farmácia interna, lavanderia, cozinha e com um quadro de funcionários e atendentes de enfermagem preconizado na época, sendo este o que apresentava melhores condições entre os três atuantes no município. O sindicato, então, convocou uma assembleia geral para decidir se comprariam ou não o hospital. Foi uma das maiores assembleias realizadas em termos de participação, com aproximadamente 2 mil pessoas (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

A assembleia, então, aprova a criação da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (ACHA), em 19 de dezembro de 1985, com uma diretoria provisória para os encaminhamentos legais e para o aprofundamento sobre a compra do Hospital Nossa Senhora da Saúde, hoje sede da ACHA. A viabilização da compra se daria através da venda de cotas aos interessados, que se tornariam associados da Associação (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Pavan recorda a grande assembleia:

Poderíamos dizer que foi o dia em que a vida parou, eu nunca vi uma assembleia com tanta gente num dia só. Eu não sei se ficou alguém em casa, o salão da paróquia estava lotado tinha gente que queria entrar e não conseguia. O comércio rendeu pela quantidade de pessoas que aproveitaram para fazer suas compras. (PAVAN, 1996)

Figura 13: Assembleia que decide pela compra do Hospital Nossa Senhora da Saúde do então proprietário Dr. Conrado. Dezembro 1985



Fonte: Acervo Hospital – ACHA (1985)

Pesquisando os documentos da Entidade não foi possível encontrar a definição do motivo de adoção do nome Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba, mas pode-se concluir que traz em si a finalidade da Instituição: *Associação* – ser formada por muitas pessoas; *Comunitária* – estar a serviço do bem comum; *Hospitalar* – local destinado a cuidar da vida doente, ferida, local de promover saúde e prevenir doenças; e *Aratiba* – porque foi o chão onde foram semeadas muitas lutas e os “brotos” começaram a surgir, mostrando a resistência e a força da organização.

Esse dia ficou marcado na vida dos agricultores, especialmente daqueles que

se dedicaram para que a luta tivesse como resultado a conquista, como relembra o senhor Aluisio Wendelino Reichert (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 21):

O presidente do Sindicato era o Ivar Pavan, foi um estouro, mais de mil assinaturas conseguimos quem queriam ficar com as cotas. Só que tinha uns contrários que já comentaram, será que eles vão querer comprar mesmo esse hospital?

Realizadas as negociações, a Associação fez um contrato de compra e venda com o proprietário do hospital no valor de Cr\$ 2.500.000.000,00 (dois bilhões e quinhentos milhões de cruzeiros). Valor este, que foi transferido para cruzados, atualizando o valor da dívida, dificultando ainda mais a quitação da compra. Na época, não foi levantado dinheiro suficiente para saldar a dívida, pois nem todos os agricultores se comprometeram com a aquisição das cotas, cálculo estimado pela Associação para saldar o compromisso de compra (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

A fim de enaltecer este estudo e dar visibilidade à ousadia do projeto para a época, buscamos atualizar os valores para os dias atuais com dados básicos da correção pelo IPC-SP (FIPE) com data inicial de 12/1985 e data final 11/2018, com índice de correção no período de 2.086.362.008,3961179. O valor percentual correspondente a 208.636.200.739,61179005%, resulta no valor corrigido na data final de R\$ 1.896.692,73. Pelos dados básicos da correção pelo IPC-A (IBGE), levando em conta a data inicial 12/1985 e data final 11/2018, e sendo o índice de correção no período 3.382.983.454,1940558, o valor percentual correspondente a 338.298.345.319,4055800% e resulta em um valor corrigido na data final de R\$ 3.075.439,50.

Pelo fato de que nem todos os engajados, até então, na luta pela saúde gratuita, colaboraram na compra e venda das cotas, os associados fundadores passaram por inúmeras dificuldades financeiras para colocar o hospital em funcionamento.

As críticas não faltaram. O poder público municipal da época não apoiou a ideia. Porém, a garra, a coragem, a ousadia, a determinação e o apoio de muitos com a vontade de mudar o jeito de fazer saúde em Aratiba, fizeram com que, aos poucos, a ACHA se tornasse uma experiência em saúde que buscou unir o atendimento médico-hospitalar e a saúde comunitária, com diversos programas de

promoção de saúde e prevenção de doenças (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Para que esses programas de promoção à saúde fossem implantados, buscou-se profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, com um olhar voltado para os movimentos sociais.

Para mudar o social, é necessário pensar na questão do poder, pois esta é categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde — a estratégia — leva a alcançar um certo deslocamento de poder — uma política — favorável à resolução do problema. Assim, as estratégias em saúde extrapolam o setorial, abarcando o conjunto social, e dão eficácia às propostas a longo prazo. Para isso é necessário conhecer o poder: o que é, suas determinações, suas relações, seus recursos, e encontrar formas para analisá-lo em sua distribuição setorial (TESTA, 1986).

No ano de 1986, o presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais recebe o convite da pastoral da Terra e do Centro Ecumênico de Evangelização, Capacitação e Assessoria CECA para visitar Nicarágua e Cuba. Um dos objetivos da viagem era conhecer as experiências populares existentes nos dois países. Em Cuba, um dos temas que os interessava era saber sobre a política da saúde, pois tal país tinha um modelo popular que poderia ser adequado para a implantação em Aratiba, uma vez que o sindicato tinha se comprometido com a luta pela saúde, conforme relatam Lipsch, Lima e Thaines (2006).

Realizada a visita aos dois países, e com o conhecimento da política de saúde de Cuba, o presidente do sindicato retorna a Aratiba e reúne as lideranças para apresentar o modelo conhecido, que em sua opinião seria adequado para a realidade do município. A experiência apresentada leva à conscientização das lideranças de que não era preciso estarem dentro do hospital para cuidar da saúde das pessoas, tampouco seria necessário chegar a essa situação. Fazer um trabalho preventivo contribuiria muito mais com a qualidade de vida da população, bem como com a redução dos custos com o tratamento médico-hospitalar (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Doravante, discutiu-se uma nova concepção de saúde. Poder cuidar da saúde das pessoas antes que elas chegassem ao hospital, foi um dos desafios assumidos, pois existia uma cultura que a saúde deveria ser apenas curativa e se o médico, ao terminar a consulta, não desse uma receita cheia de remédios, não era um bom

médico.

Dentro do contexto nacional, a luta pela saúde também andava a passos largos na conquista do Sistema Único de Saúde (SUS). Para Ceccim e Ferla (2008), o contexto singular em que emerge esse “movimento” no setor da saúde construiu, também, um sentido bastante singular à saúde pretendida: uma saúde colada ao modo de andar a vida das pessoas e, portanto, muito além dos recortes preventivista ou curativista, saúde pública ou assistência médica, promoção *versus* reabilitação. Tal movimento disputava a “atenção” no lugar da “assistência”, a integralidade em lugar da polaridade prevenção/cura, e pela processualidade da saúde/doença em lugar da promoção *versus* reabilitação.

Emergia então o Movimento Sanitário, base de formulação e projeção das reformas setoriais, que se sucederam e com ele se confundem com as reformas do setor da saúde. O Movimento Sanitário Brasileiro possui o protagonismo da Reforma Sanitária Brasileira, que levou ao SUS.

A partir desta Instituição de saúde filantrópica, sem fins lucrativos, ou seja, uma casa de saúde que tinha como sua principal bandeira atender a população de forma gratuita, custeada pelo estado. Com esta conquista, era necessário buscar formas de financiamento e organização da entidade para poder prestar atendimento à população. Para tanto, foi eleita, através de assembleias dos sócios e a comunidade em geral, uma comissão de saúde, formada por sócios gestores, que de posse da autorização de compra da instituição, passaram a construir formas de viabilizar o seu funcionamento (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Em 1986, a ACHA começa a dar seus primeiros passos: são criados Conselhos Comunitários de Saúde, com a finalidade de discutir os problemas nas comunidades, apontar soluções e levar sugestões para a Comissão Institucional Municipal de Saúde (CIMS). Dessa forma, a população poderia participar do projeto de Saúde do município. Através desta conscientização, as comunidades se organizavam para exigir a participação popular na CIMS (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

No início, encontrou-se resistência por parte das autoridades municipais que defendiam uma CIMS formada por representantes de entidades e apenas um representante dos trabalhadores. Devido à organização e a consciência dos trabalhadores pelos seus direitos, houve uma pressão para que participassem da

CIMS por região e o prefeito teve que convocar a população e as entidades para a criação da Comissão de acordo com a proposta (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Os agricultores conseguiram a participação de 20 representantes, que apresentaram uma chapa e assumiram a direção da CIMS, garantindo, assim, a direção da política de saúde municipal. Ao mesmo tempo em que eram encaminhadas as negociações para a reabertura do hospital, os agricultores se organizaram em 53 pequenas comunidades (naquela época Barra do Rio Azul pertencia a Aratiba) com a comissão Pró-Saúde. Estas, foram reagrupadas em distritos-comunidades que realizavam miniassembleias antes da escolha de seus representantes (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Com a organização das Comissões de Saúde, Aratiba foi um dos únicos municípios da região no qual os agricultores, além de definirem as prioridades sobre saúde, administraram os recursos de saúde para a área hospitalar, através de convênios, mesmo contrariando os interesses do poder público. Com a cidadania à flor da pele, os agricultores já estavam cientes de que o objetivo era necessitar cada vez menos do hospital, evitar a multiplicação e consumo desnecessário de remédios, através de um bom trabalho preventivo. Entretanto, estavam cientes de que era preciso ter uma estrutura hospitalar de qualidade para os casos urgência/emergência, internações e outros serviços. Fruto dessa organização, no dia 13 de fevereiro de 1987 foi assinado o 1º Convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS), com o Governo Federal.

A nova proposta, ou projeto de saúde, destacou-se por visar à participação do povo no planejamento dos projetos de saúde, na aplicação dos recursos e no saber na área da saúde, uma organização dos trabalhadores para uma mudança da política de saúde e para a conquista dos direitos ao atendimento gratuito, sendo um projeto comunitário, participativo e transformador (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Figura 14: Participantes dos projetos de saúde 1987



Fonte: Acervo Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (1987)

Os participantes desse projeto de saúde foram, e ainda perduram até os dias atuais, advindos de todas as comunidades do município, representando as comissões locais de saúde (agricultores); das miniassembleias; das assembleias, das diretorias, das lideranças, dos funcionários, dos profissionais, dos trabalhadores urbanos que entenderam a proposta, enfim, de tantas pessoas que acreditaram e continuam acreditando que é possível fazer saúde com a participação direta da comunidade na deliberação da política de saúde.

Com a concepção que saúde vai além do espaço hospitalar, no ano de 1987, a ACHA priorizou a elaboração de um Plano de Formação de Agentes Comunitários de Saúde, onde foram indicados representantes das comunidades, com a finalidade de passar conhecimentos sobre prevenção de doenças, atendimento de primeiros socorros, uso de tratamento natural, e educação para uma alimentação correta.

Formaram-se assim, os Agentes Comunitários de Saúde, que, além de construir e repassar ensinamentos sobre saúde, faziam a discussão nos grupos de famílias e nas comunidades sobre a situação sócio-político-econômica e religiosa, criando a consciência de que saúde é uma questão social (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Figura 15: Primeira turma de agentes comunitários de saúde 1987



Fonte: Acervo Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (1987)

No trabalho preventivo deu-se ênfase ao acompanhamento e atendimento às gestantes e às crianças de 0 a 6 anos, através da Pastoral da Criança. Com isso diminuiu expressivamente as internações infantis. Desta organização, também, criaram-se os grupos de autoajuda (Hipertensos e Diabéticos), a Cozinha-Escola (alimentação natural e agroecológica), o artesanato; atividades culturais, cursos, seminários, iniciativas que têm como enfoque a saúde comunitária, participativa e preventiva.

Cabe ressaltar que a ACHA foi pioneira, parceira, multiplicadora e incentivadora desses grupos, que através da organização e resistência, construíram uma importante história dentro da questão Social.

3.5 Desafios encontrados na história da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba

As assembleias do Sindicato dos Trabalhadores Rurais auxiliaram a maioria das comunidades a tomar consciência de sua situação subumana, no que diz respeito ao atendimento à saúde, pois as condições locais não favoreciam:

distância, dificuldades de transporte (algumas comunidades somente tinham acesso à sede do município duas vezes por semana), falta de medicamentos, posto de saúde e comunicação. A concentração dos recursos de saúde nas mãos de médicos e hospitais particulares, que dificultava o surgimento de outras entidades, também foi fator que contribuiu para que a população acreditasse que com a ACHA seria possível romper esse ciclo (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

No que se refere ao pagamento do prédio hospitalar, os agricultores enfrentaram uma grande seca e não puderam contribuir conforme o previsto, e a dívida se arrastou por longo período. Apesar da aquisição de cotas ainda faltou dinheiro, que foi buscado através de empréstimos bancários e junto aos associados visando, prioritariamente, o saldo da dívida com o proprietário. Nas palavras de Lucir de Conto (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 28): “na história da ACHA, um problema muito grande que nós enfrentamos, principalmente no início, foi a questão financeira, pois não conseguimos vender as cotas que prevemos na assembleia realizada em dezembro de 1985”.

Além da falta de recursos financeiros, humanos e nenhuma experiência inicial em atendimento em saúde, a Associação teve de enfrentar a contraposição dos interesses dos dominantes locais, que desejavam o fracasso da proposta dos trabalhadores rurais. Os setores dominantes utilizaram diversos mecanismos de pressão, como abaixo-assinados para intimidar a iniciativa popular desta organização Social.

Muitos foram os desafios e as dificuldades enfrentadas pelos que estavam realmente comprometidos com a luta pela saúde, principalmente os que trabalhavam para que a ACHA desenvolvesse seu papel junto à população. O senhor Aluísio (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 28) comenta algumas passagens difíceis:

Quando estávamos no aperto, recorríamos aos bancos. Quando venciam um empréstimo num banco, íamos para outro para pagar aquele e assim fomos. Quando fazíamos os “papagaios”, nós hipotecávamos tudo, carro, casa... Mas o interessante é que eu não contava para minha mulher, senão eu “apanhava”. Mas quantas vezes quando eu ia deitar eu pensava, tal que dar alguma zebra em tudo isso e a mulher não está sabendo? Sempre pensava, vou contar ou não vou contar? Mas no fim tudo deu certo, não perdi nada. Só os dias de serviço que dediquei, mas não estou arrependido. Pois para vender as cotas, nós corremos bastante em volta.

A direção da época não mediu esforços para que a ACHA se concretizasse. A falta de recursos atrelada à falta de experiência em administração, deixava sempre no ar a seguinte questão: será que vai dar certo? Num primeiro momento, logo após a compra, o hospital foi fechado por 11 meses, a fim de que a equipe que estava acompanhando mais de perto a situação pudesse tomar conhecimento e fazer as adequações mais urgentes para atender a população. O encaminhamento da documentação e dos registros, a mudança da razão social e a falta de recursos para contratar profissionais foram os fatores relevantes para esse acontecimento.

De acordo com Lucir de Conto (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 29):

Dificuldades no início, foi encaminhar a documentação, pois não se tinha experiência. Éramos agricultores sem experiência na questão burocrática. Procuramos, na época, a Irma Zélia Luza. Sabíamos que tinha experiência, tanto de movimentos populares, trabalhava na CRABE, quanto em administração hospitalar, pois trabalhou no Hospital de Gaurama. Um certo dia, ela ligou dizendo que a superiora estaria em Erechim e fomos conversar. Convencemos a superiora de que precisávamos da Irma Zélia e acordamos que a mesma iria a Aratiba uma vez por semana. Ela começou a ajudar a organizar toda a documentação, inclusive nos registros necessários nos diversos conselhos e nas exigências na documentação.

Muitas viagens foram feitas para a legalização da ACHA nos Conselhos Profissionais e na Junta Comercial de Porto Alegre. O interessante é que, como não dispunham de recursos, os membros da diretoria assumiam as despesas. Percebe-se com essas atitudes tamanha dedicação e compromisso com a ACHA, pois, sem legalizar o hospital, o atendimento à população era parcial, somente em casos urgentes (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Essa situação fez com que os contrários à ideia da compra do hospital e da fundação da ACHA desencadeassem um processo de desqualificação e desmoralização da direção frente à decisão tomada, comparando o fato do fechamento do hospital com uma experiência malsucedida no município, onde os agricultores investiram em uma fábrica de suco de laranjas – “Incofruta” – e não tiveram resultado positivo (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Esse período foi de muita luta e garra para que o sonho não morresse e para que a população tivesse acesso novamente à saúde. A direção da Associação não mediu esforços para alcançar o objetivo proposto. Realizou assembleias, encontros, reuniões e visitas nas comunidades para que, juntos, pudessem discutir e organizar

uma estrutura mínima para o funcionamento, pois além da dificuldade financeira, faltava material, documentação e profissionais. Para amenizar a situação, enquanto era aguardada a abertura do hospital, foi estruturado um consultório médico na sala do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, com atendimento gratuito.

Foram 11 meses de trabalho árduo, porém de grande satisfação, visto que o esforço e a luta coletiva garantiram que no dia 13 de novembro de 1986 o hospital fosse reaberto. Foi um momento de grande expectativa e de empolgação da comunidade, pois mesmo com poucas condições de funcionamento, abrir as portas para que a população fosse atendida de forma gratuita, bandeira da luta de anos dos fundadores da ACHA, demonstrava o resultado de todo o trabalho realizado junto às comunidades. A união daqueles que acreditaram na proposta, garantiu a concretização do sonho, destacam Lipsch, Lima e Thaines (2006).

O momento foi histórico para o povo, e um grande público compareceu no ato de reabertura. A rua em frente ao hospital foi totalmente ocupada, o sol escaldante não tirou dos rostos suados o sorriso da conquista popular. Muitas pessoas compareceram, em especial, muitas mulheres ligadas ao Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais, que entoavam cantos de luta. Este dia ficou marcado pela alegria da conquista.

Figura 16: Ato de reabertura do hospital em novembro de 1986



Fonte: Acervo Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (1986)

Ao abrirem-se as portas do hospital, a população foi entrando, ocupando os dois andares do prédio. A alegria estava estampada em cada face e no grito dos agricultores: “este é o nosso hospital, hospital do povo”. O sonho se concretizava. O hospital era dos agricultores. A euforia era tamanha, que o povo gritava refrãos, como: “povo unido jamais será vencido”, “povo organizado jamais será pisado” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 29).

Figura 17: População presente na reabertura do hospital em 1986



Fonte: Acervo Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba (1986)

O dia 13 de novembro de 1986 marcou a conquista dos agricultores, mas também foi um dia de fortalecimento da caminhada, pois estavam dando apenas os primeiros passos. Muito tinha que ser feito. A responsabilidade era ainda maior. O sistema precisava ser organizado. O hospital, a partir desse momento, passou a funcionar, mas muitos desafios ainda estavam por vir. Além de toda a organização necessária para o bom andamento, a comunidade estava ansiosa em saber o rumo que o hospital tomaria, bem como os resultados, uma vez que era dirigido por agricultores. O hospital começou a realizar atendimentos de forma gratuita à comunidade, mantido até então por mutirões, campanhas de arrecadação financeira, bem como a participação societária através da venda de cotas.

Além do atendimento médico hospitalar, o hospital passou a desenvolver campanhas preventivas, pesagem das crianças e orientação alimentar alternativa, criou-se a Pastoral da Criança, entre outras. A bandeira proposta sempre foi a de garantir atendimento gratuito a todos os pacientes, já que esta Associação Comunitária Hospitalar ACHA, foi fundada a partir da problemática da saúde (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Foi um período em que o sonho de construir um modelo novo de hospital falou mais alto, mesmo diante de tantas dificuldades enfrentadas. Os agricultores não estavam preparados para o trabalho técnico-burocrático, faltavam recursos financeiros, veículos para uma maior agilização do trabalho de saúde comunitária, equipamentos para a realização de exames e, ainda, profissionais com experiência e comprometidos com a luta. Entretanto, isso não foi motivo para a ACHA, através de suas lideranças, desistirem do projeto de construir saúde com a participação da comunidade.

Um exemplo da busca de ajuda é a do senhor Osvaldo Bressan, que era contador do Hospital Comunitário de Sertão/ RS, tinha muita experiência no ramo e muito ajudou na organização contábil da ACHA como prestador de serviço. Vinha a Aratiba a cada 15 dias para acompanhar os serviços. A partir de 1992, a funcionária Rosane Maria Klein, associada, formada no curso técnico em Contabilidade assumiu, então, o serviço respondendo por este setor até o presente momento atual, dezembro 2019, com muita dedicação e afinco.

Em entrevista, a senhora Loiri Maria Mocellin dos Santos, funcionária da ACHA, desde a reabertura do Hospital, relembra a dificuldade enfrentada no início e a preocupação da direção em qualificar os profissionais para que a situação fosse mudada:

Na ocasião não tinha curso aqui, nem em Aratiba, nem em Erechim, então eu fui fazer em Santa Cruz do Sul. O curso durou um ano e meio e eu fui uma das primeiras que se formou em auxiliar de enfermagem. Fui encaminhada pela Associação e inclusive ela arcou com as despesas, eu não tinha uma boa situação financeira e fui ajudada para fazer o curso (SANTOS *apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 33).

Outro grande desafio encontrado foi após o treinamento dos primeiros agentes voluntários de saúde, em atendimento de primeiros socorros, por ser uma experiência inovadora junto à população e um forte trabalho de base. A elite,

incomodada com essa situação, chegou ao cúmulo de supor, através de uma reportagem no jornal “O Estado de São Paulo”, de 22 a 29 de novembro e 06 de dezembro de 1987, que estariam sendo realizados treinamentos para guerrilha em Aratiba. A preocupação era de que os agentes de assustassem com isso, mas, ao contrário, entenderam que havia má intenção nas matérias. Na verdade, não existiu nenhuma guerrilha, mas uma luta contra a exploração e comercialização da saúde e, assim, essas suposições acabaram por atrair mais pessoas para esse trabalho, destacam Lipsch, Lima e Thaines (2006).

Em entrevista, o senhor Lenir Amélio Christmann, presidente da ACHA entre os anos de 2002 e 2005, relembra a experiência que vivenciou ao participar dos cursos de agentes de saúde:

Em 1986 quando começou os cursos de agentes, até na minha comunidade, fui taxado de guerrilheiro. Saiu na Folha de São Paulo que estavam treinando guerrilha aí, por causa dos enfrentamentos que tinha. Eu já disse para várias pessoas que eu me orgulho ter passado por guerrilheiro. A gente fez uma guerrilha bem inversa daquela que eles estavam dizendo que iríamos fazer. A gente ajudou muitas pessoas. [...] As dificuldades enfrentadas reavivavam as forças de luta dos engajados com a ACHA e fortalecia a esperança de concretizarem o sonho dos agricultores em ter um atendimento de qualidade e gratuito na área da saúde (CHRISTMANN *apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 33).

Nos momentos de dificuldades muitos foram os que contribuíram, porém cabe destacar a dedicação dos senhores Aluisio Wendelino Reichert e Leopoldo Beno Klein (*in memoriam*), que na época não tinham conhecimento das lutas populares, mas, mesmo assim, assumiram a causa da ACHA. O desejo de lutar por seus direitos numa visão coletiva fazia com que eles não medissem esforços para a concretização do sonho, a ponto de empenharem seus bens em garantia das dívidas da ACHA (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

3.6 O protagonismo dos Movimentos Sociais e o SUS

A compra do hospital não significou a resolução de todos os problemas, mas foi uma segurança maior no que diz respeito à saúde para a população. Nessa perspectiva, uma das grandes preocupações da ACHA foi a formação de lideranças no interior do município, ou seja, de lideranças comunitárias locais, através de contatos constantes, visitas, encontros, estudos, assembleias para que os

agricultores tivessem, cada vez mais, a consciência de que a luta por saúde é uma luta popular e de que o hospital era dos e para os agricultores, cujas decisões seriam tomadas e supervisionadas pelas mais de mil famílias, com o apoio do Sindicato dos Trabalhadores Rurais. O povo estava sedento por ter a segurança de que ao ficar doente ou precisar de atendimento médico, poderiam contar com a garantia de atendimento.

Um sério problema enfrentado foi quando foi assinado o primeiro convênio com o Governo Federal, concretizando o sonho do atendimento gratuito. Mas até o recurso financeiro chegar nas contas do hospital, demorou 60 dias¹.

Diante de tantos obstáculos, o sonho parecia esmorecer, pois o proprietário queria o pagamento da dívida ou o hospital de volta. Muitas vezes as lideranças se sentiram desanimadas, num beco sem saída. Mas, eis que, mais uma vez, a estrela-guia aponta a saída através do envolvimento da comunidade. Surge, então, na reunião da CIMI, pela Comunidade da Volta Fechada, a ideia de fazer a campanha do milho ou soja. As famílias foram visitadas com a perspectiva de que fizessem a doação do produto. Com a ação solidária, conseguiu-se sanar algumas das muitas dificuldades. Diante desta situação, os familiares dos internados, muitas vezes, contribuíam até com produtos para a alimentação.

Nas palavras de Lucir de Conto (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 37):

É importante resgatar que realizamos várias rifas com a finalidade de arrecadar dinheiro. Recebemos doações como: freezer e uma geladeira, do Sr. Julio Granzotto, uma carroça do Sr. Erasmo Matte conseguimos com isso recursos para compra de material, de medicamentos, o pagamento de funcionários e saldar alguns compromissos. Na época, tudo era difícil. As pessoas vinham para o hospital, traziam alimentos, era uma forma de contribuir com o hospital.

A vontade de concretizar o sonho levou a direção a buscar muitas alternativas, muitas delas sem garantia de que poderiam ser cumpridas,

¹ “O Hospital não tinha onde conseguir o dinheiro para a compra de medicamentos e outros materiais necessários para o funcionamento, bem como fazer o pagamento aos profissionais e funcionários, enfim, manter toda a estrutura funcionando. Com isso, a angústia aumentou, pois a equipe recorreu às instituições bancárias e a resposta foi negativa porque naquele momento a capacidade de empréstimos já estava esgotada. A preocupação aumentava e, a cada dia que passava, a dívida era maior. Aumentava a procura por atendimentos, pois havia demanda reprimida de pessoas que não procuravam atendimento médico por falta de condições financeira” (DECONTO, 2019, informação verbal).

principalmente na questão financeira, como relata Lucir De Conto, durante as entrevistas².

Além das estratégias para sanar as dificuldades financeiras, a direção, a fim de garantir a continuidade do trabalho pelos agricultores, foi aos poucos montando a estrutura organizativa para garantir a continuidade da ACHA: 1.030 famílias associadas que formam a assembleia geral, Conselhos Comunitários de Saúde, 210 lideranças que passaram por cursos de formação, 22 membros da diretoria, administração e coordenação do hospital da ACHA, conforme apresentado por Lipsch, Lima e Thaines (2006).

Religiosas de diversas congregações aderiram à Associação desde o início da organização e implantação do projeto, como por exemplo, a Irmã Zélia Maria Luza (economista), da Congregação das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora, que através de sua assessoria, contribuiu muito na estruturação, organização e administração do hospital por muito anos consecutivos, à frente de toda área administrativa, bem como no trabalho comunitário, trabalho que até então era desconhecido pelos trabalhadores rurais, e que passou a ser um dos pilares do hospital.

² Para se ter uma ideia, o Hospital não tinha recursos, e o povo vinha buscar atendimento, como não atender as pessoas que precisavam de um médico, de tratamento e de atenção à saúde. Tínhamos aproximadamente 40 financiamentos nos Bancos, em nome da Associação, membros da Direção e associados. Inclusive para compra de materiais, medicamentos e pagamento de funcionários. A preocupação da diretoria aumentava, bens dos seus diretores penhorados, a desconfiança da população também aumentava. Como se conseguiria pagar estas dívidas? Recorríamos aos bancos, naquele momento não tínhamos outra saída (DE CONTO 2019, informação verbal).

Figura 18: Direção, médicos e enfermeiros juntamente com as irmãs que ajudavam na administração do hospital na comemoração do Natal de 1989



Fonte: Acervo Hospital –ACHA (1989)

Da mesma congregação, é preciso destacar o trabalho da Irmã Rosalina Locateli (enfermeira), que muito contribui com seu conhecimento técnico-científico, na área da enfermagem com sua larga experiência na assistência aos pacientes, bem como na questão organizacional e documental no que tange aos aspectos técnicos e de vigilância sanitária.

Importante também destacar o importante trabalho dos médicos Dr. Juarez de Oliveira Pinto, Dr. Flavio Leal Fernandes, Dra. Ana Cristina Pereira, que por muitos anos estiveram à frente de todo atendimento médico e hospitalar, deixando um legado importante de profissionalismo e atendimento de qualidade na área médica. Ainda no que se refere ao atendimento e cuidado aos pacientes, destaca-se a brilhante atuação das enfermeiras Simione Silva, Leda Brunn, Maria Izabel Gambato, que foram incansáveis no cuidado com a vida, e tiveram uma forte atuação na saúde preventiva, junto à comunidade.

A contribuição da Irmã Cacilda Hammes (enfermeira) da Congregação da Fraternidade de Esperança, que desde Santa Catarina era Coordenadora Nacional da Saúde da CNBB e administrou cursos de Agentes de Saúde em Aratiba. A Irmã Maria Scheibel (enfermeira), da Congregação Franciscana da Penitência e Caridade

Cristã, coordenadora regional do projeto Pastoral da Criança Saúde no Rio Grande do Sul, participou da capacitação de líderes da Pastoral da Criança, ajudou na Coordenação do projeto de saúde preventiva e comunitária e orientação das comunidades do interior e da equipe hospitalar na linha da integração Hospital/Comunidade. Ajudou na estruturação e encaminhamento de documentos para os cursos de Auxiliar de Enfermagem que a ACHA desenvolveu.

Também a Congregação das Irmãs dos Santos Anjos, com sede em Aratiba, contribuiu, e continua contribuindo, com a história da Associação em diversos serviços e projetos como: Ir. Maria Orilde De Pra (pedagoga/ setor administrativo), Ir. Pierina Benincá (auxiliar de enfermagem), Ir. Terezinha Evangelista da Silva (técnica de enfermagem) e Ir. Elizabeth de Fátima Lima (assistente social), que atuou e fez parte da Direção Executiva da Entidade.

Os objetivos que nortearam e continuam sendo aplicados no trabalho em curto, médio e longo prazos são: luta por assistência gratuita em saúde, formação para prevenção das doenças, atenção às gestantes e crianças, conscientização e formação de lideranças, novo conceito de saúde, acompanhamento aos agentes e comunidades, aperfeiçoamento constante da equipe técnica, ampliação dos serviços prestados, ampliação e melhorias no prédio, todos buscando consolidar um projeto de saúde que não visa a apenas cuidar das doenças, mas cuidar da vida para que as doenças, o quanto possível, sejam evitadas. Assim, a principal meta da ACHA é desenvolver ações integrais de cura, reabilitar e prevenir as doenças com acesso universal e igualitário dos cidadãos e participação da população; em seu planejamento, execução e avaliação busca-se a valorização da vida humana, dos trabalhadores e da luta por saúde popular.

3.7 A luta do Movimento dos Atingidos por Barragens do rio Uruguai como fonte inspiradora da organização da saúde em Aratiba-RS

Contextualizando este período da história brasileira, nos primeiros anos da década de 1970, o desenvolvimento econômico proposto pelo governo militar brasileiro passava por grandes investimentos realizados no setor industrial, especialmente na região sudeste do Brasil. O setor primário estava sendo substituído pelo setor industrial e este necessitava de grande produção de energia.

O economista, Celso Furtado (1981), analisava que para o Brasil se desenvolver era necessário investir na reconstrução das estruturas produtivas, e que o problema principal consistia em encontrar os recursos financeiros para ampliar a base do sistema industrial, aumentar o coeficiente de exportação e redirecionar o setor energético, numa clara demonstração do percurso por onde passaria o desenvolvimento e sem mencionar as consequências deste processo (SEMINOTTI 2013).

Figura 19: Torres de transmissão de Energia



Fonte: <https://eletrobras.com/pt/Paginas/Transmissao-de-Energia.aspx>

Segundo Seminotti (2013), o setor elétrico, através da Eletrobras e do Ministério de Minas e Energia, passou a ser planejado a longo prazo no país, priorizando a matriz hidrelétrica como fonte geradora de energia. O projeto de desenvolvimento planejado pelos governos militares durante a década de 1970, onde grandes empreendimentos hidroelétricos seriam construídos na bacia do rio Uruguai, influenciou diretamente o processo de organização social e político dos pequenos agricultores da região Alto Uruguai, a partir de 1980.

Ainda segundo o autor, se por um lado podemos considerar que os pequenos agricultores viviam com certo distanciamento das questões políticas que cercavam o contexto brasileiro durante boa parte do século XX, muito pela inoperância do governo em relação às políticas agrícolas para a pequena propriedade, por outro, a decisão do governo de construir as barragens de Itá e de Machadinho, em pleno regime militar, trouxe um cenário de preocupação e mobilização dos pequenos

agricultores em defesa de suas propriedades, abrindo caminho para a constituição de um campo de lutas em torno de várias outras necessidades do meio rural (SEMINOTTI, 2013).

Pelos estudos realizados pela Eletrobras, a região do Alto Uruguai oferecia ótimas condições para a geração de energia elétrica por ser rica em bacias hidrográficas, com relevo acidentado com grandes vales, o que diminuiria os custos para a construção das hidrelétricas, e por estar próxima à região sudeste do Brasil, onde concentrava-se a maior parte do parque industrial brasileiro. Um dos maiores projetos hidrelétricos, que previa a construção de 22 barragens na bacia do rio Uruguai, se torna público, implicando na possível expropriação das populações que residissem nas áreas determinadas para tais. Um dos grandes empreendimentos hidroelétricos seria construído na bacia do rio Uruguai, mais precisamente nos municípios de Aratiba, no Rio Grande do Sul, e Itá, em Santa Catarina. (SEMINOTTI, 2013).

Figura 20: Rio Uruguai ainda em seu leito natural, vista do estreito no município de Marcelino Ramos 1986



Fonte: Itacir Atilio Madalozzo (Acervo pessoal, 1986)

A dimensão gigante do rio Uruguai e as belezas dos vales e terras montanhosas estavam prestes a desaparecer com a represa do lago e começo da construção da obra da Usina Hidrelétrica Itá –SC.

Um cenário obscuro e incerto se desenhava para a população atingida, faltava diálogo por parte do governo com os colonos, o medo de perder as terras e o desconhecimento sobre os impactos sociais e ambientais que o projeto hidroelétrico causariam foram fatores que mobilizaram os agricultores, atendendo aos apelos da Comissão Pastoral da Terra que, através de um trabalho de formação, passou a orientar sobre os riscos que seriam produzidos.

Para agravar ainda mais a situação, a Eletrosul Centrais Elétricas S.A, empresa responsável pelo projeto, não havia apresentado, até aquele momento, um planejamento claro de desapropriação e reassentamentos, deixando de fora posseiros, arrendatários, meeiros e todos aqueles que não tivessem a propriedade efetiva das terras atingidas. Frente a esta situação de preocupação e desespero de muitos agricultores, que se viam sem destino, o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Aratiba, em 1979, juntamente com os demais sindicatos da região, criam a Comissão Regional de Atingidos por Barragens - CRAB (SEMINOTTI, 2013).

Dentro deste contexto da época, Seminotti (2013), chama atenção que a criação da CRAB, em 1979, na região Alto Uruguai reflete o novo momento de reorganização dos movimentos sociais no Brasil, após quase duas décadas de repressão e controle dos governos militares sobre qualquer tipo de organização social que pudesse questionar as ações governamentais.

Figura 21: Encontro do Movimento dos Atingidos pelas Barragens (MAB) líder Mauro Postal em 1984



Fonte: Acervo MAB (1984)

A principal reivindicação era o ressarcimento, através de indenizações justas, das perdas a que estavam sujeitos com a construção das usinas. Logo adiante, as famílias avançaram no debate da indenização, entendendo que tinham o direito de continuar na terra, sendo agricultores, produzindo seu próprio alimento. Ou seja, a indenização não poderia ser qualquer coisa, deveria garantir a permanência na terra (BORGES et al. 2014).

Por isso, a principal bandeira de reivindicação passou a ser “TERRA POR TERRA” (MAB, 2013). Essa junção de forças entre os atingidos trouxe importantes conquistas regionais que serviram de exemplo para o restante do país. Um desses avanços ocorreu em 1987, quando as famílias atingidas pela construção da UHE Itá “conquistaram um acordo sobre a construção de reassentamentos coletivos” (MAB, 2013).

Este acordo representou uma mudança na política do Setor Energético no tratamento à população atingida por grandes hidrelétricas. Até então, somente os proprietários tinham algum direito e apenas a opção da indenização em dinheiro. Com a celebração do acordo, posseiros, arrendatários, trabalhadores empregados nas propriedades atingidas passaram a ter direito a uma área de terra de acordo

com o tamanho da sua família. A opção de troca da terra atingida por outra área escolhida pelo agricultor passou a ser mais uma possibilidade.

Nesse acordo constavam

[...]regras de quem eram os atingidos e sobre os padrões de casa, terra, assistência técnica para as famílias reassentadas. O acordo é uma referência até hoje para a luta por reassentamentos nas várias regiões onde os atingidos estão organizados. (MAB, 2013)

Figura 22: Conquista do acordo sobre a construção de reassentamentos coletivos, 1987.



Fonte: MAB, (1987)

Em 1989, foi realizado do Primeiro Encontro Nacional de Trabalhadores Atingidos por Barragens, que contou com a presença de representantes de movimentos semelhantes ao CRAB de várias regiões do país e “foi então decidido constituir uma organização mais forte a nível nacional para fazer frente aos planos de construção de grandes barragens” (MAB, 2013). Assim, em 1991 fundou-se o MAB – Movimento de Atingidos por Barragens, hoje o principal movimento popular brasileiro de resistência à construção de barragens (VIANA, 2003).

Como destaca Seminotti (2009), após quase duas décadas de repressão e controle dos governos militares sobre qualquer tipo de organização social que pudesse questionar as ações governamentais, esta questão influenciou diretamente o processo de organização social e político dos pequenos agricultores da região Alto Uruguai, a partir de 1980.

Se, por um lado, podemos considerar que os pequenos agricultores viviam

um certo distanciamento das questões políticas que cercavam o contexto brasileiro durante boa parte do século passado, muito pela inoperância do governo em relação às políticas agrícolas para a pequena propriedade, por outro, a decisão do governo de construir as barragens de Itá e de Machadinho, em pleno regime militar, trouxe um cenário de preocupação e mobilização dos pequenos agricultores em defesa de sua propriedade, abrindo caminho para a constituição de um campo de lutas em torno de várias outras necessidades do meio rural (SEMINOTTI, 2009).

De acordo com Viana (2003), a história da barragem de Itá começa em meados da década de 1960, entre os anos de 1966 e 1969, através de um levantamento dos recursos energéticos dos Estados do Sul. O enchimento do reservatório iniciou-se em dezembro de 1999 e terminou em 2000, e o início da operação da usina se deu em setembro do mesmo ano.

Figura 23: Início da formação do lago da barragem de Itá, 1999



Fonte: Acervo pessoal de Itacir Atílio Madalozzo (1999)

Construída às margens do rio Uruguai, na divisa entre os Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, a Usina Hidrelétrica Itá, tem uma potência instalada de 1.450 megawatts e seu reservatório, de 141 km², foi formado com a construção desse empreendimento, resultado em 4.457 famílias que precisaram ser relocadas e reassentadas.

Figura 24: Usina Hidrelétrica de Itá – SC Ano 2000



Fonte: Acervo da prefeitura de Itá – SC (2000)

A alta propensão do Rio Uruguai à construção de barragens, a grande organização do povo em buscar seus direitos a uma indenização justa e reassentamentos adequados, bem como a realocação das comunidade de linha Sarandi e lajeado Ouro e Três Barras, das igrejas católicas e luteranas, cemitérios, casa do pastor e salão de eventos, bem como toda a realocação da cidade catarinense de Itá, que ficou totalmente submersa no lago, ficando somente as torres da igreja de fora da água (hoje é ponto turístico), explica por si só o fato de o embrião do MAB se localizar nesta região.

Figura 25: Imagens das torres da igreja da cidade de ITÁ -SC em meio às águas da hidrelétrica no ano 2000



Fonte: Acervo Prefeitura de Itá- SC (2000)

Ainda conforme Seminotti (2009), outro fator que estimulou a formação de um movimento de atingidos foi o despejo ocorrido dos atingidos pelas usinas hidrelétricas de Itaipu e Passo Real, no Paraná. A notícia da construção das barragens na bacia do rio Uruguai estimulou um imaginário catastrófico. A reportagem do Jornal Zero Hora, de 3 de junho de 1980, demonstra a preocupação dessa população:

A imagem de Passo Real ainda está fresca na cabeça dos colonos de Aratiba, Marcelino Ramos e de mais de uma centena de municípios gaúchos e catarinenses que serão atingidos pela construção das barragens de Machadinho e Itá, parte de um portentoso complexo de 22 hidrelétricas, que deverão no futuro se interligar, há ainda o caso dos colonos desterrados para a construção no Paraná, das barragens de Salto Osório e Salto Santiago e a certeza de que a Eletrosul, responsável pelas obras, não costuma agir com muito bom senso na hora de indenizar os agricultores (SEMINOTTI, 2009, p. 69)

Figura 26: Canteiro de obras na comunidade de Volta do UVA no município de Aratiba em 1988



Fonte: Acervo MAB (1988)

A estratégia do governo, que inicialmente não previa um canal de diálogo com os atingidos, foi mudando na medida em que os colonos passaram a se organizar. Entre as ações do governo estava a negociação individual sobre as indenizações, como forma de desmobilizar os atingidos. Com isso, este processo de organização social em torno do MAB não foi consenso entre todos os agricultores, pois muitos acreditavam que as indenizações das terras e das benfeitorias seriam uma alternativa para melhorar de vida em outras regiões, ou até mesmo migrando para a cidade.

Com relação a atuação do MAB na bacia do rio Uruguai, além, pode ser considerado o berço do movimento. Conforme Locatelli e Rocha (2013, p.28), “ou seja, onde parte significativa de suas lideranças é formada, onde se desenvolveram complexos e profundos laços com outros movimentos sociais de trajetórias semelhantes”, como o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).

A criação de um trabalho social entre os atingidos e a criação da CRAB teve a contribuição da Comissão Pastoral da Terra (CPT), de lideranças dos sindicatos de Trabalhadores Rurais, a partir da proposta da Central Única dos Trabalhadores e de alguns professores da Fundação Alto Uruguai para Pesquisa e o Ensino Superior (FAPES).

Segundo Seminotti (2009), a religião tornou-se o instrumento de intermediação entre atingidos e lideranças religiosas, pois alguns padres defensores da Teologia da Libertação, ligados aos setores progressistas da Igreja Católica, passaram a fazer um trabalho de conscientização sobre a problemática enfrentada pelos pequenos agricultores com o projeto das barragens. As reuniões, os debates e o trabalho de formação eram fomentados por lideranças dos setores progressistas da Igreja Católica, da Igreja Evangélica de Confissão Luterana (IELB), da FAPES e dos sindicatos dos trabalhadores rurais combativos. Este envolvimento possibilitou a formação de uma estrutura organizacional do movimento e o surgimento de lideranças populares entre os atingidos.

No início da década de 1980, o trabalho do Movimento dos Atingidos por Barragens teve a finalidade de ampliar a força política para disputar a forma de tratamento social da população atingida, buscando o direito de defender a diversidade social, cultural e biológica da região. O trabalho inicial foi de organização dos agricultores atingidos em suas comunidades, ampliando-se para a organização em âmbito municipal. No mesmo sentido, as lutas saíram da dimensão local e individual para negociações por indenizações coletivas, mesmo que alguns agricultores optassem por negociações diretas com as empresas construtoras dos empreendimentos.

Em Aratiba, a luta contra a realização das barragens, que se transformaria na luta pelo direito a indenizações em dinheiro ou pelo reassentamento em outras regiões, a partir do trabalho do MAB junto aos atingidos, especialmente com os reassentados, transformou-se em uma forma de resistir ao modelo de desenvolvimento econômico imposto pelo projeto político do Estado brasileiro na década de 1980, conforme relata o líder presidente da CRAB, Mauro Postal³.

A maior luta popular já vista na região, mais de 600 famílias envolvidas só no município de Aratiba, com sentimento de perda de suas casas, suas terras, sua identidade, suas comunidades e cemitérios. Este era o retrato que assombrava todo

³ “[...] As lideranças eram reunidas e juntos planejávamos formas de articulação de todos os agricultores atingidos pela barragens, que vinha avançando sem pedir licença, invadido as terras fazendo com que os agricultores fossem indenizados de qualquer jeito. Então tínhamos que resistir para que as famílias recebessem uma indenização justa, ou fossem relocadas para uma terra pelo menos parecida com a que estavam sendo obrigados a deixar para trás”. (POSTAL, 2019, informação verbal).

o Alto Uruguai gaúcho, nas décadas de 1970/1980, com o projeto de construção da Usina Hidroelétrica do Itá, que mesmo sendo sua maior área geográfica construída dentro do município de Aratiba, leva o nome de Itá-SC por ter alagado a cidade, fazendo com esta fosse relocada.

Conforme Seminotti (2009), entre os questionamentos à política nacional estavam a privatização do setor energético para empresas multinacionais, o modelo de produção de energia, os impactos ambientais e culturais causados pelo mesmo e a falta de assistência técnica e crédito aos atingidos reassentados. A primeira organização criada, a CRAB, constituída em âmbito regional em 1979, deu lugar ao Movimento de Atingidos por Barragens (MAB), em 1991, pela necessidade de uma organização que atuasse em várias partes do país, tendo presente que os projetos hidroelétricos representavam riscos ao modo de vida dos pequenos agricultores e posseiros de vários estados brasileiros.

Em texto produzido por Nogaro (1996 *apud* SEMINOTTI, 2013) sobre as ações educativas das organizações sociais populares de Erechim, podemos constatar que o processo de industrialização, a modernização e o desenvolvimento a qualquer custo proposto pelos governos militares, aguçaram a luta de classes e estimularam a organização social popular em âmbito nacional. É neste momento histórico, de crise na economia, que surgem os movimentos sociais, e aqui, de modo especial, o Movimento de Atingidos por Barragens.

No transcurso das décadas de 70 e 80, a economia brasileira procurava o desenvolvimento e muitos segmentos sociais lutavam para encontrar seu próprio espaço. Havia um clima de euforia e esperança. As organizações sociais populares procuravam ocupar os espaços deixados pela ditadura. Quando esta começa a enfraquecer sua influência, o campo popular e sindical é reforçado e ressurgue com toda força. (NOGARO, 1996 *apud* SEMINOTTI, 2013)

Como relata Seminotti (2009), apego à terra, como um patrimônio construído por várias gerações e como a única forma de sobrevivência da família, já era motivo suficiente para estimular o agricultor na luta contra as barragens. As informações sobre locais, número de atingidos, início das obras, possíveis indenizações não eram reveladas pela Eletrosul, o que causava a apreensão e a revolta dos atingidos.

Além disso, outros fatores colaboraram para que este movimento social tivesse uma presença significativa no norte gaúcho e um considerável poder de

agregação social. Em diálogo com o pastor Marcos Sander (2019), destaca a importância da organização dos agricultores para a conquista de seus direitos, através da formação de lideranças e da vivência em comunidade⁴.

Ainda dentro deste contexto, a forte presença que a Teologia da Libertação encontrou na região, especialmente durante a década de 1970, através da participação da Igreja Católica na estruturação do movimento social envolvendo a questão das barragens, distinguia-se as ações em três níveis: organizacionais, mobilizadoras e pedagógicas.

O sentido organizacional dá-se a partir de elementos culturais, geográficos e populacionais, que estão diretamente ligados ao fato da predominância italiana na região do Alto Uruguai. Inicialmente, é importante retomar o fator cultural de que o descendente de italiano tem um forte apego ao catolicismo que vai além da questão religiosa, chegando a refletir no social. Isto, de certa forma, ajudou a legitimar a ação da igreja na defesa da vida com o lema água para a vida não para a morte.

Além disso, a disposição territorial da imigração italiana em pequenas comunidades rurais ajudou na organização do movimento social a partir de Comissões Locais (CL), onde eram aproveitadas as estruturas físicas dessas comunidades (como os salões paroquiais) para desenvolver ações pedagógicas como cursos, encontros e reuniões. Além disso, muitas das lideranças dessas localidades tornaram-se naturalmente líderes também da causa das barragens, a ponto de representar cada qual a sua localidade em reuniões regionais, geralmente nos municípios de Concórdia, Erechim e Chapecó.

Assim, foi possível estabelecer uma rede organizacional que integrava o colono atingido no interior da linha, a liderança local, até um grupo principal que

⁴ “A igreja evangélica de Confissão Luterana do Brasil, (IECLB), sempre esteve presente na luta da Barragens compartilhando a dor das famílias, que tinham que abandonar suas terras, transladar seus mortos, mudar de lugar os cemitérios, a igreja do Matinho do Sarandi histórica e linda, que hoje tem suas escadarias encobertas pela água da Barragem, e que marcou a história desse povo trabalhador que colonizou estas terras. Então a organização dos agricultores pela luta da saúde, foi permeada também pela luta das relocações das famílias atingidas pelas barragens do Itá, que motivou toda a luta e a construção do movimento social e Aratiba e na Região Alto Uruguai. A Igreja através da presença dos pastores teve sim uma importante contribuição dentro deste processo de organização social” (SANDER, 2019, informação verbal).

conduziria as discussões com a Eletrosul, naquele momento o “adversário” do movimento social que se organizava⁵.

Em Erechim, destacaram-se a Escola Diocesana de Servidores de Erechim e o curso de Teologia e Ação Pastoral (TAPA), ambas trabalhando na formação de lideranças (MORAES, 1996). Tanto nesses cursos formais, como em reuniões e encontros nas localidades, o preparo intelectual e a pedagogia dos padres foram importantes na conscientização da população atingida.

Em entrevista, o padre Valter Girelli lembrou de uma das dinâmicas que utilizava nesses encontros nas localidades⁶.

Segundo o entrevistado, o trabalho pedagógico partia do princípio do “ver, julgar e agir”. Baseado nesta “metodologia dialética”, buscava-se, a partir da apresentação do contexto social considerando o horizonte cultural daquela população, despertar neles a capacidade de compreensão dos fatos sociais e, a partir disso, desenvolver estratégias de mobilização. Então, pode-se verificar que a contribuição da Igreja Católica ocorreu em diferentes níveis de atuação, que foram desde a habilidade pedagógica nas reuniões nas localidades, até a captação de recursos internacionais para a organização e manutenção do movimento social.

Figura 27: Manifestação dos atingidos pela barragem na divisa entre o Rio Grande do Sul e Santa Catarina (1999)

⁵ “As ações mobilizadoras desencadeadas pela Igreja foram no sentido de aglutinar e encorajar a população para a luta diante da construção das barragens. Embora as ações mencionadas tenham muito de pedagogia, num sentido mais formal, a Igreja participou na formação de lideranças e na conscientização da população acerca da problemática das barragens” (POSTAL 2019, informação verbal).

⁶ “Naquela época não tinha datashow e essas coisas, então eu fazia um desenho no quadro de um peixe grande, como se fosse um tubarão e na frente dele um peixinho pequeno como se fosse um lambarizinho. Então na história o tubarão queria comer o lambarizinho e daí eu desenhava um monte de peixinhos que formavam um peixão maior que o tubarão. Então isso era uma dinâmica que se fazia no sentido de mobilizar as pessoas tendo o rio como tema” (GIRELLI, 2019, informação verbal).



Fonte: MAB, (1999)

Figura 28: Mobilização dos agricultores atingidos por barragens no ano de 1999)



Fonte: MAB, (1999)

Dentro deste contexto podemos dizer que a luta das barragens a atuação do MAB na bacia do rio Uruguai, foi o grande fomentador do processo de formação de lideranças além, de poder ser considerado o berço do movimento, ou onde se desenvolveram complexos e profundos laços com outros movimentos sociais de trajetórias semelhantes, como por exemplo o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), entre outros que buscam defender o bem comum e os direitos dos trabalhadores por terra, saúde, trabalho digno, aposentadoria, educação, entre outros (CALDART, 2001).

3.8 A atuação do movimento de mulheres trabalhadoras rurais (MMTR) de Aratiba: grande aliada na luta pela saúde

A década de 1980, foi pautada pelas grandes mobilizações sociais, onde o anseio pela liberdade de expressão, com a decadência do regime militar, era a grande bandeira que motivava os diferentes grupos sociais em busca de melhores condições de vida, seja no campo, seja na cidade. No bojo das reivindicações, surgiram os diferentes movimentos marcados pelas lutas, pelas reivindicações de alguma necessidade básica ou de expressão (LIPSCH; LIMA; THAINES 2006).

Para Gohn (2011), “os movimentos sociais representam o conjunto de ações coletivas dirigidas tanto à reivindicação de melhores condições de trabalho e vida, de caráter contestatório, quanto à construção de uma nova sociabilidade humana”, o que significa, em última análise, a transformação das condições econômicas, sociais e políticas da sociedade vigente.

A formação de lideranças, que se deu através de vários espaços, como a Escola de Servidores de comunidades, encontros de jovens rurais, a formação da Pastoral da Juventude através do TAPA, e as lutas contra as barragens foram os embriões que despertaram para a discussão de gênero e da realidade da mulher trabalhadora rural.

Dentre os diversos movimentos, o MMTR surge a partir da organização da mulher trabalhadora rural nas lutas por reforma agrária, políticas agrícolas e direitos sociais, pois à mulher agricultora era negado o direito à aposentadoria, auxílio maternidade, auxílio doença e outros, que foram conquistados com a participação das mulheres nessas lutas gerais, favorecidas pelo momento político e proporcionou a organização das mesmas em torno de sua cidadania.

O Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais (MMTR) foi criado em 1983 na região Alto Uruguai, quando passou a desenvolver lutas específicas para a mulher trabalhadora rural, buscando maior espaço na sociedade, dialogando com os demais movimentos sociais populares da região. O Sindicato dos Trabalhadores Rurais, hoje SUTRAF (Sindicato Unificado dos Trabalhadores da Agricultura Familiar), foram os motivadores para o surgimento do MMTR, no município. Da luta que se travava no estado e no país, Aratiba também bebia da mesma fonte e se

juntava aos mutirões de lutas pelos direitos, tendo uma característica marcante da luta por acesso aos serviços de saúde.

Para Piran (2001), o início da organização se dá com a luta pela aposentadoria aos 55 anos, mas logo se amplia para o direito a fazer o “bloco” para a venda de produtos em seu nome, reconhecimento da profissão de agricultora, direito de se associar às cooperativas de acampamento em acampamento, de viagem em viagem, noites de vigília, protestos, passeatas, celebrações. Tudo isso, as mulheres integrantes do movimento viveram participando das lutas, para que a mulher agricultora fosse reconhecida nos direitos sociais. Hoje, são colhidos muitos frutos destas lutas, alimentados por uma fé comunitária, participativa, reivindicatória, que se percebe na clareza dos cantos que animavam a caminhada dos movimentos: “animados pela fé/ e bem certos da vitória/ vamos fincar nosso pé/e fazer a nossa história animados pela fé” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Em entrevista, uma militante do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais destaca que o início do movimento é marcado pela discussão dos problemas que as mulheres camponesas enfrentam e assumem essas lutas⁷.

Os problemas enfrentados pela mulher trabalhadora rural não ficavam restritos à desvalorização do trabalho da mulher. Na tese para a Segunda Assembleia Estadual do MMTR/RS estão colocadas as seguintes questões:

Nós mulheres sempre encontramos dificuldades de sermos reconhecidas ou valorizadas como pessoas, como seres humanos. Possuímos sentimentos, necessidades e também queremos ter direito à liberdade, ao respeito, pois temos enfrentado dificuldades de toda a ordem. Elas vão desde a nossa situação familiar e a relação com o marido e filhos; passa pela comunidade que nos vê com preconceito e, por último a sociedade, onde a ideologia pregada pela classe dominante é aceita por muitas de nós, procura impor uma situação de submissão e acomodamento, sob a ameaça de nos marginalizar moral, política e socialmente (PIRAN, 2001, p.88).

O MMTR estava organizado em dez municípios da região Alto Uruguai, de

⁷ “O MMTR surge no período em que várias organizações dos trabalhadores rurais começam a se reestruturar. Em 1983/84, com todo o trabalho das oposições sindicais de movimentos e pastorais e com a conquista de novos sindicatos, abre-se novos canais de participação da mulher no meio rural. Neste processo, as mulheres começam a discutir seus problemas concretos como: reconhecimento da profissão, sindicalização, valorização da sociedade, aposentadorias, etc. Estas reivindicações passaram a ser a porta de entrada para uma participação mais ativa e a construção de sua organização própria nos Municípios e Região. Nós, em Aratiba, lideradas por Paulina Balen, Sueli Fassiculo e Joeli Mocellin, começamos organizar as mulheres e participar efetivamente do movimento em busca dos nossos direitos” (DALAZZEN, 2019, informação verbal).

onde surgiram lideranças regionais. Segundo Seminotti (2009), entre as principais dificuldades para a organização do movimento nos municípios estava a falta de recursos financeiros para a realização das atividades, um quadro reduzido de lideranças que pudesse priorizar o movimento, a falta de apoio de alguns padres para a formação de um grupo em suas paróquias e a dificuldade em visualizar reivindicações concretas que envolvessem o conjunto das mulheres.

O MMTR apresentou, desde o início, características próprias, formado e dirigido pelas próprias mulheres. A forma de organização tinha sua base nas comunidades onde eram organizados os grupos que discutiam a situação e avaliavam os trabalhos. As líderes escolhidas nos grupos das comunidades se reuniam a nível municipal. Esta organização teve apoio fundamental de entidades afins, o que permitiu a organização regional, permitindo ampliar as discussões em torno da causa da mulher.

As lideranças de Aratiba participaram de reuniões e mobilizações - regionais, estaduais e municipais - e no processo da Constituinte (1987/88) passaram a elaborar emendas populares sobre os direitos da mulher na nova Constituição Brasileira. Neste período, inicia-se uma grande mobilização, caminhada em busca dos direitos juntamente com lideranças de outros municípios e estados rumo aos ministérios, com várias audiências nos ministérios da Saúde, do Trabalho e Previdência e Bem-Estar Social, em Brasília. Em todos os cantos surgiam mobilizações. Foram conquistados, também, espaços na sociedade e na vida pública, participando do processo das eleições, das diretorias das entidades, sindicatos e comunidades, como relata esta militante:

Em Aratiba, as mulheres participaram ativamente da conquista do Hospital Comunitário, e também no ano de 1988 foi eleita a 1ª mulher vereadora, pelo Partido dos Trabalhadores. Em 1989, a grande batalha foi por salário maternidade, que só foi regulamentado em 1994. Fizemos muitas caravanas até Brasília. Hoje todas as mulheres agricultoras são beneficiadas com os direitos que conquistamos na luta, na organização. Em 1990, desenvolvemos a luta por saúde da mulher, pois não existiam serviços organizados. Assim, elaboramos um programa de atenção às principais necessidades: exames preventivos de colo uterino e de mama, pré-natal e outros. Esta situação era discutida na CIMS e era implantado por pressão da comunidade. Desenvolvemos no Município a campanha incentivando a documentação, pois a grande maioria das mulheres não tinha documentos, como CPF, Identidade e outros. Enfim, nossa luta valeu e vale, pois as conquistas que tivemos são o resultado da nossa participação e temos certeza de que crescemos e somos reconhecidas como pessoas que tem as mesmas oportunidades na

busca e no exercício da cidadania (FASSÍCULO apud LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 53).

A luta das mulheres a fim de obterem o reconhecimento foi permeado por muita luta e resistência, principalmente pela mulher da roça, que não era reconhecida nem como trabalhadora, não tinha direito à aposentadoria, muito menos era reconhecida como liderança política. A líder Paulina Pagliari Balen foi uma mulher de muita garra e coragem, pois por muitas vezes deixou sua família para se dedicar à organização do MMTR, para viajar para centros maiores, como Porto Alegre, Curitiba, Brasília, a fim de buscar, junto à classe política, atender as reivindicações das trabalhadoras rurais frente a conquistas de direitos, como a aposentadoria da Agricultora, até então não reconhecida como tal.

Figura 29: Homenagem à líder do MMTR, sindicalista e líder da igreja católica Paulina Pagliari Balen (2005)



Fonte: Acervo pessoal (2005)

As conquistas obtidas, como o reconhecimento da mulher da roça como trabalhadora rural e a aposentadoria, foram marcos importantes para esta classe, que organizadas pelo sindicato através do MMTR, não mediram esforços para ter este direito reconhecido em lei. Hoje todas as mulheres agricultoras com 55 anos de idade recebem sua aposentadoria, o que fez uma grande diferença na qualidade de

vida, pois muitas usam deste dinheiro para sustentar a casa, para comprar objetos de uso pessoal e até fazem uso do recurso para viajar .

O direito à saúde também foi uma bandeira muito forte de luta por políticas públicas que tratassem da saúde da mulher. Uma demonstração efetiva do que o Movimento Sindical dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (MSTTR), que é capaz de promover a Marcha das Margaridas, a maior mobilização de mulheres trabalhadoras rurais do mundo, precisa ser coerente e enfrentar o desafio de renovar as práticas sindicais com igualdade de gênero, com as mesmas convicções e princípios os quais, com tanto êxito, tem defendido e pleiteado em outros espaços da sociedade e do governo, visando, numa perspectiva classista, o fortalecimento da democracia, igualdade e justiça (CONTAG ,1997).

Figura 30: Marcha das Margaridas, a maior mobilização de mulheres trabalhadoras rurais do mundo no ano de (2000)



Fonte: Assessoria de Mulheres da CONTAG (2000)

Com o desenvolvimento desse processo organizativo na região, tivemos o aumento da participação da mulher nos sindicatos, nas direções de capelas, associações de bairros, clubes esportivos, conselhos e o envolvimento na política

partidária. Novas condições ampliaram a participação das mulheres no meio rural, proporcionando mudanças ou questionamentos quanto às tradições deste meio. Diversos movimentos e redes de mulheres deixaram marcados sua participação em todo o processo de construção e realização da luta pela aposentadoria e ao direito à saúde pública.

Aqui a pesquisadora faz uma referência à sua mãe, Paulina Pagliari Balen, que marcou história como uma mulher além do seu tempo, uma liderança comunitária, religiosa, sindical e política no município de Aratiba e na região do Alto Uruguai entre as décadas de 1970 e 1990. Agricultora familiar, nascida em 27 de dezembro de 1947, foi brutalmente assassinada em 1996 pela sua liderança na luta em favor de justiça social, das bandeiras como aposentadoria para as mulheres, pela sua militância junto às entidades. Paulina casou-se com Zelindo Balen e teve quatro filhos, Mauro (*in memórian*), Marcia, Silvio e Simone, e seis netos. Sobre a sua atuação e história de vida, podemos destacar:

- forte atuação na Igreja Católica, por meio da militância na liturgia dominical e catequese e no trabalho cotidiano junto à comunidade;
- participação ativa na fundação e atuação do Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais de Aratiba e do Alto Uruguai, lutando pelos direitos da mulher, especialmente aposentadoria rural;
- atuação junto ao Sindicato local, lutando pela saúde e ajudando na articulação e compra do Hospital Comunitário de Aratiba;
- atuação na fundação do Partido dos Trabalhadores em Aratiba, sendo a primeira candidata mulher no município. Fez 136 votos em 1988, fazendo campanha a pé, enfrentando o preconceito por ser mulher e a guerra ideológica, na época, contra o PT;
- aos 39 anos perdeu seu filho Mauro José com apenas 16 anos de idade, um golpe violento, para quem sempre fez o bem à comunidade. Mesmo assim não desanimou;
- em 08 de outubro 1996, sua vida foi brutalmente interrompida por um assassinato até hoje não esclarecido.

3.9A reforma sanitária e os movimentos sociais foram protagonistas na criação e desenvolvimento do sistema único de saúde no Brasil

No fim da década de 1960 e início da década de 1970, surge o movimento social intitulado Reforma Sanitária, constituído, basicamente, de profissionais ligados à saúde indignados com a situação da mesma, tendo como eixo fundamental a luta contra a ditadura. Esses profissionais valorizavam a medicina tradicional e programas como medicina comunitária e de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não profissional, conforme destaca Souza Junior (2016). Neste período, o autor relata que, em paralelo a este movimento, adquire importância o Movimento Popular da Saúde, o qual era traduzido como um conjunto de lutas dentro da saúde, onde se buscava a melhoria de vida da população e, por conseguinte, direito a serviços de saúde universalmente acessíveis e gratuitos.

De acordo com Lacaz (1994 *apud* SOUZA JUNIOR, 2016), através desta articulação, passou-se a reivindicar a melhoria da organização nos locais de trabalho, visando à defesa da saúde nos ambientes/locais de trabalho. Nesse contexto, sindicatos das diversas categorias profissionais da saúde, principalmente médicos, acadêmicos e cientistas, debatiam em seminários e congressos as epidemias, endemias e a degradação da qualidade de vida do povo.

Um movimento pela transformação do setor saúde fundiu-se com outros movimentos sociais e tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais percebidos como dimensões imanentes à democracia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005), como foi caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976, cuja missão é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos.

Dentro deste contexto, os autores Calderón e Jelin (1987) enfatizam que nos anos 1970 e 1980, se processou uma transformação nos atores coletivos, uma perda dos horizontes totalizantes e uma segmentação das práticas coletivas. O que se pode observar, inegavelmente, é que outras organizações diferentes dos sindicatos e partidos passaram a compor o cenário dos movimentos sociais.

A Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata (localizada no atual Cazaquistão), em 1978, foi o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade

dos serviços médicos às grandes massas populacionais (NASCIMENTO, 2018). Nessa conferência, ficou evidente o enfoque aos cuidados na atenção primária para todos, aumento do acesso, participação da comunidade através dos movimentos sociais que buscavam exercer sua cidadania.

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara de Deputados, o CEBES apresentou uma proposta de reorganização do sistema de saúde (que já na época chamava-se Sistema Nacional de Saúde). Junto com outras organizações, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), sindicatos de trabalhadores rurais, movimentos das mulheres, movimentos pela saúde, movimento das barragens, entre outros, apresentavam novas características. Dentre elas, pode-se assinalar o fato de os novos movimentos trazerem como foco principal a necessidade de buscar e conquistar o direito da saúde universal e gratuita para todos.

Enquanto isso, segundo Ceccim e Ferla (2008), no interior da academia, o Movimento Sanitário cresceu por entre os docentes da área da Saúde Pública, Preventiva e Social, cuja produção científica informava sobre os processos capazes de condicionar (ou determinar) estados de saúde e adoecimento, as repercussões sociais do atendimento ou da desassistência em saúde e a satisfação ou insatisfação dos cidadãos com os padrões assistenciais e preventivos disponíveis.

Além disso, essa área de conhecimento realizava a análise e estabelecia interpretações científicas sobre os padrões de financiamento e geração de lucro sobre a vida e a saúde. Como destacam Cecim e Ferla (2008), estudar saúde e sociedade era o modo de entender os padrões de saúde do país e, assim, detectar a existência de um perfil de classe social na distribuição dos adoecimentos e mortes, bem como contribuir para a conquista de maior correspondência entre projetos terapêuticos e história cultural dos grupos e classes sociais (o cuidador profissional deveria aprender a ser capaz de respeitar as individualidades daqueles que demandam cuidados).

Os estudos em saúde precisavam corresponder, então, não apenas aos padrões populacionais da saúde e da doença ou aos comportamentos populacionais do processo saúde-doença (saúde pública com recursos da epidemiologia e da planificação em saúde), mas ao conhecimento sobre as coletividades humanas, seus processos interativos e características de pertencimento (saúde e sociedade).

No ano de 1981 surge o Movimento Popular de Saúde (MOPS), durante a realização do III ENEMEC, em Goiânia. Essa época foi marcada pelas ambiguidades contidas nas ações reivindicativas e pelo avanço da abertura política em tempos de democratização, que tornava o Estado mais permeável ao processamento das demandas sociais, aguçando a face integrativa deste tipo de movimento social. Disseminado pelas inúmeras “entidades” populares, sem demora o MOPS começou a ser tomado como se fosse um sujeito com vida própria, segundo sua história relatada em seu site, como destaca Souza Junior (2016).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo presidente foi Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Seu lema foi traduzido na expressão “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” (BRASIL, 1986, p.118). Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do “movimento pela democratização da saúde em toda sua história” (SOUZA JUNIOR, 2016, p. 98).

Dentro deste contexto, podemos observar que a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 17 e 21 de março de 1986, em Brasília (DF), com a presença de mais de 4.500 pessoas, dentre as quais mil delegados(as) (OLIVEIRA, 2006). Já na 3ª CNS ocorrida em 1963, dez anos após a criação do Ministério da Saúde, era apresentada a proposta inicial de descentralização e a municipalização na área de saúde, na discussão sobre a saúde pública no Brasil.

Para Oliveira (2006), a conferência representou inegavelmente um marco, pois introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde. Para ela, os debates saíram dos seus fóruns específicos (como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Medicina Preventiva, Saúde Pública), e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento.

Assim, na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência. Enquanto se aprofundavam as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a

constituição do Sistema Único de Saúde, em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária (NORONHA; PEREIRA; VIACAVAL, 2005).

Cabe lembrar que, antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia segurados do INAMPS e seus dependentes, não tendo caráter universal (SOUZA JUNIOR, 2016).

A Constituição Federal de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”, se tornou um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a conclusão do processo constituinte.

Figura 31: Logo do SUS



Fonte: Google imagens

Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais, e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta

a democratização do acesso, a universalização das ações, a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações, a democratização das informações (PAIM, 2008).

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O SUS, integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL, 1990).

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob a gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo [...] atual texto constitucional brasileiro estabelece em seu artigo 196, Seção II que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (C.F. 1988/90). Em 19 de setembro de 1990 é sancionada a Lei n. 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes [...] Essa lei regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privadas. Suas ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS. São desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo ainda a princípios organizativos e doutrinários, tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência [...]. (OLIVEIRA, 2006, não paginado).

Ainda dentro deste contexto, podemos citar a Lei do SUS nº. 8.080/90, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde e tem como prioridade as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais; equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; participação da comunidade; regionalização e hierarquização.

Por sua vez, a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de

Saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 1990), transparência no uso de recursos financeiros.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como algo que envolve o mais completo estado de bem-estar social do indivíduo, considerando para tanto os aspectos sociais que se caracterizam pela habitação, pela renda, pela educação, pelo transporte, dentre outros. Neste contexto, o SUS foi instituído como categoria de direito universal concebido ao trabalhador e a toda população [...] O SUS pode ser definido como um sistema que visa à prestação de serviços de saúde a toda população do Brasil, regulamentado, controlado e fiscalizado no que se refere à execução de suas ações pelo Estado, que tem como principal objetivo o bem comum. Seus princípios são universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (BRASIL, 2003 *apud* OLIVEIRA, 2006, não paginado).

3.10 Regionalização, uma das diretrizes que fundamenta o SUS, surge como uma das formas de organização para viabilizar a assistência à saúde

Nos primeiros anos de implantação do Sistema Único de Saúde, os recursos financeiros eram centralizados em Brasília e repassados aos municípios pelo Ministério da Saúde. Com o advento da municipalização da saúde, os gestores passaram a se preocupar cada vez mais com o financiamento e uma nova proposta passou a ser implementada de forma regionalizada e organizada por regiões de saúde. Assim, a regionalização da saúde passa assumir um papel fundamental na consolidação do maior sistema público de saúde do mundo.

Durante os anos 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi ampliado no território nacional, progressivamente tornando-se presente em todos os municípios, que passaram a contar com gestão e serviços de saúde de base municipal, bem como com a participação social de diferentes atores por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, impondo, dessa forma, novos desafios aos gestores das três esferas do governo, como relata Guimarães (2005).

A partir dos anos 2000, com este novo modelo de reorientação na organização de atenção à saúde, passa também a vigorar a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2002, a qual tinha como objetivo avançar o processo de descentralização e organização do SUS, ampliar “as responsabilidades do município na atenção básica”, e estabelecer “o processo de regionalização como

estratégia de hierarquização dos serviços de saúde”, bem como assumir a responsabilidade pela integração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) à gestão do SUS. O PDR, por sua vez, tinha como objetivo apresentar o mapa da regionalização da assistência à saúde num determinado território, bem como identificar as necessidades de investimentos, pois, desta forma, ambos se configuram como instrumentos para construir a regionalização da saúde (GUIMARAES, 2012).

É possível identificar que nesta NOAS, a concepção de regionalização está localizada na organização territorial, na estruturação de um sistema funcional de saúde a partir do ordenamento das ações e serviços assistenciais de forma hierarquizada para garantir o acesso da população, considerando suas necessidades de saúde. Sendo assim, a região de saúde é a

[...] base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras (BRASIL, 2002, não paginado).

Para Guimarães (2012), a regionalização impõe que os gestores dialoguem para a construção de condições de acesso a serviços de saúde, tendo em vista garantir a integralidade, universalidade e equidade, ou seja, fazer com que os princípios que fundam o SUS sejam efetivados na prática cotidiana. Dessa forma, com vistas a garantir a produção de redes de atenção à saúde e a melhoria da qualidade do acesso às ações e serviços, percebe-se que o diálogo, a construção e a pactuação de compromissos e responsabilidades compartilhadas entre os gestores são alguns dos dispositivos essenciais no território da região de saúde. Para Paim (2009, p. 49), a regionalização é:

[...] a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

A discussão sobre a regionalização não pode estar dissociada da construção das redes de atenção à saúde. Essa questão é importante, pois:

As redes de saúde dão ênfase ao entorno funcional. O conceito de redes de saúde ou, de forma mais abrangente, de redes de produção de saúde, procura dar conta desta coprodução tensa entre a rede assistencial (com suas normas próprias – necessárias) e o território. Contudo, o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial altera o espaço vivido. (RIGHI, 2010 *apud* DELBONI et al., 2017, não paginado).

O maior desafio que se coloca diz respeito à superação da visão fragmentada, sendo que o modo de efetivar essa mudança é reunindo esforços, no sentido de construir compromissos coletivos entre os gestores sobre a realidade sanitária da região de saúde. Para isso, se faz necessário ultrapassar a visão dos gestores municipais que, de maneira geral, está focalizada no território do município. Com isso, busca-se a ampliação do campo de visão, para que os municípios se entendam enquanto conjunto, promovendo a cooperação e a solução dos problemas que não são dificuldades individuais, mas coletivas.

O SUS, conforme relata Guimarães (2012), apesar de suas limitações, foi um grande avanço para o povo, pois aprofundou a política de descentralização da saúde, principalmente na parte do orçamento, permitindo maior autonomia dos Estados. Isto só foi possível, graças a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) , sancionada em 1990, que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este sistema nasceu com princípios e diretrizes a serem seguidos, entre eles a universalização; equidade; integralidade, que, entre outros, consagram sua forma de operacionalização, de cunho organizacional (regionalização e hierarquização; descentralização e comando único; participação popular), formatos previstos nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, como destaca Souza Junior (2016).

Previstos em lei, os debates acerca das questões importantes da saúde são realizados em fóruns, congressos e nas conferências nacionais de saúde, o que, sem dúvida, são processos extremamente importantes para a democratização da saúde no Brasil, devendo ser realizadas a cada quatro anos, com paridade entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Sua convocação poderá ser pleiteada pelo governo ou pelo Conselho de Saúde e deverá ser

precedida nos Estados e nos Municípios.

Estes Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas e têm função deliberativa, em relação à fiscalização e formulação de estratégias da aplicação de recursos na área de saúde. Tendo como membros os representantes de usuários do SUS, prestadores de serviços e gestores da saúde.

Embasados nesta premissa e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão em Saúde (GTPMA), conduziu um processo de trabalho que agrega todos os departamentos das secretarias de Estado da Saúde (SES) e representantes das regionais de saúde. Assim, o coletivo constrói e executa metodologias que participam na indução do planejamento regional, com a consequente organização das regiões de saúde (GUIMARAES, 2012).

Esse processo foi provocado a partir da problematização da configuração de regionalização da saúde no Estado, ou seja, a partir de discussões e provocações norteadas pela legislação do SUS e que tiveram como escopo a realidade da rede de atenção à saúde no Estado. Pode-se dizer que foi um processo de construção bastante rico, por envolver a comunidade.

Discutir o sistema de saúde de maneira regionalizada é uma maneira de provocar a construção do planejamento regional e de reforçar a necessidade de participação de diferentes atores na construção de um modelo de governança que valorize a dimensão do coletivo na construção do SUS (GUIMARAES, 2012).

A partir do território administrativo, o GTPMA, realizou o diagnóstico da rede de assistência à saúde, considerando a capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços e perfil de morbimortalidade, para que posteriormente fossem recortadas microrregiões e desenhadas as macrorregiões de saúde. Esse é um destaque importante, pois dá a medida do enfrentamento das equipes e dos gestores para as mudanças pretendidas pelo desenho que se construiu a partir das discussões fomentadas em nível nacional, com a introdução do Decreto n. 7.508/2011 (GUIMARAES, 2012).

Desse modo, é importante discutir a experiência produzida no Rio Grande do Sul com relação ao processo de regionalização, tendo em vista fortalecer esse princípio estratégico do sistema de saúde brasileiro, permitindo avançar o conhecimento sobre essa característica importante da gestão estadual.

Neste ponto é importante salientar que também para a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), o menor nível de complexidade é o módulo assistencial, seguido pela microrregião e macrorregião de saúde e as regiões de saúde. Estas são discutidas através da divisão do espaço a partir de grupos de procedimentos, contribuindo para a fragmentação da assistência à saúde no SUS. O espaço, assim, passa a ser esquadrinhado tomando como base a assistência à saúde, o que vai contribuir para o direcionamento do olhar do gestor estadual para a média e a alta complexidade, em detrimento da atenção básica, que desde a NOB 96 é de responsabilidade dos municípios (GUIMARAES, 2012).

3.11 O processo de regionalização da saúde no Rio Grande do Sul

O processo de redesenho das regiões de saúde no Estado do Rio Grande do Sul enfrentou uma organização de regiões administrativas da SES-RS, que foi elaborada na década de 1970, e que tinha sofrido poucas mudanças nos últimos 30 anos. A pesquisa documental realizada por Guimarães (2012), mostra que se encontrou no Rio Grande do Sul relatos de que em 1935 foi criada a Secretaria de Estado dos Negócios da Educação e Saúde Pública, através do Decreto 5.969 do mesmo ano. Em 1958, foi instituída a Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, separada da educação (Lei 3.602/1958), e, em 1964, foi criado o Departamento dos Serviços Regionais (Decreto 16.773/1964) na Secretaria, com gabinete e Delegacias Regionais. As regiões administrativas foram estruturadas com o objetivo de gerenciar o sistema de saúde em nível regional.

O desafio de efetivar o SUS no Rio Grande do Sul, cumprindo a legislação conquistada pela população organizada principalmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, orienta a gestão da SES/RS, que elegeu cinco eixos prioritários: descentralização da gestão, regionalização da atenção, integralidade da atenção, fortalecimento das instâncias de participação e controle social e formação em saúde pública para o SUS.

A descentralização da gestão e a regionalização da atenção à saúde têm como objetivo garantir a atenção necessária à saúde, com a qualidade suficiente em cada pedaço do Rio Grande do Sul. Vêm significando a opção pela criação e pelo fortalecimento das instâncias de pactuação entre os gestores, não somente no

âmbito do Estado, como, também, das microrregiões, regiões e macrorregiões. Vêm significando, ainda, a inversão da cultura vertical de planejamento, de acompanhamento e de organização da atenção à saúde no Estado, mobilizando esforços para a mudança da estrutura técnica e operacional existente, sua qualificação e a emergência de um novo modo de funcionamento, que é o próprio SUS.

A integralidade da atenção à saúde, conforme determinação constitucional, visa a superar o modelo médico-centrado e procedimento-centrado, com a integração entre as diversas áreas técnicas e a proposição de ações intersetoriais que visem a redução do risco de doenças e outros agravos, a promoção da qualidade de vida e o atendimento às reais necessidades e problemas de saúde das pessoas, reduzindo a morbi-mortalidade, prolongando a expectativa de vida e construindo novos patamares de saúde coletiva.

A formação em saúde pública para o SUS visa a geração de uma cultura de educação contínua, orientada pelas realidades municipais, locais, regionais, estadual e nacional de construção do sistema de saúde previsto constitucionalmente. Essa cultura, e as ações decorrentes desse eixo, devem ser acessíveis aos municípios, viabilizando a integração ensino-serviço e um diálogo entre a Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) com o conjunto dos órgãos formadores, visando a formação de profissionais de saúde no Estado e ampliando o acesso ao conhecimento e às informações em saúde aos vários segmentos populacionais.

Segundo o Plano de Regionalização da Saúde (PDR, 2002), implementação, efetivação e fortalecimento das instâncias de controle social e de participação da população constituem-se em um eixo prioritário da SES/RS, em respeito às prerrogativas legais dessas instâncias, com a qualificação dos fluxos, o aperfeiçoamento da definição de especificidades e interfaces, o incremento de atividades de capacitação de conselheiros, e o estímulo à regionalização dos fóruns de controle.

Principalmente, no entendimento do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, a ampla e democrática participação dos cidadãos na gestão do Estado, mais que o cumprimento do que está na legislação, significa, concretamente, a condição para a inversão de prioridades e o aumento da eficácia das políticas de interesse da

maioria da população. A transparência no funcionamento do poder público é um largo passo em direção à democracia plena.

O objetivo do Governo do Estado nos anos 2000 era de desprivatizar o Estado, para que servisse aos interesses da maioria da população. Dessa forma, a opção de governo por eleger projetos estruturantes que priorizassem esse aspecto, como o Orçamento Participativo, a Constituinte Escolar e a Municipalização Solidária da Saúde, para citar apenas três exemplos, representou um novo modo de governar. No caso da saúde, o Governo buscou garantir e fortalecer a participação e o controle social, com poder deliberativo, como forma de possibilitar a implementação do SUS. Plano (Diretor de Regionalização da Saúde 2002)

Dentro deste contexto, podemos dizer que com a universalização e descentralização da saúde, a partir das mudanças introduzidas pela Constituição Federal de 1988, rompe-se a tradição histórica de políticas sociais centralizadas, cabendo ao nível central de governo a definição das prioridades e da execução dos serviços de saúde pelos estados e municípios. Essa nova forma de atuação, com a criação de um novo sistema de saúde, mudou a história do sistema de gestão da saúde pública no Brasil. O SUS foi construído com base no princípio fundamental da universalização, expresso na saúde como direito de todos os brasileiros, a ser provida como dever de Estado, uma luta da reforma sanitária brasileira, incorporada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016a).

O princípio da universalização caracteriza-se pela oferta a todos os cidadãos, ações e serviços na área da saúde, ou seja, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS e o acesso universal não pode ser restringido. A descentralização em saúde no Brasil, política e administrativamente, abrangeu não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros (PREUSS, 2011).

A regionalização da saúde teve início em 2001, onde começou um longo processo de discussões e problematizações com vistas a atualizar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) no Estado. Esse processo, por sua complexidade, se estendeu por 12 anos e foi desenvolvido nos GTs de Planejamento, Monitoramento e Avaliação regionais que estão espalhados por todo o território gaúcho (GUIMARAES, 2012).

Ainda segundo o autor, a realização deste trabalho, por sua densidade, exigiu vários encontros, todos registrados em atas ou relatórios para futuras pesquisas e consultas e sempre garantiu a participação de todos os GTs regionais. Dessa forma, buscou-se romper com as formas tradicionais que pautaram a organização da política de Saúde brasileira e, principalmente, de planejar em saúde.

Dentro deste pensamento, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) estruturou seu PDR à luz da NOAS 2002. Através da RESOLUÇÃO N° 555/12 – CIB/RS (Comissão Intergestores Bipartite/RS), alterou a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e instituiu as Comissões Intergestores Regionais – CIR, que, conforme a legislação, pactuam a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde na sua região. Define-se “Região de Saúde” como território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitada a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Em seu Art. 2º, foram aprovadas a criação de 30 (trinta) Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, cada qual com uma Comissão Intergestores Regional – CIR. Cada Região de Saúde é identificada com a denominação que foi definida pela Comissão Intergestores Regional, que se reúnem mensalmente ou conforme a necessidade da Regional. Após as discussões, as demandas são encaminhadas às Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos estados, que são vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

Esse processo todo exigiu que gestores municipais e estaduais se debruçassem sobre a regionalização, buscando aprimorar as ferramentas de gestão, especialmente aquelas relacionadas à gestão colegiada/compartilhada, a fim de alcançar novas formas de administrar e arcar com as demandas que surgiram frente às mudanças impostas pelo novo paradigma.

Criavam-se então alternativas de organização do sistema de saúde para a população e novas estratégias para atender às suas necessidades, sendo fundamental a composição de práticas de gestão cooperativas e os então chamados consórcios de saúde entre os municípios.

A construção do SUS, desde o movimento da Reforma Sanitária, vem superando e enfrentando ainda muitos obstáculos de cunho técnico, principalmente a superação de alguns conceitos, já arraigados, de um sistema de saúde centrado na doença e não no indivíduo. Observa-se na organização do Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de Saúde, que as políticas de saúde ainda são trabalhadas de modo fragmentado, mantendo uma separação entre a gestão, atenção, vigilância, e, ainda, subdividindo em tantas outras áreas técnicas.

Não bastasse esta política de saúde com ações fragmentadas, o Brasil também vem enfrentando no presente período (2019), obstáculos de cunho político, através do avanço de política de desmontes e redução das garantias de direitos previstos na Constituição de 1988. Frente a essa questão, observa-se que o movimento social deveria retomar seus espaços, uma vez que a presença do controle social é de relevância, e, dessa forma, poder garantir as políticas e ações de saúde, processos mais democráticos e participativos.

Dentro deste contexto, fazendo uma abordagem da região Alto Uruguai e correlacionando ao tema da regionalização da saúde, podemos perceber que este processo está bem organizado e equacionado no que diz respeito à rede de assistência médico hospitalar, onde há um grande hospital público, denominado de Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, localizado na cidade polo, referência para os 33 municípios na média e alta complexidade, tendo como retaguarda uma rede de hospitais microrregionais, entre eles a ACHA – Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba – RS.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta a metodologia empregada na pesquisa, com os caminhos percorridos para o desenvolvimento da mesma. Para a elaboração da pesquisa e com vistas a responder os objetivos do estudo, optou-se por uma pesquisa qualitativa. A pesquisa caracteriza-se como sendo um conjunto de processos sistemáticos, empíricos e críticos aplicados no estudo de determinado fenômeno (SAMPLERI, 2013).

Esta define-se como sendo um processo racional e sistemático, com vistas, a proporcionar respostas aos problemas propostos. A mesma é requerida quando não se dispõe de informações suficientes para responder a determinado problema, ou ainda quando a informação disponível não pode ser associada a determinado problema, devido ao seu estado de desordem (GIL, 2010).

Segundo Flick (2009, p.20), a pesquisa qualitativa tem particular relevância “ao estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida”. A abordagem qualitativa permite olhar com atenção especial a narrativas limitadas “em termos locais, temporais e situacionais” (FLICK, 2009, p.21). Ou seja, é uma abordagem que permite tratar de forma mais abrangente as minúcias e particularidades de um mesmo fenômeno qualitativamente, explorados a partir da perspectiva dos participantes envolvidos (SAMPIERI, 2013).

O processo investigativo propõe o equilíbrio entre as condições subjetivas e objetivas, apresentando o movimento contraditório de constituição dos fenômenos sociais, contextualizados e interconectados à luz da totalidade e da articulação entre dados qualitativos, forma e conteúdo, razão e sensibilidade (PRATES, 2003).

4.1 Problema de Pesquisa, Ações e Técnicas Empregadas

O primeiro pressuposto para a realização da pesquisa foi o surgimento de um questionamento iniciado a partir do legado de luta social deixado pela mãe da mestrande Paulina Balen, bem como o percurso de sua trajetória e cotidiano profissional, imbricado com o movimento social a respeito do qual, foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: Problematizando o conhecimento apropriado pelos jovens e pela comunidade, que hoje usufruem dos muitos benefícios e das conquistas obtidas a partir da organização dos trabalhadores rurais nos anos 80, que culminou na compra de um hospital comunitário, hoje referência em saúde gratuita pelo SUS.

A seguir, apresentamos as principais ações e técnicas de pesquisa empregadas para respondermos ao nosso problema de pesquisa. São elas: a entrevista, a observação participante e análise de documentos. Para analisar os dados coletados, faremos uso da análise de conteúdo.

4.2 Fase de coleta de dados: entrevista, observação participante e análise de documentos

Com base no que foi exposto, este trabalho pode ser considerado uma pesquisa qualitativa, como dissemos anteriormente. De acordo com Minayo (1994, p. 22):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Acreditamos que ao buscarmos compreender a relevância de um hospital comunitário, resultado da luta popular, para uma comunidade em particular, estamos respondendo sobre um fenômeno singular e trabalhando com um universo de significados distintos para um grupo específico de pessoas.

Assim, lançamos mão de algumas técnicas de pesquisa coerentes com essa abordagem para entendermos os sujeitos da comunidade que nos propomos a estudar. Para tanto, a entrevista foi o principal procedimento metodológico adotado para sua realização. Minayo (2012) caracteriza a entrevista como forma privilegiada de interação social, sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade.

Além disso, é uma técnica dinâmica e flexível, empregada tanto para captar uma realidade e ser capaz de descrever processos complexos onde estes sujeitos estão incluídos, como para tratar questões íntimas dos mesmos. Como ressalta Duarte (2012, p.64), é realizada a partir de “quadro conceitual previamente caracterizado, que guarda similaridade, mas também diferenças”, dando liberdade ao entrevistador para indagar sobre questões que não estavam previstas no planejamento, mas que surgem do contato subjetivo com os sujeitos, quando estes expõem sua complexidade.

Assim, para termos parâmetros de comparação entre as narrativas dos entrevistados, optamos por uma entrevista semiaberta, com um roteiro de questões semiestruturadas (disponíveis no Apêndice A desta dissertação). A entrevista semiaberta segue um protocolo para a formulação das perguntas e é composta de

perguntas principais complementadas por questões norteadoras, que contribuirão na condução das circunstâncias no momento da entrevista e no seu posterior registro (SAMPIERI, 2013).

Dessa forma, conseguimos criar, a partir de uma estrutura, um parâmetro de comparação de respostas e articulação de resultados a partir de múltiplos informantes, mas sem restringir a pesquisa, ou seja, dando espaço para que os sujeitos possam ir além do que foi questionado, para o aprofundamento das questões. Acredita-se que, com isso, é criado um vínculo maior entre o pesquisador e o pesquisado.

Neste trabalho, foram realizadas pelo menos duas entrevistas com sujeitos diferentes de cada um dos grupos e o grupo de entrevistados foi composto por diferentes categorias: “Líderes dos movimentos sociais que fizeram parte do processo de luta pela saúde no município de Aratiba”; “Membros do Conselho Municipal e Estadual da Saúde”; “Profissionais da época e de hoje que atuam no hospital”; “Gestores (secretários de saúde e prefeitos da época e de hoje, os membros da Secretaria da Saúde)”; “Usuários pacientes que receberam o atendimento e tiveram seus problemas de saúde solucionados”; “Jovens que fazem parte do movimento social hoje”;

Tendo em vista que a história de vida da mestranda está intimamente ligada à da comunidade que se propôs a estudar, foi utilizada a técnica de pesquisa qualitativa por meio das entrevistas semiaberta. Como define Angrosino (2009, p.56), “a observação é o ato de perceber as atividades e os inter-relacionamentos das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador”. Assim, para reconstruir não só a história retratada na pesquisa, mas a atualidade da comunidade estudada, foi utilizada a observação participante.

Ainda para Denzin (1989, p.157-158):

A observação participante será definida como como uma estratégia de campo que combina, simultaneamente, a análise de documentos, a entrevista de respondentes e informantes, a participação e a observação diretas e a introspecção.

Comumente empregada em abordagens etnográficas, também é indicada para pesquisadores que estão lidando com contextos específicos, eventos mais longos e complexos e fatores demográficos singulares, como explica Angrosino

(2009, p.77). Assim, a observação participante permite que a inserção do pesquisador no ambiente a ser pesquisado e a sua interação com a situação investigada também seja significativa, pois, como salienta Triviños (1990), muitas informações sobre a vida dessas comunidades específicas não podem ser quantificadas, necessitando uma interpretação mais ampla, que é complexa ao olhar do pesquisador.

O primeiro passo para uma observação é a inserção na comunidade a ser observada. Dada a história de vida da pesquisadora e o conhecimento prévio da comunidade a ser estudada, essa abertura se tornou ainda mais possível. Por isso, todos os dados observados no campo foram retratados sistematicamente em um diário de campo, instrumento de pesquisa em que o pesquisador pode registrar múltiplos dados observados no campo, além da sua subjetividade a partir deste contato (ANGROSINO, 2009).

Por último, a análise de documentos foi outra técnica de pesquisa empregada. Entre o *corpus* analisado estão as atas das reuniões da ACHA, recortes de jornais e informativos da época até os dias atuais. Cabe destacar que outros documentos identificados a partir da coleta de dados como pertinentes ao alcance dos objetivos desta pesquisa também acabaram sendo incorporados ao *corpus*. Como salienta Flick (2009, p.232), os documentos devem ser vistos como “meios de comunicação” produzidos por alguém, ou instituição, visando algum objetivo e tipo de uso, que necessitam contextualização: quais suas características, o que retratam, em que condições foram produzidos.

Tais dados foram registrados de forma escrita como “notas copiosas” (YIN, 2016, p. 4548) com ênfase da captura das palavras, frases e fotos exatas no material escrito. Foram utilizadas aspas para distinguir palavras/frases e paráfrases, com vistas a citar as fontes apropriadamente (YIN, 2016). Essas notas são as mais completas possíveis, constituindo-se das informações que se deseja coletar, assim como dos detalhes necessários para citá-las formalmente, por exemplo, as datas específicas dos registros e a categoria profissional autora dos registros (YIN, 2016). Assim, ao considerarmos os contextos de produção, esses documentos representam um acréscimo valioso aos outros dados qualitativos da pesquisa.

4.3 Análise dos dados

A análise de conteúdo foi adotada como procedimento analítico dos dados. Para tanto, utilizaremos os procedimentos preconizados por Bardin (1977), que inclui a pré-análise, a descrição analítica dos dados e a interpretação inferencial e caracteriza-se como um conjunto de instrumentos metodológicos com vistas à interpretação controlada, baseada na inferência. Esse conjunto de técnicas de análise visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos, indicadores quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção de mensagens (BARDIN, 1977).

É importante salientar que, como destaca Krippendorff (1990) a adoção da análise de conteúdo requer a consideração dos seguintes marcos de referência:

1) os dados tais como se apresentam, ou seja, é preciso deixar claro como foram definidos e de onde foram extraídos;

2) o contexto dos dados, explicar a conjuntura de onde e em que tempo foram coletados;

3) o conhecimento do pesquisador, ou seja, sendo o texto científico também um discurso é necessário explicitar os pressupostos do pesquisador e sua relação com os dados e seu contexto;

4) o objetivo da análise de conteúdo, tendo o cuidado de enunciar com clareza a finalidade das inferências;

5) a inferência como tarefa intelectual básica, lembrando que mais do que apresentar dados é necessário relacioná-los com aspectos de seu contexto;

6) a validade como critério de sucesso, deixar claro todo o processo e os critérios utilizados para que a pesquisa possa ser compreendida e validada pelos pares.

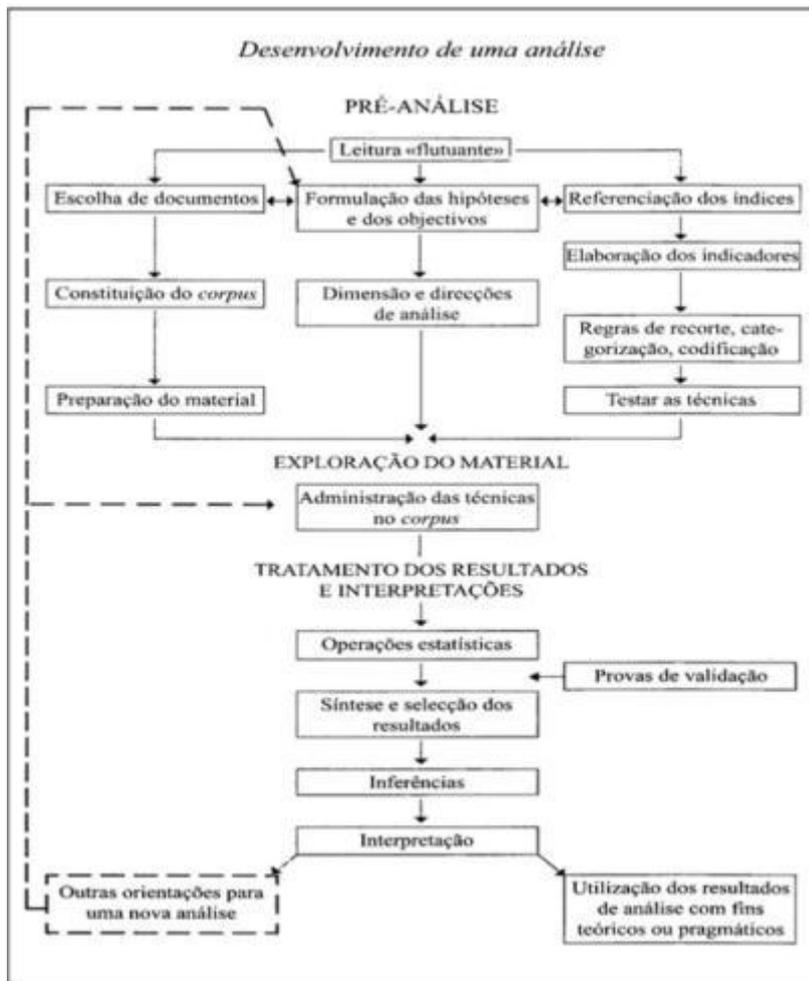
Para aplicação da análise de conteúdo, as entrevistas foram gravadas e transcritas para possibilitar a leitura de maneira cuidadosa. Em seguida, os dados foram agrupados em temas e depois analisados conforme preconizado por Bardin (1977). Como é possível ver na figura 31, a técnica de análise de conteúdo presume três momentos:

1) a pré-análise, em que retoma as hipóteses, os objetivos e as questões norteadoras do estudo tendo como base o material coletado nas entrevistas com os sujeitos e nos documentos coletados;

2) a exploração do material e o tratamento dos resultados, que consiste na leitura dos dados coletados na tentativa de iniciar a compreensão sobre os relatos dos sujeitos, nela realizam-se recortes das entrevistas e se agregam os dados em categorias estabelecidas; e, por fim,

3) a inferência e interpretação, momento em que as informações coletadas a partir de leituras serão interpretadas, e são estabelecidas as relações entre o referencial teórico do estudo e os resultados obtidos, com o objetivo de tentar responder aos objetivos.

Figura 32 Passos para o desenvolvimento da Análise de Conteúdo



Fonte: Bardin, (1977)

4.4 Aspectos éticos

Aos participantes foi garantido o anonimato, o sigilo e o respeito à

privacidade. Além disso, foi assegurado o direito de declinar a participação quando desejassem. A autora, que se compromete a ser honesta em seus resultados, assinou um termo de compromisso (Apêndice B). Aos participantes foi entregue um termo de esclarecimento com informações de como será sua participação na pesquisa, bem como o comprometimento ético, para que possa ser realizada da melhor maneira possível (Apêndice C). A realização do projeto também foi autorizada pelo Hospital (Anexo A) e pelo Conselho de Saúde do município de Aratiba (Anexo B).

Esta dissertação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com parecer número 3.707.949, CAAE 21700619.8.0000.5334.

Foram considerados participantes da pesquisa apenas aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, artigo 1º, que dispõe “sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos ainda que mínimos, porém maiores do que os existentes na vida cotidiana”. Por este motivo a pesquisa teve um risco mínimo de danos aos participantes, tendo em vista a possibilidade de quebra da confiabilidade a que está sujeita toda pesquisa científica, os participantes terão seus direitos devidamente preservados.

Por fim, será feita uma devolução da pesquisa para todos os envolvidos a Instituição de saúde no caso o Hospital Comunitário, o movimento social de Aratiba e os participantes da pesquisa, através da apresentação de um documentário e da publicação de um livro, a fim de socializar o conhecimento aqui descrito e o importante resgate de história.

4.5 Desenvolvimento da pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi realizada através de questões semiestruturadas gravadas em vídeo e após transcritas. Para melhor compreender o caminho percorrido nesse estudo, o tópico está dividido em três momentos:

- **Primeiro momento:** visitas aos entrevistados para estabelecer um vínculo e apresentar a pesquisa;
- **Segundo momento:** aplicação dos questionários buscando conhecer a relação deste com a história e conhecimento que detinha sobre esse processo de saúde;
- **Terceiro momento:** transcrição e discussão para refletir também sobre os conteúdos riquíssimos de história e desafios vivenciados pelos participantes e o orgulho descrito por estes em sentirem-se protagonistas desta história de luta pela saúde, que é um sucesso até os dias atuais. Também perceber a falta de conhecimento que os mais jovens apresentaram sobre a fundação do hospital, mas a compreensão e as ideias de resgate e registro dessa história, inclusive com sugestões de documentário e uma linha do tempo na área física do hospital, a fim de que não se perca o conteúdo coletado.

4.6 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos de pesquisa, 46 participantes, foram divididos em seis grupos e estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Grupos de entrevistados distribuídos por tipo de categoria, número de participantes, Aratiba, 2019.

| Código | Categoria | Número de participantes |
|--------|-------------------------|-------------------------|
| A | Lideranças Comunitárias | 10 |
| B | Conselheiros de saúde | 5 |
| C | Profissionais de saúde | 7 |
| D | Gestores | 9 |
| E | Usuários da ACHA | 8 |
| F | Jovens da comunidade | 7 |

Fonte: Elaborado pela autora

Nas tabelas 2 a 7 são apresentados os dados dos participantes.

Tabela 2: Distribuição dos entrevistados do grupo de lideranças comunitárias, por idade, estado civil, escolaridade, e profissão, denominados pela letra A . Aratiba, 2019.

| Lideranças comunitárias | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Profissão |
|--------------------------------|--------------|---------------------|---------------------|-------------------------|
| A1 | 75 | Casado | Ens.Fundamental | Agricultor/aposentado |
| A2 | 80 | Casado | Ens.Fundamental | Agricultor/aposentado |
| A3 | 68 | Casado | Ensino Médio | Agricultor/Sindicalista |
| A4 | 76 | Casado | Ensino Superior | Professor/aposentado |
| A5 | 61 | Casada | Ensino Médio | Agricultora/aposentada |
| A6 | 50 anos | Casado | Ensino Superior | Professor |
| A7 | 53 anos | Casado | Ensino Superior | Administrador |
| A8 | 59 anos | Casada | Ensino Superior | Professora |
| A9 | 64 | Solteiro | Ensino Superior | Padre |
| A10 | 49 | Casado | Ensino Superior | Func. Público |

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 3: Distribuição dos entrevistados do grupo de conselheiros de saúde, por idade, estado civil, escolaridade, e profissão, denominados pela letra B, Aratiba, 2019.

| Conselheiros de saúde | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Profissão |
|------------------------------|--------------|---------------------|---------------------|------------------|
| B1 | 55 anos | Casado | Ens.Fundamental | Agricultor |
| B2 | 50 | Casada | Ensino Superior | Contadora |
| B3 | 49 | Casada | Ensino Superior | Aux.Escritorio |
| B4 | 53 | Casado | Ensino Superior | Odontólogo |
| B5 | 55 | Casada | Ensino Médio | Agricultora |

Fonte : Elaborado pela autora

Tabela 4: Distribuição dos entrevistados do grupo de profissionais da saúde, por idade, estado civil, escolaridade, e profissão, denominados pela letra C. Aratiba, 2019

| Profissionais de saúde | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Profissão |
|-------------------------------|--------------|---------------------|---------------------|------------------|
| C1 | 43 | Casado | EnsinoSuperior | Médico |
| C2 | 55 | Casada | EnsinoSuperior | Médica |
| C3 | 46 | Solteira | EnsinoSuperior | Enfermeira |
| C4 | 32 | Casado | EnsinoSuperior | Enfermeiro |
| C5 | 58 | Casada | Ensino Médio | Tec. Enfer |
| C6 | 46 | Casado | Ensino Médio | TecEnfer/empres |
| C7 | 55 | Casado | EnsinoSuperior | Médico |

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 5: Distribuição dos entrevistados do grupo dos gestores, por idade, estado civil, escolaridade, e profissão, denominados pela letra D. Aratiba, 2019.

| Gestores | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Profissão |
|-----------------|--------------|---------------------|---------------------|------------------|
| D1 | 65anos | Casado | EnsinoSuperior | Agricultor |
| D2 | 70 anos | Casado | EnsinoSuperior | Administrador |
| D3 | 52 | Casado | EnsinoSuperior | Engenheiro |
| D4 | 64 | Casado | EnsinoSuperior | Professor |
| D5 | 39 | Casada | EnsinoSuperior | Pedagoga |
| D6 | 65 | Solteira | EnsinoSuperior | Economista |
| D7 | 58 | Casado | EnsinoSuperior | Radialista |
| D8 | 62 | Casado | EnsinoSuperior | Médico |
| D9 | 48 | Casado | EnsinoSuperior | Deputado |

Fonte : Elaborado pela autora

Tabela 6: Distribuição dos entrevistados do grupo de Usuários do Hospital Comunitário de Aratiba – ACHA, por idade, estado civil, escolaridade, e profissão, denominados pela letra E. Aratiba, 2019

| Usuários | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Profissão |
|-----------------|--------------|---------------------|---------------------|------------------|
| E1 | 65 | Casada | Ens.Fundamental | Agricultora |
| E2 | 74 | Casado | Ensino. Médio | Empresário |
| E3 | 55 | Solteiro | Ensino Superior | Padre |
| E4 | 50 | Casada | Ensino Médio | Empresária |
| E5 | 84 | Casado | Ensino Médio | Empresário |
| E6 | 65 | Casada | Ensino Médio | Agricultora |
| E7 | 50 | Casada | Ensino Médio | Autônoma |
| E8 | 58 | Casada | Fundamental | Aposentada |

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 7: Distribuição dos entrevistados do grupo de jovens, por idade, estado civil, escolaridade, e profissão, Grupo Letra F. Aratiba, 2019

| Jovens comunitários | Idade | Estado Civil | Escolaridade | Profissão |
|----------------------------|--------------|---------------------|---------------------|------------------|
| F1 | 33 | Casada | Ens. Superior | Bióloga |
| F2 | 34 | Casada | Ens. Superior | Administradora |
| F3 | 19 | Solteira | Ens. Superior | Estudante |
| F4 | 31 | Solteiro | Ens. Superior | Administrador |
| F5 | 39 | Casada | Ensino Médio | Agricultor |
| F6 | 31 | Casado | Ensino Médio | Agricultor |
| F7 | 31 | Casada | Ensino Médio | Secretária |

Fonte: Elaborado pela autora

5 MOTIVAÇÕES QUE LEVARAM A PARTICIPAÇÃO MASSIVA DO POVO PELA CONQUISTA DA SAÚDE EM ARATIBA : Narrativas dos sujeitos da Pesquisa

Este capítulo apresenta os resultados da pesquisa de campo e encontra-se estruturado a partir dos eixos temáticos e dos respectivos subtemas.

Para tanto, realizou-se uma análise contextualizada sobre o objeto de investigação (as entrevistas realizadas), mantendo diálogo com as literaturas nacional e internacional, a partir de estudos da questão social imbricados com a forte atuação dos Movimentos Sociais, dos profissionais sanitaristas dos anos 80/90, culminando na criação do Sistema Único de Saúde –SUS.

O Cuidado da Saúde e Defesa da Vida, sempre foi o lema protagonizado pelos fundadores do Hospital Comunitário de Aratiba. Ao entrar no campo da pesquisa, posicionei-me no lugar de pesquisadora, assumindo um lugar incerto, o terreno de alguém que constrói um problema de pesquisa a partir de certas concepções e nomeia um objeto sabendo de que este não está dado.

Para tanto, parto da ideia de um campo a ser construído de uma interlocução ativa entre as figuras sujeito/objeto de pesquisa e de teorias que dão suporte ao estudo. A questão básica é determinar o que é importante e a quais condições o sujeito está submetido, qual a posição que ocupa para se tornar sujeito legítimo de um determinado conhecimento, ou seja, trata-se de compreender os modos de subjetividade.

A partir do conteúdo das entrevistas de campo se fez necessário expor os seguintes operadores:

- a motivação que levou estes líderes, em sua maioria agricultores, a participarem da luta pela saúde gratuita em Aratiba nos anos 1980;
- lembranças da história de luta dos movimentos sociais;
- as conquistas obtidas, que foram um marco importante para o contexto da época; como se deu a construção do processo de gestão do hospital e que perduram até os dias de hoje;
- qual é o impacto que hospital tem e teve na saúde e na vida das pessoas, no mundo do trabalho e na economia local e regional.

Na construção deste trabalho, se fez necessário o entendimento dos fatos e das subjetividades que remetem a um resgate histórico e que é próprio do sujeito. O presente estudo foi classificado por categorias analíticas, que permitiram a compreensão da dinâmica e da estrutura social, a partir da sociabilidade do

indivíduo e do coletivo com o tema proposto. Os lugares, o trânsito e o movimento dessa estruturação ganham significados e sentidos ao longo de todas as experiências de aprendizagem, e acompanhar toda essa movimentação, ou investigá-la, é uma possibilidade para o pesquisador ir além de uma simples investigação, que significa acessar a produção de sentido subjetivo gerada nas situações desencadeadas dentro de todo esse processo vivenciado por muitos sujeitos da pesquisa.

Nesta pesquisa, foi possível observar importantes marcos da história, em que as imagens (fotografia) ilustraram os textos, bem como facilitar a compreensão dos fatos ao longo dos anos. A interface entre a pesquisa intervenção e a fotografia, muitas vezes, torna mais fácil a compreensão dos fatos e ilustra determinados momentos da história. A narrativa fotográfica está para o espectador, assim como o teatro está para a plateia (MAUAD, 2005). As imagens provocam, suscitam sentimentos e reações. O espectador vai formando teorias que unem as imagens em um acontecimento, vai construindo história, tecendo um encadeamento que, por muitas vezes, não existe concretamente, mas é construído ali, no momento da narrativa. Portanto, a fotografia ilustra e torna o conteúdo mais leve e atrativo aos olhos do leitor.

Como a pesquisa busca entender o processo de toda essa construção de um projeto muito ousado para a época, foram muitas as leituras e diálogos obtidos com o orientador e a direção do hospital para construir o corpus da pesquisa, que foi constituído por entrevistas semiestruturadas com trabalhadores, lideranças, gestores, profissionais da saúde, conselheiros de saúde, usuários e jovens. Conforme o roteiro prévio, as entrevistas foram gravadas e transcritas mediante assinatura do consentimento livre esclarecido, aprovado pelo comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, e estão descritas a seguir:

5.1 Quais foram as motivações que o instigaram a participar da luta pela conquista da saúde gratuita em Aratiba (Rio Grande do Sul) nos anos 80?

As bandeiras de luta e o trabalho de base mobilizaram a população, especialmente os pequenos agricultores, que aderiam às mobilizações organizadas pelo sindicato que já vinha fazendo um trabalho de base muito forte junto aos agricultores, as mulheres que lutavam pelos seus direitos, aos jovens que faziam

formação junto a pastoral da juventude, as comunidades eclesiais de base.

Esta organização serviu como base aliada e instigou a luta pela saúde e pelo respeito aos agricultores que seriam atingidos pela barragem e teve força e respaldo entre a população, uma vez que envolvia diretamente a vida das pessoas. Ouvindo os relatos de muitos que perderam suas casas, suas terras para tratar da saúde de um familiar, pois os três hospitais do município eram particulares de propriedade de médicos, e o atendimento somente era prestado perante pagamento, pude perceber a angústia e o sofrimento os quais a população era submetida toda vez que necessitasse de um atendimento médico hospitalar.

Em 1984, o Brasil estava saindo de um período de 20 anos de um regime de exceção. O povo clamava por melhores condições de vida, por saúde, por direito à terra e por mais igualdade conforme relata D7:

Os trabalhadores de uma maneira geral, necessitavam se reencontrar com a sua condição social. Foi a busca pela reconquista de seus direitos reprimidos. Eu acompanhei muitas reuniões, gravei muitas e muitas entrevistas, com autoridades, com líderes dos movimentos sociais, com os trabalhadores. Foi um momento muito rico, era jovem, filho de pais agricultores, sonhador, tentando buscar uma condição devida melhor para o povo, que lutava pelos seus direitos, principalmente por saúde pública de qualidade.

Figura 33: Reunião de lideranças nas comunidades do interior em 1985



Fonte: Acervo do Hospital (1985)

Dentro deste pensamento toda essa organização Institucional, multidisciplinar constituída a partir da luta dos atingidos pela barragem do Itá, o sindicato chamava a sua base aliada, composta por agricultores com espírito coletivo, e o povo vinha para as reuniões. Em se tratando de saúde, não foi muito difícil reunir lideranças para constituir a comissão de saúde do sindicato, como relata A1:

[...] tinha dentro do sindicato uma comissão de saúde e fazia parte, foi naquele período dos grandes movimentos sobre a questão da barragem em 1984/85. E aí toda a organização estava muito forte, e como apareceu esse problema da Barragem Usina Hidrelétrica do ITA- SC, mas que a maior área atingida estava no município de Aratiba, aí nós atingidos procuramos o sindicato para nos ajudar [...] imagina a gente não tinha estudo, não sabia negociar e a Elétrosul vinha nos pressionando, tínhamos que acertar, propor contrapropostas a que ele nos ofereciam em troca de nossas terras, [...] e ou sermos engolidos pela água. Então toda essa organização permaneceu e foi o grande estopim digamos assim, que abraçou a causa da saúde.

O papel que o Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Aratiba desempenhou foi de grande importância para reanimar a população e possibilitou a implementação do movimento social no município. Diante da bandeira de luta, em favor dos atingidos pela barragem de Itá, junto ao Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) de todo o norte do Rio Grande do Sul, onde o setor energético planejava

grandes hidrelétricas. Em entrevista A6 refere que o Movimento social começa a ganhar forma corpo, a partir da luta pela das Barragens:

[...] Éramos jovens, sonhadores com melhores condições de vida, e a Igreja católica bem como o movimento sindical combativo é que nos levaram efetivamente para a militância. Lembro-me de estar saindo de uma missa onde ajudei na equipe de liturgia e na saída o Padre Demétrio Valentini colocou a mão no meu ombro e me convidou para fazer o curso de Ministro da eucaristia. Lá você era preparado para atuar como leigo na igreja, mas também acabava se tornando liderança na comunidade. Aliado a isso, o presidente do Sindicato dos Trabalhadores Rurais da época, passou a me convidar para acompanhar as reuniões nas comunidades, especialmente na região que seria inundada pela Barragem de Itá, onde começa a organização da população atingida com a criação da CRAB, Comissão Regional dos Atingidos por Barragens, que posteriormente se transforma no Movimento dos Atingidos por Barragem, MAB.

Dentro do contexto social da época (anos 1980), o sindicato dos trabalhadores rurais de Aratiba, que tinha a frente líderes, como Ivar Pavan, Mauro Postal, Lucir de Conto, Fernando Fornazieri, Seno Neumann, Waldomiro Fioravante, Anacleto Zanella, Nédio Piran, P. Antônio Cheffer, P. Valter Girelli, Dom Demétrio Valentini (hoje bispo de Jales SP), Professor Cassol, Paulina Balen, Arno Christmann, Sueli Fassículo, Joeli Mocellin, Maria Dallazen, Neide Piran, Irmã Zelia Luza, Irmã Lidia e Abigail, entre outras lideranças da Igreja Luterana do Brasil (IECLB), que fez um grande trabalho de base que mobilizava toda a população, especialmente os pequenos agricultores, que aderiam às mobilizações organizadas pelo sindicato.

O início da década de 1980 foi um tempo em que a sociedade brasileira necessitava retomar as discussões sobre a sua condição social. Para o líder comunitário A4, os trabalhadores passaram a entender que unidos e organizados, teriam força, vez e voz:

[...] Tudo começou com essas reuniões, primeiro nas comunidades do interior do município, e depois na cidade. Juntamos o campo e a cidade, para unir forças com o objetivo para ver se nós íamos conseguir comprar e conseguimos comprar o hospital, não sei nem como, mas graças a Deus me lembro na época, quando foi comprado hospital, as pessoal ficaram muito contente, e passaram a ajudar com o que podiam.

Neste contexto, a comunicação nos anos 1980 dependia quase que unicamente da rádio. No município de Aratiba, algumas famílias compraram uma

rádio, que com o passar do tempo foi doado para a igreja, e, assim, nasce a Rádio Aratiba, com alcance em muitos municípios do Alto Uruguai gaúcho e catarinense. Este era, e ainda é hoje, o principal meio de comunicação da comunidade aratibense, foi protagonista e cumpriu com o seu verdadeiro objetivo de ser um meio de comunicação social. Conforme relata D7:

A rádio estava sempre presente, acompanhou e divulgou com responsabilidade os acontecimentos que estavam em ebulição. As lutas sindicais no Brasil por mais direitos aos trabalhadores da roça e da cidade, o Movimento dos Atingidos por Barragens, os movimentos para discutir saúde, aposentadoria, movimento de mulheres agricultoras, sindicalismo, políticas sociais, a organização de agricultores e moradores da cidade para a compra do hospital com o objetivo de servir às pessoas não só para o tratamento das doenças, mas para que se fizesse saúde preventiva com a formação de agentes de saúde. A Rádio Aratiba, naquele momento assumiu posição firme na defesa daquelas pautas, pois entendeu que a comunicação verdadeira deveria e deve sempre ser feita em favor da parcela da sociedade mais necessitada.

A estratégia utilizada em 1990 era a mobilização nas rodovias, fechamento de bancos e prédios públicos (INSS, por exemplo), de modo que o resultado das lutas tivesse repercussão imediata. É importante destacar que a luta pela saúde e pelo respeito aos agricultores que seriam atingidos pela barragem teve maior força e respaldo entre a população, uma vez que envolvia diretamente a vida das pessoas, pois saúde e a terras para sobrevivência dos agricultores na roça, eram primordiais.

O trabalho desenvolvido pelo Sindicato de Trabalhadores Rurais de Aratiba, em prol dessas bandeiras de luta, possibilitou que novas lideranças surgissem, e em 1982 aconteceu uma nova eleição do sindicato, na qual se discutiu uma chapa de consenso, de composição de forças, para dar continuidade ao trabalho que estava sendo desenvolvido. Cada vez mais repercutiam no município as bandeiras de luta, e isso, de certa forma, começou a assustar as lideranças conservadoras, pois o sindicato tinha grande força de mobilização junto à população (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Em entrevista A1, relata:

Os agricultores associados ao sindicato estavam tão envolvidos com as lutas, que a forma de organização para as mobilizações, não exigia muito trabalho das lideranças. Inicia-se, a partir de então, um período de grandes debates sobre os problemas enfrentados pela população, principalmente pelos pequenos agricultores, como também um processo de conscientização nos agricultores(as) da importância de lutar pelos seus direitos.

A luta e resistência pela terra e a conquista de uma indenização justa aos atingidos pela Barragem do Itá –SC, foi o grande estopim da mobilização de homens, mulheres, jovens, e até crianças, que aprenderam, ao perder suas casas, deixar para trás suas comunidades, vidas passadas, lutar pelos seus direitos, ao ver suas terras sendo inundadas pela água da represa do lago, que estava começando a se formar. Dentro do pensamento de organização e do movimento social, o que chama a atenção é a disponibilidade das lideranças, que sem condições financeiras, sem automóvel, sem telefone, andavam quilômetros a pé até a sede do sindicato, onde reunidas, planejavam a forma de articulação de todos os agricultores na busca dos seus direitos.

Algumas lideranças comunitárias andavam até 13 km a pé para participar das reuniões. Tendo presente que algumas mobilizações deveriam ser organizadas de forma sigilosa, de modo que os agricultores se organizavam para lutar pelos seus direitos a partir de avisos na rádio, antes combinados, com códigos, para que nada ficasse suspeito e impedisse a mobilização. Como relata o gestor D1, a doença era um motivo de preocupação.

[...] tinha famílias que precisavam muitas e muitas vezes, gastar os recursos da safra da agricultura, para uma internação ou uma cirurgia por problema de saúde. Relatos de famílias que tiveram alguém de seus relacionamentos internado no hospital na época, disseram que a situação era tão caótica que os obrigou a vender as vacas, os animais, que perdeu toda a safra em função de uma cirurgia de um familiar. Então essa situação relatada por muitos sindicalizados, começou a causar muita preocupação e ansiedade para os trabalhadores, principalmente os agricultores, que estava totalmente desamparado. Para reivindicar uma saúde melhor, era preciso ir além deste propósito, tínhamos que organizar um grupo para fazer a gestão da Saúde. Isso implicava em organizar e participar da Comissão Municipal da Saúde.

Para fazer frente a toda esta situação, era necessária a formação de lideranças em condições de organizar os grupos, mobilizar as comunidades e os trabalhadores para buscarem seus direitos. Para tanto, muitos atores sociais foram convocados a participar através dos sindicatos, da igreja, das comunidades eclesiais de base (CEBs), que teve uma atuação muito forte dos diversos movimentos sociais, profissionais de saúde, chamados de sanitaristas, para elaboração de políticas públicas de saúde, que garantissem o direito a assistência à saúde e direitos previdenciários à toda população, inclusive aos que estavam à margem da sociedade.

A autora Gohn (2011), chama atenção de que há aprendizagens e produção de saberes em outros espaços, aqui denominados de educação não formal. Portanto, trabalha-se com uma concepção ampla de educação. Um dos exemplos de outros espaços educativos é a participação social em movimentos e ações coletivas, o que gera aprendizagens e saberes. Há um caráter educativo nas práticas que se desenrolam no ato de participar, tanto para os membros da sociedade civil, como para a sociedade em geral, e também para os órgãos públicos envolvidos – quando há negociações, diálogos ou confrontos.

Uma das premissas básicas a respeito dos movimentos sociais é: são fontes de inovação e matrizes geradoras de saberes. Entretanto, não se trata de um processo isolado, mas de caráter político-social. Por isso, ao analisar esses saberes, deve-se buscar as redes de articulações que os movimentos estabelecem na prática cotidiana e indagar sobre a conjuntura política, econômica e sociocultural do país quando as articulações acontecem. Essas redes são essenciais para compreender os fatores que geram as aprendizagens e os valores da cultura política que vão sendo construídos no processo interativo (GOHN, 2011).

O sindicato organizado, juntamente com as igrejas católica e luterana, passa então a desenvolver todo esse processo de formação, através dos cursos para jovens e para lideranças em geral. A realidade era muito dura, conforme relata a líder comunitária A5,

Não tínhamos direito a nada, ainda mais nós mulheres da roça, éramos escravizadas, sem vez e sem voz. Poucas sabiam ler e escrever, a mulher era vista como uma simples dona de casa. Porém pega no cabo da enxada de sol a sol. Cuidar da saúde, nem sabíamos o que era. Médico só no caso de muita urgência.

Na época não existiam políticas públicas que garantissem o atendimento médico gratuito a população de baixa renda. Para quem pagava FUNRURAL ainda havia uma carteirinha que o sindicato fornecia, que dava direito a consultas e atendimentos, porém muito restrito, pela dificuldade financeira das instituições conveniadas, como as Santas Casas de Misericórdia, que atendiam de forma um tanto precária os beneficiários, que contribuía com a referida caixa da previdência. O líder A 2 refere que a situação era, então, péssima.

[...] crianças eram pequenas naquela época, as duas precisavam de médico. Eu tinha dívidas, pois tinha comprado terra. Cheguei ali no hospital e não tinha dinheiro, daí disseram se tu não tens dinheiro, tu tens que assinar um compromisso. Assinei uma promissória em branco sem valor em cima. Daí atenderam e internaram a criança. Depois, quando podia ir para a casa, botaram um valor em cima [da promissória], olha, exagerado mesmo.

Em 1985, o clima de enfrentamento levou ao surgimento de uma chapa de oposição à diretoria do sindicato. Foi a maior disputa da história no movimento sindical de Aratiba. A chapa de situação do sindicato conseguiu o maior número de votos, vencendo em todas as quatorze urnas instaladas no município segundo Pavan (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Para o líder A7, o novo sindicalismo foi revolucionário no campo da formação e da conjugação de esforços coletivos dentro do movimento social:

Para mim esse novo jeito de pensar o sindicalismo foi extremamente positivo, pois fortaleceu a luta social, após a ditadura militar, na perspectiva de combater as formas de opressão, lutar pelos direitos dos trabalhadores e visualizar um novo horizonte, despertou a disputa do sindicato.

A socióloga Maria da Glória Gohn (2011) assim define movimentos sociais: “São ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais”. Deste modo, os movimentos politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situações de conflitos, litígios e disputas. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum. Esta identidade decorre da força do princípio da solidariedade e é construída a partir da base referencial de valores culturais e políticos compartilhados pelo grupo (SEMINOTTI, 2013).

Para C6, toda essa luta e organização do sindicato, a saúde necessariamente foi uma das principais bandeiras para garantir o acesso e a gratuidade do atendimento para todos os trabalhadores.

Na época, o sindicato rural que fez todo movimento de organização, e levantou todas as dificuldades na busca de atendimento médico hospitalar, e que os agricultores não tinham acesso. O desafio motivou a luta e iluminou a organização da Associação Comunitária hospitalar na compra do hospital comunitário, uma benção para toda

comunidade, que além dos benefícios gerou, e gera ainda hoje, muitos empregos de profissionais da saúde, e que deste trabalho, mantém o sustento de suas famílias.

Nos anos 1980 não existia o SUS, muito menos um sistema de saúde pública que desse conta de uma grande demanda de pessoas sem assistência médica. A rede de saúde era muito deficitária no interior do estado, e estas casas de saúde geralmente eram de propriedades de médicos generalistas, resolviam parte dos problemas de saúde da população. Quando acometidos de uma doença, as famílias vendiam seus bens materiais, terras, casas, animais, a fim de arcar com as despesas médicas e buscar o restabelecimento da saúde.

Dentro deste contexto, aqui aparece muito bem o que vários autores chamam a atenção para a transferência da responsabilidade do Estado com relação às políticas sociais, em especial da área da saúde, onde o estado deveria assumir a assistência ao invés de repassar para o Terceiro Setor. Dada a precariedade do setor, e vivendo diariamente a problemática da saúde, este líder sindical e gestor de uma entidade que representava os agricultores na década de 1980, denominado de D1, relata;

A população menos favorecida, os trabalhadores de baixa renda, principalmente os agricultores que tinha lá sua terrinha, seu arado, seu boi para lavrar as terras dobradas e fazer o plantio do trigo, milho soja, não tinha a menor condição de acessar um serviço de saúde, pois realmente não tinha dinheiro. Então cada vez que alguém da família ficava doente, tinha que se desfazer de um bem para poder pagar o médico [...] o desespero das famílias era comovedor, e batiam na porta do sindicato pedindo ajuda.

O sindicato, com seus novos líderes, comprou a briga com o governo, e passou a organizar os agricultores, por saúde pública e atendimento médico e hospitalar universal para todos. O que chamou atenção foi um grande grupo organizado, lutando pelo direito à saúde pública, e, do outro lado, uma oposição bastante forte, daqueles que até se beneficiavam da saúde como um grande negócio, como relata F5:

Lembro que a população precisava pagar carro para ter a saúde, na nossa família lembro que tivemos uma ocasião onde eu fiquei internado por duas semanas, e nossa família precisou vender uma carga de suínos, com milho, rações e concentrados tudo pago. Com esse valor, poderíamos comprar um carro popular novo nos valores da época, meus pais Angelo Clair Balen e Amélia Festugatto Balen,

participando das reuniões e assembleias, entenderam que precisávamos contribuir na venda de cotas para arrecadar dinheiro, a fim de somar com os demais companheiros(as) a comprar o hospital, e construir um sistema de saúde gratuito (público). Lembro que aos domingos de manhã saíamos de casa cedinho, participávamos da celebração dominical nas comunidades vizinhas, culto, para vender cotas, [...] para que o sonho fosse possível, e com a soma de esforços de muitas famílias deu certo. As assembleias motivavam para seguirmos firmes na caminhada.

Dentro deste modelo de processo de participação popular, onde as pessoas buscavam e discutiam juntas questões importantes, como terra para quem quer nela trabalhar, indenizações justas para os atingidos de barragens, as mulheres serem reconhecidas como trabalhadoras e um terem o direito a aposentadoria, saúde pública gratuita e para todos, faziam as pessoas realmente ver que direito não se ganha, mas se conquista, como bem afirma esse líder da igreja, que sempre esteve presente, através da teologia da libertação nos grandes encontros de comunidade de base. A9 diz:

Nós circulávamos em todas as comunidades, realizando os cursos de formação de lideranças, a fim de criar consciência no jovem, no agricultor, na agricultora, que direito se conquista não se ganha. E assim dia após dia o povo passou a aderir cada vez mais ao movimento social e buscar seus direitos enquanto cidadãos

Dentro deste contexto, onde a assistência médica, cirurgias, tratamentos de pessoas com problema de saúde, visavam lucros. Percebia-se no dia a dia, a necessidade e ansiedade dos trabalhadores, principalmente os agricultores, que estavam totalmente desamparados na assistência médica como refere o líder A1;

A proposta da compra de um hospital, onde ficava claro que gestão seria feita pelos trabalhadores, era muito inovador para a época. Sendo assim, o compromisso social foi automático à medida que quem decide né, somos nós, os próprios trabalhadores organizados, na diretoria, e tendo claro que o hospital, éramos nós que íamos administrar, fez o povo se desafiar e participar massivamente da assembleia de compra desta casa de saúde. Foi então um grande marco para a saúde no município. Isso passou a ser um assunto comentado diariamente nas ruas da cidade, nas comunidades, era algo assim muito novo e que alimentava a esperança da luta pela saúde.

E2 relata que começou a luta pelo fato de o povo não ter assistência médica, só se pagasse por ela.

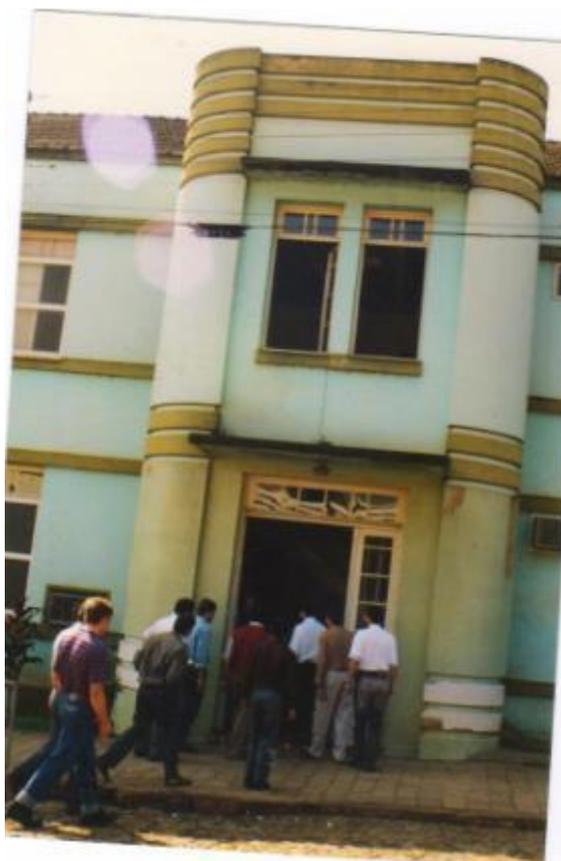
Nós agricultores tínhamos que vender nossa terra, boi, vaca para poder ter acesso ao atendimento médico. Era triste quando alguém da família ficava doente. Quando meu filho ficou doente, tivemos que

pegar dinheiro emprestado pois não tínhamos como pagar a cirurgia. Foi uma luta até conseguirmos o atendimento médico, e tinha que pagar adiantado. Então quando o sindicato dos trabalhadores rurais chamou para assembleia, eu e minha esposa fomos participar, pois sentimos na pele a dor de não ter dinheiro, e se não fosse os vizinhos emprestarem, nosso filho poderia ter perdido a vida.

Para C5, que era profissional da saúde, chama atenção pela situação caótica vivenciada na época, quando diz que o povo já não aguentava mais.

[...] o hospital era de um dono, a saúde era muito precária, tudo era muito caro, não tinha quem aguentasse pagar quando alguém da família ficava doente. Nós profissionais da saúde, sentíamos na pele o sofrimento das pessoas que chegavam até o hospital, e não tinham dinheiro para pagar o tratamento, a cirurgia. Ficávamos sensibilizados com a situação, mas não podíamos fazer nada, o Dr. que mandava, ele era o dono, a gente cumpria ordens.

Figura 34: Antigo Hospital Nossa Senhora da Saúde em 1985



Fonte: Acervo do hospital (1985)

Colaborando com este pensamento, as justificativas para se reformar o Estado tinham como premissa a crise fiscal. Contudo, mais do que uma crise fiscal,

o Estado estava em meio a uma grande crise do capital. A crise fiscal é apenas uma das facetas dessa crise, e, portanto, toda a estratégia de reforma do Estado proposta, além de resolver só parte do problema, desmantela o Estado no que se refere às políticas sociais, semelhante ao que vem ocorrendo atualmente no momento político e social no Brasil (PERONI, 2003).

Em se tratando de política de saúde, uma das políticas sociais mais importantes para as classes menos favorecidas, antes da Constituição Federal de 1988, a saúde pública estava no setor da saúde e a assistência médica estava no setor da previdência social. O acesso à saúde, no âmbito da assistência às doenças nas cidades do interior do estado, estava garantido apenas pelo tratamento médico de forma particular, perante pagamento, em hospitais de pequeno e médio portes, geralmente de propriedade do médico da cidade. Já a promoção da saúde e prevenção de doenças estava garantida apenas aos agravos e eventos de elevada prevalência ou impacto saúde pública, como relata D6:

[...] Então, por isso a compra do hospital não era um simples ato reivindicatório, apenas uma bandeira de luta, mas sim um passo a mais, um grande projeto de organizar uma associação, afim de viabilizar um hospital, com uma visão diferente, não apenas curativa, mas também com programas de prevenção à saúde. O hospital teria sim que garantir assistência integral à saúde desde o atendimento Clínico, cirúrgico até o preventivo. E além do que, tínhamos que garantir que essa gestão ficasse sobre controle dos trabalhadores, com apoio do sindicato.

O Ministério da Saúde publicou uma portaria em 1985, dizendo que os trabalhadores tinham direito de atendimento gratuito no hospital. Foi a primeira portaria publicada pelo Ministério da Saúde que começou embate para a construção do SUS. Porém, como relata o gestor D2:

Os médicos daqui da época se negavam a cumprir a portaria naquela época. Através do sindicato organizamos uma comissão que cuidava especificamente da Saúde. Vamos tomar uma decisão de compra de um hospital, e organizar então com o grupo de jovens uma experiência de organização política de saúde, até porque saiu a portaria do ministro da saúde, mas não tinha nenhum mecanismo de atendimento na Constituição, o SUS ainda não existia na época.

Com muito orgulho o líder A3, refere que os agricultores tinham uma preocupação muito grande com a saúde, pois mesmo tendo três hospitais no município nenhum atendia as pessoas com menos condições. Precisando de

atendimento médico, os moradores precisavam vender suas terras:

Então nos reunimos e fizemos uma reunião para se ter um hospital e um atendimento à saúde, mais digno para a população do Município. Nós participamos dessa luta, onde foi feito todo esse trabalho da compra do hospital. Sim foi uma luta muito grande e árdua, daí percorremos comunidade por comunidade, para formar uma comissão de saúde. Foram feitos cursos de conscientização do povo, que a saúde pública era e é, direito de todos e dever do Estado.

No começo da colonização do município de Aratiba, várias etnias, provindas de países europeus, se estabeleceram a fim de buscar meios de produção e sustento para suas famílias. Enfrentavam situação de abandono a saúde na época, como relata D3:

[...] Apareceu então as necessidades tanto das estradas, educação como também a necessidade da saúde. E a saúde na época era muito mais difícil, pois quando alguém adoecia, não tinha médico, nem um recurso para tratamento mais rápido e eficaz. Então os colonizadores, sentindo essa necessidade, foram buscar o médico para se instalar aqui no município. Muitas vezes o médico tinha uma demanda de pacientes muito grande, porém os valores que as pessoas poderiam pagar pelo serviço de saúde, pelos procedimentos não era muito bom para o médico. E o sistema foi ficando caro e teve que ser assumido por alguns comerciantes e agricultores colonizadores, que construíram o hospital com a ajuda de toda comunidade e doaram para o médico trabalhar, e atender as pessoas que necessitavam de algum tipo de tratamento e ou cirurgia. Assim foi construído então o sistema de saúde pioneiro, pelos colonizadores na época.

Dentro deste contexto, D3 ainda faz uma inferência ao sistema de saúde local, construído pelos colonizadores, que doaram o hospital para o médico prestar atendimento, e obviamente explorar e ficar com os lucros:

Depois com o passar dos anos esse mesmo hospital então é comprado por um grupo de agricultores de uma forma muito corajosa passam a organizar e assumir um hospital com atendimentos gratuitos e com um grande diferencial, uma gestão feita com a participação do cidadão e que ao meu ver foi o grande diferencial, pois estas pessoas passaram a fazer parte de um processo de construção coletiva da saúde no município.

A coragem de construir esse sonho só foi possível pelo processo de participação popular. Os trabalhadores sentiram-se protagonistas deste projeto. Dentro deste pensamento, observa-se o comprometimento das pessoas da base

sindical, como relata E1:

Mas eu só me lembro que nós na época não tinha dinheiro, então cuidávamos das abelhas para fazer o mel, e com a produção de mel que vendemos, deu para comprar uma cota e se associar do hospital [...] e valeu a pena, por que depois eu também fui convidada para ajudar no programa da pastoral criança que era um trabalho de saúde preventiva que o hospital passou a desenvolver, e daí nós visitávamos as famílias que tinham crianças e efetuávamos a pesagem para ver se não tinha criança desnutrida. Era um trabalho voluntário que se fazia na época, como agentes de saúde. Eu gostava muito de colaborar, a gente fazia com amor de forma gratuita.

É importante destacar aqui o trabalho desenvolvido pelas lideranças da época, pessoas simples que se colocavam à serviço da comunidade, pensavam de uma forma coletiva. E aqui podemos fazer um questionamento: será que hoje as pessoas de disponibilizariam desta forma gratuita para servir ao próximo?

Também ressaltamos que nesse período de organização, a igreja foi grande colaboradora neste processo de conquistas dos direitos dos trabalhadores, através da formação de lideranças que atuavam fortemente junto às comunidades. No município de Aratiba, segundo Lipsch, Lima e Thaines (2006), a presença do padre Demétrio Valentini nos anos 80, e que no momento preside como bispo, a paróquia de Jales São Paulo, foi extremamente importante para o ressurgimento do novo sindicalismo.

A Igreja na região, como relata D2, sempre foi e continua sendo grande estimuladora da luta pela saúde, pela defesa dos mais necessitados, defesa da vida.

Nós tivemos a sorte de termos um padre, hoje bispo, Dom Demétrio Valentini era um grande conhecedor da realidade que o povo vivia. Sempre estimulava a formação e participação das lideranças locais do município para que a gente organizasse a luta, formasse o sindicato que defendesse os trabalhadores. Tanto é que depois como bispo em Jales São Paulo, ele nos convidou para que fôssemos apresentar a experiência de Aratiba em um Congresso Latino Americano de Saúde. Para nós do hospital foi um orgulho contar essa experiência do SUS, na época tão incipiente, mas que já vinha dando certo.

Figura 35: Direção do Hospital o então presidente Lucir de Conto em São Paulo com Dom Demetrio Valentini no seminário Latinoamericano em Jales, São Paulo 1998.



Fonte: Acervo do Hospital (1998)

Dentro deste pensamento, Luza e Melo (1988), em seu trabalho de conclusão de curso de especialização em Educação Popular, destacam que depois de possibilitar o debate com a população a respeito de suas capacidades e possibilidades de organização em criar e manter um hospital em nome da comunidade, foram criados movimentos locais para a prevenção da saúde pelo próprio povo, através de orientação e estudo sobre o uso de medicamentos, higiene, alimentação, por meio de livros, folhetos, seminários, palestras e outros subsídios referentes à educação para a saúde.

Figura 36: Seminário de saúde preventiva 1989



Fonte: Acervo do hospital (1989)

Ainda dentro deste contexto social vivenciado na época, correlacionado aos relatos dos entrevistados, podemos fazer alusão a Testa (1987), quando diz que entende saúde como “o jeito de andar a vida” e os problemas de saúde, tanto de situação de saúde como de organização setorial, como problemas sociais complexos nos quais intervêm inúmeras variáveis, relacionadas de formas muitas vezes desconhecidas.

Considera que, para os problemas de situação de saúde, a análise que mais tem conseguido aproximar-se dessas complexas relações é a realizada pela epidemiologia social, onde o processo saúde-doença é entendido como expressão particular do processo social, sendo as desigualdades, no sofrer e adoecer entre grupos de pessoas, consideradas como decorrentes de diferenças de classe social. (TESTA, 1987).

O autor chama atenção para os problemas de organização setorial, representados, em grandes termos, pela alocação social de recursos para a atenção à saúde, são também problemas sociais. Fazem parte das questões relacionadas à

reprodução da força de trabalho, e estão determinados economicamente por necessidades da acumulação e, politicamente, pelas lutas dos trabalhadores por sua condição de vida atual, e acerca do futuro ordenamento social.

5.2 Lembranças da luta dos movimentos sociais e as conquistas obtidas?

Em Aratiba, mais de 600 famílias foram atingidas diretamente pela obra da Barragem do Itá. Destas, 450 aceitaram o reassentamento e foram embora para outras cidades, outros Estados, e as demais receberam indenização. Grande parte da população atingida aprendeu a lutar pelos seus direitos. A menos de 5 quilômetros de onde um dia existiu a comunidade de Volta do Uvá, Lajeado Ouro, era uma das mais prósperas da região. Hoje encoberta pelas águas da usina, ficaram as belas recordações.

Figura 37: Igreja Católica e salão comunitário de Lajeado Ouro com todos os moradores da comunidade, antes da saída dos atingidos.



Fonte: Acervo MAB (1995)

Cem famílias de agricultores viviam ali com time de futebol, coral, conjunto musical e uma escola de ensino fundamental incompleto. A comunidade foi realocada pela concessionária, ficando a três quilômetros de onde existiu por quase um século. Os próprios moradores auxiliaram na mudança de casas, propriedades inteiras e até do cemitério local, transferindo 80 ossadas (30 delas não identificadas) para nichos. O novo ginásio de esportes ganhou as madeiras das paredes e do forro do antigo clube. Como relata esse agricultor líder comunitário, denominado E2:

Nós tínhamos aprendido a lutar por causa da barragem, então o sindicato chamava, nós tava lá para o que der e vier. E como estávamos descapitalizados pelas mudanças, muitas famílias estavam desoladas ao ter que deixar suas casas, realocar seus mortos seus cemitérios, suas igrejas e comunidades. Então tudo isso afetou a saúde mental de muitas pessoas. E nossos líderes perceberam esse problema com a população, que se não tratasse o negócio ia ficar feio. Então nós os líderes mais fortes, fortificados e chamados pela igreja, apoiados pelo P. Demétrio Valentin, e a gurizada nova do sindicato, fomos convocados a lutar pela saúde das nossas família, da nossa gente que sobrou da barragem.

Figura 38: Integrantes das 10 famílias remanescentes. O grupo não chega a 30 pessoas



Fonte: Mateus Bruxel/Agência RBS (2018)

A história destas famílias atingidas pelo lago foi se deparando com o esvaziamento da comunidade de Volta do Uva, onde estava localizado o Canteiro de

Obras da Usina, bem como das comunidades de Volta Fechada, Três Barras, Lageado Ouro, Sarandi, entre outras. O matinho do Sarandi, que era um lugar exótico com suas exuberantes árvores, com uma beleza natural costeada pelo Rio Novo, serviu por muitos anos como local de encontros, reuniões, piqueniques e jogos de futebol em seu belo campo. Hoje, encoberta pelo lago, ficou a saudade das tardes maravilhosas em tempos de largas amizades e festas comunitárias, como relata E1:

Nós passávamos tardes de domingo, sentadas embaixo das árvores, curtindo exuberância da natureza, o ar puro e o canto dos pássaros. Uma boa roda de conversa e o chimarrão regavam as belas amizades de antigamente e que deixaram para trás muita história lindas [...] este parar e pensar, este resgate nos remete a uma saudade ímpar dos longínquos anos passados, da tarde sentada na sombra do matinho do Sarandi.

Figura 39: Comunidade de linha Sarandi



Fonte: Acervo pessoal (2019)

Nas reuniões com o sindicato e na questão permanente de que a Eletrosul, empresa que estava indenizando os atingidos pela construção da Usina, também apareceu essa discussão mais forte sobre a questão da saúde, daí que veio a ideia de fazer um hospital, conforme relata o gestor D1:

Aos poucos foi se construindo, buscando uma ideia aqui, outra lá, e até que amadureceu um pouco mais e se começou a buscar possibilidade da compra do hospital, e se passou a conversar com o médico proprietário na época Dr. Conrado Pecaits Junior, se não queria nos vender o seu hospital. Quando apareceu essa possibilidade de compra, de ter nosso próprio hospital, os sócios do

sindicato questionavam, o que vocês fizeram para conseguir superar essas dificuldades, admirados indagavam, como conseguiram fazer com que o Dr. concordasse em vender esse hospital?

A ideia da compra do hospital mobilizou toda a comunidade. No início eram só os agricultores, mas depois mais e mais trabalhadores de outra área foram se integrando. O dono do Hotel, Seu Lemi, relata com muito orgulho de ter ajudado na compra da cota. Profissionais da saúde e demais profissionais liberais, professores, alguns políticos, e outros, passaram a comprar a ideia. O orgulho dos gestores que tiveram a iniciativa realmente é emocionante, como relata E5:

Eu nunca tinha visto tantos trabalhadores juntos, decididos a assumir essa luta pela saúde, realmente foi um marco histórico para Aratiba e para toda história do movimento popular. Mais de 700 pessoas

participaram da assembleia, [...] foi lindo. Olha, temos que admirar esses líderes, os fundadores, eles deram seu sangue, emprestaram dinheiro, empenhoraram sua terra, suas casas. Será que hoje em dia, tem alguém, algum pai de família que teria essa coragem.

Os sócios, aqueles que foram os fundadores, tiveram muita coragem, como relata esta usuária E8:

Eu lembro, alguns eram da minha comunidade, eram admirável ver eles jovens sonhadores de um futuro melhor para seu povo. Faziam reuniões nas comunidades, juntava um monte de gente, andavam com aquele fusquinha branco pelo interior todo

Figura 40: Meio de transporte utilizado para o deslocamento para cursos e reuniões



Fonte: Acervo do Hospital (1985)

Aos trabalhadores de fato assumiram a luta, para mudar a história do sistema de saúde de Aratiba, como relata D2:

Então fomos ver as formas de constituir uma associação comunitária e vender cotas, para conseguir os recursos né , mas com muita dificuldade, porque num primeiro momento tinha mais gente que estava querendo comprar mas aí, o médico acho que se arrependeu do negócio e disse que ele estava sendo prejudicado, aquela coisa toda, queria voltar atrás, mas nós tínhamos os contratos assinados, e a multa era muito grande para quem desistisse do negócio, não tinha mais volta, aí as pessoas passaram a comprar cotas para se associar.

Vale ressaltar aqui a dedicação desses fundadores e de tantos outros que faziam parte de suas vidas, suas famílias em luta, e que viviam um momento árduo da situação financeira da ACHA, e que quando os Srs. Aluisio, Leopoldo e Lucir de Conto, que coordenavam as equipes, saíam com os demais membros para fazer as visitas, associarem e venderem cotas, para cumprirem com o compromisso assumido, suas esposas é que mantinham o trabalho nas propriedades.

Pode-se dizer que assumiram juntas as lutas pela ACHA, pois enquanto os esposos trabalhavam para garantir o andamento do hospital, a dedicação dessas

mulheres era redobrada para manter o sustento da família e o andamento da propriedade. Muitas choravam preocupadas com a situação vulnerável que se encontravam diante de muitos fatos, de que pessoas não apostavam no bom êxito da ACHA, pelas dificuldades que estavam enfrentando. Estes fundadores priorizaram a luta e, de certa forma, em muitos momentos, suas famílias, ficaram em segundo plano.

Contudo, o melhor é poder observar que mesmo assim não perderam a esperança de que o sonho era possível, mesmo sendo agricultores, pois além da falta de credibilidade do andamento da ACHA por pessoas contrárias, não eram reconhecidos como “competentes” para realizarem o trabalho por serem agricultores. Esta situação perdurou por, mais ou menos, dois anos.

O compromisso firmado com a população era maior do que seus desejos particulares. Contribuir para que o cuidado à saúde fosse garantido como direito era o motivo que os incentivava a lutar. A esperança e sonho de possibilitar uma nova forma de atendimento médico hospitalar, e da construção de uma nova visão da saúde, foi o instrumento encorajador da luta e da perseverança (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

As mulheres, embora timidamente, começavam a participar de uma forma mais efetiva no final dos anos 1980, muito por conta da formação e da questão social, que congregava muitas classes de trabalhadores em prol da luta pela saúde pública, como relata a usuária E8:

Eu fui na reunião e lá pediram para quem está de acordo para comprar o hospital, eu assinei. A maioria que estava lá eram homens, nós éramos em poucas mulheres, pois na época a mulher da roça, não era vista como trabalhadora. hoje temos hospitais e sempre fui, assim bem atendida, que sempre continue assim né cada vez melhor.

Já para B1, que fazia parte da comissão de saúde na época, hoje denominado ao Conselho Municipal da Saúde, chama atenção para a dificuldade financeira que o povo tinha. Mesmo assim, os líderes não desistiram:

Eu era da Comissão de Saúde, hoje Conselho né. A luta foi árdua, muitas campanhas foram feitas. Daí quem podia entrava com o valor e comprava uma cota. Já os que tinham mais condições financeiras colaboravam com um pouco mais. Nós fazíamos jogos, promoção nas comunidades e vendíamos rifas para arrecadar dinheiro para poder cumprir com as obrigações assumidas. Me lembro que meu pai seu Arno Christaman, já com seus 55 anos percorria toda semana 13

km de estrada a pé para ir na reunião do sindicato. Quanta doação desse grupo de lideranças, e não desanimavam foram lutando, até conseguir o valor necessário de recursos financeiro e adquirir o Hospital. Fruto da luta do povo. por isso essa história precisa ser resgatada e jamais esquecida.

Figura 41: Time de futebol do ACHA, anos 1990



Fonte: Acervo do hospital (1990)

A forma de mobilizar as famílias, com reuniões e grandes assembleias, dava confiança para que o projeto se desenvolvesse, como relata F5:

As grandes assembleias faziam com que famílias acreditassem e continuassem firmes na caminhada, e o próprio fato da constituição da equipe de coordenação e organização do processo dava certo, pois eram indicadas pelo povo.

O gestor D2 se emociona ao lembrar que a direção tinha que pagar a primeira prestação ao médico proprietário do hospital, e não tinha a quantia acordada sob risco de ter que devolver o hospital para o antigo proprietário Dr. Conrado Pecoits Junior

Tínhamos a primeira parcela para pagar que perfazia o valor de 500cruzeiros na época, e só tinha conseguido 50 cruzeiros. E daí, fazer o quê.... Como chegar para o dono e dizer que tinha só esse valor irrisório. Mas nos juntamos eu que era o presidente do sindicato e mais a comissão de compra e fomos levar o dinheiro para o Doutor. Ele enlouqueceu e queria o hospital de volta, olha foi uma situação muito difícil, de chorar, mas nós ficamos firmes e falamos para ele que íamos pagar os valores acertados corrigidos com juros. Tínhamos um sindicato organizado é muito forte uma grande capacidade de mobilização. Realmente as pessoas teriam condições de sustentar uma luta em defesa do hospital. Foi complicado até ele aceitar, pois nós não podíamos desistir deste sonho que estava

motivando muitos agricultores e suas famílias. Erámos jovens, dispostos a tocar qualquer desafio que trouxesse um pouco mais de dignidade para as pessoas.

A luta foi grande, pessoas contrárias faziam questão de espalhar boatos pela cidade - “*será que eles vão querer comprar mesmo esse hospital?*” - e começaram a trabalhar contra, foram nas esquinas e pegaram alguns agricultores, que tinham dado a assinatura para comprar a conta, segundo relata o líder A3:

[...] Tu não vais investir o dinheiro ali porque vai perder tudo, onde que se viu os colonos querer administrar/comprar um hospital? Isso aí é dinheiro jogado fora. É importante lembrar que tem a gente que vinha com dinheiro no bolso para poder pagar contribuição, e os mal intencionados pediam para levar o dinheiro para casa, porque isso aí não daria certo. Eles não acreditavam que os agricultores poderiam se organizar para assumir o hospital, isso foi um atraso. Sofremos muito. Fizemos uma campanha de um saco de produto, para quem quisesse doar, um saco de soja, milho, feijão, e aí muitos começaram ajudar de novo. Pouco a pouco foi, e vencemos essa grande batalha.

Figura 42: Presença dos principais fundadores do hospital, o prefeito da cidade, a Rádio Aratiba.



Fonte: Acervo do Hospital (1986)

Com tanta falácia nas ruas, os que não apostavam na força dos agricultores, deixavam a população confusa. Foi difícil no começo encontrar pessoas que quisessem e pudessem participar da gestão do hospital, mas depois, aos poucos, perceberam que estava funcionando. Assim, contentes, muitos queriam participar, queriam ajudar. Para A5, o povo não faz ideia da economia que obtiveram a partir desta instituição de saúde estar sendo gerida pelos trabalhadores:

[...] mas teve os que foram contra. Daí economia, que as pessoas tiveram com o funcionamento do hospital, quantas as pessoas economizaram com gastos em saúde, e esse dinheiro foi injetado na economia do município. Na época eu era do movimento de mulheres trabalhados rurais da região alto Uruguai. Além da árdua luta pela aposentadoria, aqui quero citar a incansável líder Paulina Balen, que nos instigava a lutar pela saúde, e a gente sentava e discutia junto com a direção e a equipe da saúde políticas públicas específicas para as mulheres, já que estas na época não tinham muito reconhecimento e nem direitos.

Figura 43: Reunião de celebração das conquistas dos direitos das mulheres trabalhadoras rurais, em 1990



Fonte: Acervo Hospital (1990)

Dentro do contexto da época as mulheres começam a discutir questões do cuidado com a saúde, questões de gênero, de cidadania e direitos iguais ao homem. Essa luta perpassa os diferentes temas, atinge várias camadas sociais de trabalhadores. Essa conquista, da compra do hospital pelos agricultores, fortalece e engrandece todo o movimento social, conforme relata E6:

Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba, significou para nós na época já, um trunfo, uma vitória muito grandes. Imagina você que os trabalhadores, na sua grande maioria analfabetos, muitas mulheres, que até então não eram consideradas capazes de exercerem cargos de gestão, estar na diretoria de um hospital. Então foi uma quebra de paradigmas muito importante na sociedade civil organizada.

As pessoas mais jovens também eram incentivadas pelos pais a terem consciência da importância de colaborar financeiramente, a fim de que esse projeto idealizado por sindicalistas jovens e ousados, desse certo e os trabalhadores rurais pudessem, então, comprar o tão sonhado hospital conforme relata esta usuária E8, frente à situação da época.

Foi uma luta muito grande, por causa disso é que eu admiro o Lucir e o Ivar, eles eram da minha comunidade, e minha mãe sempre dizia, que era para eu e meu marido se associar desse hospital, pois quando a gente iria precisar, o atendimento era de graça. Dito e feito, nós éramos recém-casados, não se tinha dinheiro, mas juntamos tudo o que tínhamos e comparamos a cota. E quando nasceu minha filha, não gastamos nem um centavo, recebemos um atendimento de primeira. Valeu muito apenas toda luta. Hoje nós podemos nos orgulhar desse hospital.

Muitas celebrações com místicas diversas, eram realizadas, para manter o povo unido e animado, a esperança e a fé regavam esse sonho que vinha sendo construído. “Não podíamos desanimar”, relata uma das lideranças, gestora D6:

A fé move montanhas, e nós acreditávamos muito nessa nossa organização, então todos os anos o hospital faz uma festa para agradecer e manter viva a chama da esperança. E nós mulheres temos muito presente a esperança de construirmos um mundo melhor, com mais dignidade, saúde e amor.

Figura 44: Mutirão de reforma e construção de nova área física do hospital, em 1998.



Fonte: Acervo do Hospital (1998)

Na época, algumas das formas de envolver a comunidade eram através dos mutirões, reuniões nas comunidades, assembleias de prestação de contas e planejamentos das atividades para o próximo ano, as celebrações das conquistas, os seminários de saúde, da cozinha escola. O que mais chamava atenção eram as missas das festas de final de ano, evento que perdura até hoje, 34 anos depois da fundação do Hospital. Essa foi uma brilhante estratégia usada pela direção, na época, que tinha em seu quadro as irmãs.

A Ir. Zélia Luza, administradora do hospital, tinha muito presente esta prática advinda de sua formação religiosa, e por trabalhar com as comunidades eclesiais de base. O espírito comunitário implantado junto à comunidade, associações de bairros, da importância da luta pela saúde cresciam a cada ano, sempre com uma participação massiva da população.

A celebração do Natal sempre era uma festa muito esperada. Pois celebrar a vida, o ano que findava, e um ano novo, cheio de esperança de dias melhores para um projeto ousado, que os agricultores vinham construindo, era um bom motivo para reunir a sociedade. A participação do povo, o envolvimento da comunidade movimentava todo o município. O pessoal participava mesmo, e esse sempre foi o grande segredo do sucesso, como relata a profissional de Enfermagem C5:

A festa de final de ano é sempre uma alegria, até os dias de hoje. Essa foi uma forma de envolver a comunidade que sempre participa em massa. Começa sempre com uma linda missa, com encenação de natal, as crianças participam, depois tem o papai Noel, muita alegria envolvida. Os associados, em sua grande maioria agricultores, não vêm a hora de chegar essa festa, pois é uma forma de manter viva a chama da esperança, a união de esforços, de celebrar mais um ano de sucesso deste projeto de saúde, SUS, tão relevante para nosso município.

Figura 45: Imagens de uma missa realizada em 1995, na igreja matriz São Thiago de Aratiba, onde a autora juntamente com seu esposo Irineu e a filha Lara, com seis meses de vida, participam da encenação de Natal e representam a família de Nazaré



Fonte: Acervo do Hospital (1995)

Todo os anos é realizada a festa de final de ano com todos os sócios, colaboradores e o comunidade em geral. “Sempre preparávamos uma celebração com uma mística lembrando algum tema”, como relata a gestora D6:

A gente não tinha muitas condições financeiras de organizar uma grande festa, mas cada um doava um pouco de dinheiro, os profissionais e o comércio ajudava, e no final sempre dava casa cheia. Era bonito ver o povo todo participar, se divertir, celebrar esse importante conquista que vinha melhorando cada dia.

Figura 46: Assembleia e celebração eucarística na ACHA



Fonte: Acervo do Hospital (1999)

A festa já é uma tradição do hospital ao longo dos seus 34 anos de fundação, e o povo participa, cada vez tem mais gente, é "bonito de ver", como refere a usuária E1:

[..] E nós, nunca perdemos a festa de final de ano, que reúne todos os sócios, colaboradores, mais de mil pessoas todos os anos, desde que eu me lembro nós nunca faltamos. Para nós é uma honra poder celebrar essa conquista deste hospital que tão bem faz para toda comunidade, é uma vitória que nós ajudamos a construir.

Figura 47: Festa de final de ano com sócios, colaboradores, profissionais e comunidade em geral



Fonte: Acervo do Hospital (2010)

Enquanto isso, a diretoria, que era formada por líderes comunitários, se reunia constantemente para discutir como o hospital funcionaria, haja visto as dificuldades financeiras enfrentadas e a falta de apoio do poder público, que se

exímia de uma responsabilidade. O gestor D2 relata um pouco desse trabalho, totalmente gratuito, da comunidade:

[...] na verdade, as consultas eram cobradas um valor que se tinha condições de pagar. As internações e cirurgias se foi buscar apoio do Estado e convênio com o INPS na época. E devagar o hospital foi se organizando. A Administradora e economista na época, Irmã Zelia Luza, tinha grande conhecimento, faziam projetos com a ajuda das enfermeiras que eram contratadas com o dinheiro de projeto de ajuda internacional. Lembro da Alemanha que veio visitar o hospital, e para nós agricultores, professores, trabalhadores em geral, na época foi uma honra muito grande. Enquanto isso, poderíamos citar aqui o benefício que os que precisavam do hospital tiveram desde aquela época. Quanto dinheiro ficou no bolso, e sem contar que o atendimento do hospital sempre foi muito bom.

Figura 48: Visita de comitiva internacional para conhecer a ACHA, 1996



Fonte: Acervo do Hospital (1996)

O profissional médico C7, formado pela Universidade de Passo Fundo em 1985, relata que sua história começou antes mesmo da aquisição do hospital Nossa Senhora da Saúde de Aratiba pela associação comunitária formada pela população.

Fazia atendimento de consultas no antigo sindicato rural. Já naquele período existia uma ideia de descentralizar a assistência a população levando palestras informativas à população nas comunidades do interior. Existia também na época, a divulgação de tratamentos

alternativos com fitoterápicos. Com a aquisição do hospital os atendimentos se centraram mais no hospital. Os atendimentos passaram a ser totalmente gratuitos, consultas, internações, cirurgias de médio porte, partos, cesarianas tudo ao alcance da população. O início foi difícil, não se tinha convênio e o sistema estava mudando foi de Funrural para INPS para AIS para INSS e finalmente para SUS. Na época foram formados os conselhos municipais de saúde para gerenciar o fundo municipal de saúde.

Figura 49: Prédio do sindicato dos trabalhadores rurais de Aratiba onde tudo começou



Fonte: Acervo do Sindicato dos trabalhadores rurais de Aratiba (1985)

5.3 Momentos ou fatos foram de maior importância para o contexto da época? Quais suas causas e consequências?

As condições financeiras dos trabalhadores, principalmente dos agricultores que era a classe mais envolvida nesse projeto, não eram boas. Os produtos por eles produzidos não tinham muito valor monetário. Muitos tinham consciência da importância de colaborar financeiramente para que se pudesse comparar o tão sonhado hospital, conforme relata o líder A7, frente às dificuldades enfrentadas:

Foi uma luta muito grande, por causa que tinha mais dois hospitais, e que eram dos médicos. A população estava sem médico, tinha que pagar tudo né. Graças à Deus, os Movimentos Sociais, o sindicato, até a própria igreja estava envolvida, e eles começaram a ver para comprar um desses hospitais que tinha três né. O sindicato na época era muito forte, liderado por um grande presidente e líder. Homem organizado e com um grupo de pessoas corajosas foram atrás de comprar um dos hospitais da cidade. São as pessoas de ouro, vencemos e tá ali hoje uma grande vitória. E claro que tem muita coisa para melhorar, mas está funcionando. Eu era jovem na época da luta, participava do grupo de jovens, que se uniu ao movimento social e junto com o sindicato iam de casa em casa, vender uma cota para ser sócio do hospital, custava um salário mínimo na época por cota né, e muitos não tinham, mas queriam ser sócios, acreditavam na gente, e aí vendiam o que podiam para juntar o dinheiro necessário para se associar.

Figura 50: Assembleia de prestação de contas da ACHA, 1996



Fonte: Acervo Hospital (1996)

Tempos difíceis, os diretores, líderes e heróis de um projeto grandioso enfrentaram, mais de 40 financiamentos nos bancos, em nome da Associação Hospitalar de Aratiba –ACHA , que acabará de assumir o hospital , e que não tinha um remédio se quer. Os mesmo tiveram que fazer a compra de materiais, medicamentos e pagamento de funcionários. A preocupação da diretoria aumentava, bens dos seus diretores empenhorados, a desconfiança da população também aumentava. O líder e sócio fundador A2, relata que enfrentavam um verdadeiro abismo diário:

[...] Como se conseguiria pagar estas dívidas? Recorriamos aos bancos, naquele momento não tínhamos outra saída. Tínhamos que rezar e confiar em Deus, e fazer o povo acreditar e comprar a ideia do hospital comunitário do povo. Nós do grupo de frente da diretoria, nos reuníamos com o presidente e os principais líderes 2 a 3 vezes por semana, para discutir estratégias de convencimento dos agricultores, para comprarem as cotas [...] olha, se olharmos para trás hoje, podemos ver o quanto fomos sonhadores e ousados. E hoje temos essa beleza de Hospital que atende a toda população de Aratiba e de outros municípios inclusive. Posso dizer nos meus 84 anos que me sinto orgulhoso por fazer parte ainda hoje deste projeto e por ter estado todos estes anos à frente desta luta pela saúde. Valeu a pena!!

Figura 51: Reabertura do hospital 1986 pelos fundadores históricos



Fonte: Acervo Hospital (1986)

E7, filha de um dos principais fundadores, se emociona ao lembrar as cenas e falas da mãe, que ao descobrir que o marido tinha emprestado todo o dinheiro que dispunha no banco, e ainda penhorado a casa, simplesmente não dormia:

Eu era jovem, lembro que minha mãe ficava muito preocupada, volta e meia pegava-se chorando, pois dizia e se der tudo errado, aonde vamos morar, em baixo da ponte, com 14 filhos para criar. Mas, meu pai sempre confiante voltava das reuniões e contava que mais gente tinha aderido a ideia de se associado no hospital. Podíamos ver o brilho nos olhos dele [...] uma linda história de luta que precisamos

resgatar sim! Eu e meus irmãos queremos um livro quando você for publicar.

Dentro deste pensamento de resgate desta história, podemos perceber o orgulho dos filhos, netos que tiveram seus pais e seus avós envolvidos nesta importante luta social, como relata F3:

Eu não lembro dessa luta pois não tinha nem nascido ainda. Nasci neste hospital. Mas eu lembro que meus pais comentavam que meu avô vivia em função de vender cota , visitar famílias , e tudo de graça para a comunidade. Ele foi vereador e sempre trabalhou para o povo, tanto que encampou junto com outros homens de coragem, essa luta de ter um hospital que pudesse atender a todos. Já pensou se alguém hoje faria isso, duvido né Marcia. Olha, é realmente louvável essa atitude de grandeza humana deles. A gente que trabalha e mora fora daqui, poder ouvir que este hospital é referência em saúde, e que até hoje é administrado por trabalhadores, é um orgulho! Que bom que você está resgatando e escrevendo essa história, [...] que bonito né.

Dentro do espírito comunitário, os trabalhadores, verdadeiros líderes, não mediam esforços para construírem juntos este processo de compra da casa de saúde, com o objetivo de ofertar atendimento médico gratuito a toda população, e que mais tarde viraria um hospital de referência regional. Como relata o gestor D2:

Na época, conseguimos fazer um convênio com o estado, para os atendimentos médicos hospitalares o INPS na época. Conseguimos dar uma boa organizada no hospital, pois tínhamos uma garantia de receberíamos uma ajuda financeira pelo menos. Com a ajuda dos profissionais e funcionários, as lideranças que ajudavam constantemente, sem nunca cobrar um centavo do hospital, e esta forma de administrar se repete ainda hoje. O hospital precisava ampliar sua área física, mas nós não tínhamos dinheiro para concluir uma obra de reforma. Tínhamos que buscar uma saída, eu me lembro que fui conversar com então governador Jair Soares, para conseguir recursos para o hospital, para conclusão das obras.

Figura 52: Presidente do hospital em audiência com o então governador Jair Soares, em 1986



Fonte: Acervo do Hospital (1986)

A conselheira B5 relata o orgulho de hoje poder compor parte da direção do hospital, sendo que quando jovem, lembra que seus pais ajudaram na construção e reforma do hospital, e que se orgulhavam disso:

Eu nunca fui internada na época, morava na Barra do Rio Azul, hoje município. Quase nunca precisei, só quando nasceu meus filhos. E então pude perceber o quanto é importante poder ser bem atendido, e tudo pelo SUS, de graça né. Sabe que muitos jovens não conhecem essa história, não sabem como se deu os movimentos sociais e toda a luta para se conquistar o direito à saúde, e tudo o que nós trabalhamos para poder comprar esse hospital na época, e que hoje é uma referência em saúde aqui e para toda região Alto Uruguai. Então eu acho que tem poucos jovens que se interessam, como antigamente, em participar de assembleias por exemplo e buscar saber como é que começou tudo isso. Mas quando precisam aí sim vão buscar atendimento de graça no hospital né. Na minha época, nós éramos jovens envolvidos com as causas sociais, participávamos do grupo de jovens, fazíamos formação através da igreja e do sindicato dos trabalhadores rurais. Me parece que hoje se perdeu essa preocupação com o próximo, poucos trabalham e se envolve de graça, em prol da comunidade.

Segundo salienta o gestor D2, oportunizar o povo a participar do processo e sentir-se protagonista, foi a sacada para que o projeto desse certo.

Foram realizados muito seminários, muitos debates, e acho que foi uma das formas importantes para poder criar uma estrutura de suporte até hoje. Hospital comunitário experiência serviu como base, para a criação de outras associações, bem como dos Conselhos de saúde, mesmo porque, estava surgindo uma experiência diferente chamar atenção para diversas regiões do Brasil. O povo que passou a confiar no trabalho e foi possível implantar um projeto diferente que tinha um olhar sobre a saúde preventiva, além da assistência médica hospitalar.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como algo que envolve o mais completo estado de bem-estar social do indivíduo, considerando para tanto os aspectos sociais que se caracterizam pela habitação, pela renda, pela educação, pelo transporte, dentre outros.

Neste contexto, o SUS foi instituído como categoria de direito universal concebido a todos os cidadãos, e pode ser definido como um sistema que visa à prestação de serviços de saúde a toda população do Brasil, regulamentado, controlado e fiscalizado no que se refere à execução de suas ações pelo Estado, que tem como principal objetivo o bem comum. Seus princípios são universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Dentro deste contexto, é emocionante ver o profissional da saúde C3:

Eu também trabalhei na área de orientar as pessoas, pois tínhamos e temos muito a ganhar com a alimentação saudável. O hospital então dentro do programa de prevenção à saúde, trazia profissionais médicos, enfermeiros e nutricionistas para nos ensinar, como deveríamos fazer a comida a ser servida para os pacientes internados no hospital, e orientar o pessoal que participava dos grupos de prevenção à diabetes, hipertensão, gestantes. Merece um destaque não só do ponto de vista social, mas também de uma vida mais saudável e mais saúde.

Figura 53: Primeiro grupo do curso de alimentação alternativa cozinha escola do ACHA I, em 1989



Fonte: Acervo do Hospital (1989)

Dentro deste pensamento da importância da alimentação sadável, muito discutido nos dias de hoje, chama atenção a forma de cuidar da saúde trabalhando a prevenção com alimentação alternativa nos anos 1990, a preocupação do hospital que se propunha uma forma diferente de atuação. Muitos seminários, palestras e formação nas comunidades foram organizados pela administração do hospital na época protagonizada pela Ir. Zelia Luza, que juntamente com movimento das mulheres realizavam cursos para ensinar preparar pratos com alimentos produzidos nas propriedades, como relata a gestora D5:

Desde criança frequentávamos os cursos nas comunidade do interior, acompanhando principalmente as mães. Esse conhecimento levavamos para casa, onde em nossas mesas partilhavamos muitas receitas com alimentos alternativos, fruto desses projeto.

Figura 54: Entrevista com a Enfermeira Simione Silva RBTVErechim em 1996



Fonte: Acervo Hospital (1996)

Alinhado à realidade vivenciada pelos entrevistados, o Hospital já na época se destacava por trabalhar muito com a prevenção, como relata o coordenador Lucir de Conto. “Frequentemente éramos chamados para participar de seminários, para relatar a experiência de trabalho realizado pelas lideranças do hospital dentro dos programas de saúde preventiva” (LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006).

Para esse conselheiro de saúde, B1, em 1986 quando começou os cursos de agentes, diz.

A gente ajudou muitas pessoas. [...] As dificuldades enfrentadas reavivaram as forças de luta dos engajados com a ACHA, e fortalecia a esperança de concretizarem o sonho dos agricultores em ter um atendimento de qualidade e gratuito na área da saúde. Na época, tudo era difícil. As pessoas vinham para o hospital, traziam alimentos, era uma forma de contribuir com o hospital.

Figura 55: Reunião dos Agentes comunitários de saúde com o então secretário da saúde Dr. Dirceu Detoni, em 1991



Fonte: Acervo hospital (1991)

A formação era o grande norte, que faziam com que a chama do movimento social se mantivesse viva, como relata E4:

Eu acho que foi um marco na história, onde se deu o início aos movimentos sociais, sendo que, principalmente os agricultores se empoderaram e começaram a participar da história Na época eu tinha pouca idade, não lembro muitos detalhes, mas lembro que foi um movimento que me chamou a atenção, Sendo que desde aquela época me identifico com as lutas, pois havia agricultores apostando na aquisição do hospital, como também havia muitas pessoas que foram contra, duvidando da capacidade dos agricultores, pois até então, o agricultor era visto só como agricultor mesmo, sem capacidade para administrar

O gestor D2 relata que as dificuldades no início eram de como encaminhar a documentação, pois não tinham experiência.

Éramos agricultores sem experiência na questão burocrática. Procuramos, na época, a Irma Zélia Luza. Sabíamos que tinha experiência, tanto de movimentos populares, trabalhava na CRABE, quanto em administração hospitalar, pois trabalhou no Hospital de Gaurama. Fomos procurá-la, num primeiro momento, erramos o endereço; fomos numa casa de irmãs perto da rodoviária em Erechim, batemos na porta e não era lá que ela morava. Passamos diversas casas, procurávamos pela Irma Zélia, mas não sabíamos

nem o sobrenome. Depois de muito andar, alguns moradores informaram onde ela morava. Chegamos lá conversamos com ela e colocamos nossa preocupação. Tínhamos comprado um hospital, porém não tínhamos experiência em administrá-lo. Conversamos bastante e ela colocou a possibilidade de contribuir só que precisávamos com a superiora da Província. Um certo dia, ela ligou dizendo que a superiora estaria em Erechim e fomos conversar. Convencemos a superiora de que precisávamos da Irma Zélia e acordamos que ela iria a Aratiba uma vez por semana. Ela começou a ajudar a organizar toda a documentação, inclusive nos registros necessários nos diversos conselhos e nas exigências na documentação.

O gestor D6, relata que:

Na cozinha a gente não tinha nada, tudo era difícil. Quando estávamos paradas (com o hospital fechado) pensamos um pouco, deu para organizar um pouco. Como não tínhamos como trabalhar o Hospital porque não tínhamos funcionários, foram criados os Conselhos nas Comunidades, com representantes nas Comissões. Sem a Prefeitura concordar. O pessoal estava por dentro, era um grupo grande. Depois a gente começou a saúde preventiva. O pessoal falou que estávamos treinando para a guerrilha. Não tinha como andar um Hospital sem dinheiro, sem funcionários, sem nada, somente se a comunidade ajudasse. Era a maneira do trabalho popular, hoje se fugiu um pouco disso, mas na época estava em alta se trabalhar com as bases. Eu tinha feito um curso em Santa Maria que era voltado para o trabalho popular. Nós fizemos projetos com a Santa Casa de Misericórdia e com a Cáritas. Conseguimos dinheiro e pagamos o empréstimo aos credores para abriremos logo o Hospital, pois o povo precisava de uma resposta. O Hospital ficou totalmente fechado, nós tínhamos um médico para atender casos urgentes, mas no prédio do Sindicato.

Sobre a situação inicial, a profissional técnica de enfermagem C5 relata, emocionada;

[...] fui encaminhada pela Associação e inclusive, ela arcou com as despesas, eu não tinha uma boa situação financeira e fui ajudada para fazer o curso [...] Era meu sonho trabalhar no Hospital. No início realmente foi muito difícil, porque não se tinha profissional, não se tinha materiais equipamentos e nem estrutura. O trabalho era feito de uma forma assim, bastante precária. Não se tinha muito preparo nem orientação e estudo, para lidar com muitas situações de doenças, pessoas acidentadas, gestantes que chegavam até o hospital. Passamos por muitos apertos, e rezávamos para que desse tudo certo... acho que acontecia alguns milagres ... Depois com o passar do tempo, eu fui uma das primeiras pessoas que a Associação ofereceu a oportunidade de fazer o curso. Na ocasião não tinha curso aqui, em Aratiba, nem em Erechim, então eu fui fazer em Santa Cruz do Sul. O curso durou um ano e meio e eu fui uma das primeiras que se formou em auxiliar de enfermagem.

Conforme a gestora da época, D6, o hospital tinha aproximadamente 40 financiamentos nos Bancos, em nome da Associação, membros da direção e associados. A preocupação da diretoria aumentava, bens dos seus diretores penhorados, a desconfiança da população também aumentava. Como se conseguiria pagar estas dívidas?

O líder comunitário A10 relata que mutirões eram realizados e todos trabalhavam para conseguir comprar o hospital, e depois foram contratados médicos e enfermeiros para prestar atendimento médico e hospitalar.

Eu me lembro que meu pai contava que o atual diretor do hospital seu Lucir de Conto, era um homem incansável e muito persistente, pois organizar toda a construção o processo de gestão do hospital, não era para qualquer um. Sempre foi muito participativo, assim com a comunidade, por isso o hospital tá funcionando até hoje. Eu lembro que era criança e eu participava com o pai das reuniões. A gente morava no interior da Barra do Rio Azul, e meu pai era professor. E essa luta pela saúde, todo mundo queria ajudar de alguma forma, pois é o nosso maior bem né. O Hospital era muito comentado, muitas notícias boas, entrevistas na TV em jornais, pois na época era uma realidade nova, os trabalhadores compraram e estavam administrando um hospital. Imagina isso era muito orgulho para nós Por isso essa história deve ser registrada, pois meu filho daqui alguns anos não vai saber nada disso, do quanto o povo se mobilizou e ajudou na construção do hospital, com os mutirões, com saco de soja e milho [...] Eu tenho muito orgulho de fazer parte desta história.

Dentro deste pensamento, algo que chama muita atenção era o espírito comunitário que os trabalhadores tinham em participar dos mutirões, nas reformas, e ampliação do hospital, como relata o conselheiro B3:

A reforma foi andando e o povo participava em massa, ajudavam na obra, quem não podia doava cimento, ajudavam com dias de trabalho, as pessoas queria participar, se sentir parte integrante dessa construção, desse projeto que vinha a contribuir muito com o povo trabalhador, que não tinha dinheiro para pagar hospital. Eu era criança lembro que meu pai ia trabalhar para ajudar na reformar o hospital, quanto mais rápido, antes o hospital ficava pronto para dar condição de atender o povo.

Figura 56: Visita do então governador Olívio Dutra e Secretária da Saúde de Estado, Sra. Maria Luiza Iguer (1999)



Fonte: Acervo Hospital (1999)

Os trabalhadores, inclusive as mulheres, eram encorajadas de participar e lutar por seus direitos. Na época inexistiam políticas públicas de saúde que proporcionassem assistência médica hospitalar para as pessoas menos favorecidas. O SUS não existia ainda. Hoje que todos têm seu direito à saúde garantido pela Constituição federal, conquista essa, que foi fruto do movimento social como relata a usuária E1

Mas aqui no hospital hoje a gente se sente em casa, e ainda não se gastar nada. Não precisa vender suas terras, as suas vacas e carroça como uma vez. Os trabalhadores da cidade que nós não tínhamos o que vender, ficavam devendo, ou muitos nem eram atendidos. Na época eu estava a frente do movimento das mulheres, junto com tua mãe, a falecida Paulina, que foi uma heroína, na luta pela saúde para as mulheres, que não tinham direito a nada, pois não eram reconhecidas como trabalhadoras rurais. Os líderes sempre nos chamavam para as reuniões, mas tinha pessoas que sempre falaram que isso não adiantava, imagina o que os colonos vão querer ter um hospital. Não vão saber administrar [...] tomara que a gente nunca vai usar aquele hospital lá, e depois quando estava morrendo, ficaram meses internados no hospital e foram bem atendidos no Hospital dos Colonos [...] Mas, eu sempre digo, deu certo porque sempre foi bem administrado, com a participação do povo.

Com o desenvolvimento desse processo organizativo na região, houve o

aumento da participação da mulher nos sindicatos, nas direções de capelas, associações de bairros, clubes esportivos, conselhos e o envolvimento na política partidária. Novas condições ampliaram a participação das mulheres no meio rural, proporcionando mudanças ou questionamentos quanto às tradições desse meio. Diversos movimentos e redes de mulheres deixaram marcadas sua participação em todo o processo de construção e realização de toda a luta pela aposentadoria e pela luta ao direito da saúde pública.

As lideranças de Aratiba participaram de reuniões e mobilizações nos níveis regional, estadual e municipal, e no processo da Constituinte (1987/88). O então deputado Valdomiro Fioravante, era o único deputado federal da região que representava os trabalhadores e, por conseguinte, apresentava emendas populares sobre os direitos da mulher na nova Constituição Brasileira, direito do povo trabalhador à saúde pública, à aposentadoria, ao direito à terra.

Neste período inicia-se uma grande mobilização, caminhada em busca dos direitos juntamente com lideranças de outros municípios, estados rumo aos Ministérios com várias audiências no Ministério da Saúde, Trabalho, Previdência e Bem-Estar Social, em Brasília. Em todos os cantos surgiam as mobilizações. Foram conquistados espaços na sociedade e na vida pública, participando do processo das eleições, das Diretorias das Entidades, Sindicatos e Comunidades, como relata A4:

[...] Os trabalhadores faziam muitas caravanas até Brasília. Nós sempre recebíamos todos os trabalhadores, pois era a nossa principal bandeira de luta a defesa dos agricultores, da mulher da roça, dos atingidos por barragem, dos sem-terra, e da saúde. Liberamos muitas emendas parlamentares em favor do Hospital comunitário de Aratiba. E juntos comemoramos muito direitos que conquistamos na luta, na organização. Em 1989, desenvolvemos a luta por saúde muito forte na região, pois não existiam serviços organizados. Assim, elaboramos auxiliamos na elaboração de diversos programas de saúde pública. Esta situação era discutida na Conselhos Municipais de saúde e era implantado por pressão da comunidade. Enfim, nossa luta valeu e vale, pois as conquistas que tivemos são o resultado da nossa participação e temos certeza que crescemos e que hoje todos os trabalhadores são reconhecidos e têm as mesmas oportunidades na busca e no exercício da cidadania.

Figura 57: Representantes regionais no processo da constituinte Federal em 1988



Fonte: Acervo do Hospital (1988)

Muitos fatos importantes aconteceram, conforme relata D4

[..] sou vítima no bom sentido, pode-se dizer eu fui beneficiado com essa estrutura que tem o hospital, principalmente com a minha família, aonde a gente vê o calor humano. Podemos dizer que estamos muito bem servidos [...] É uma história muito significativa, de extrema importância para todos nós temos uma iniciativa do nosso povo, que construiu uma instituição que cuida da vida, que te socorre quando você mais precisa, na doença um momento que te deixa vulnerável. Este hospital orgulha qualquer cidadão de bem, temos um município privilegiado de conhecimento e concordância entre todas as classes, apesar das divergências que são necessárias também para que nós possamos exercer os ditames de uma dialética tranquila e de respeito entre todos nós.

Para F7, o avanço do processo de saúde no município foi decisivo para a população.

Eu estava no dia da abertura do hospital, e posso dizer como isso foi um marco inesquecível e continua sendo muito importante principalmente para o povo menos favorecido. Na época eu era

pequena e lembro quando alguém ficava doente o pai e a mãe ficavam muito pensativos e tinha que vender alguma coisa, boi, vaca, ou pedir dinheiro emprestado. O Hospital era tudo particular. E hoje quando se precisa do hospital além de ser de graça, e muito bom ver que é uma saúde de qualidade. Os profissionais os médicos são de altíssima qualidade. Então a gente deveria poder registrar essa história pois eu lembro porque vivi tudo isso com meus pais, mas os mais jovens, eles não conhecem.

Para E4, esse foi um momento histórico para os agricultores e para a cidade:

Eu acho que foi um marco na história, onde se deu o início aos movimentos sociais, sendo que, principalmente os agricultores se empoderaram e começaram a participar da história. Na época eu tinha pouca idade, não lembro muitos detalhes, mas lembro que foi um movimento que me chamou a atenção. Sendo que desde aquela época me identifico com as lutas, pois havia agricultores apostando na aquisição do hospital, como também havia muitas pessoas que foram contra, duvidando da capacidade dos agricultores, pois até então, o agricultor era visto só como agricultor mesmo, sem capacidade para administrar

5.4 A construção da gestão do hospital nesse processo e como é nos dias atuais?

Para o gestor D4, o que mais chama atenção depois de um bom atendimento é um hospital bem equipado, e a maneira de como é feita a gestão.

Uma direção formada por líderes comunitário, tipo uma associação na verdade. A diretoria da associação, é formada por grupo de pessoas que foram escolhidas pelas comunidades. Dessa forma há30 (trinta anos) se faz formação e as Assembleia abertas para toda comunidade participar.

Figura 58: Prestação de contas da ACHA no ano de 1998



Fonte: Acervo do Hospital (1998)

A gestão sempre foi muito participativa, como relata B1, e a formação foi um grande diferencial, pois todos as lideranças que quisessem participar eram convidadas:

Nós fazíamos curso de agentes comunitários de saúde, visitávamos as famílias no interior. E quando tinha os cursos de alimentação alternativa com Dr. Celerino, eu nunca faltava, pois naquela época já se aprendiam a comer bem, alimentos saudáveis, sem agrotóxicos para prevenir a saúde. Tudo isso eu lembro com muita saudade, pois era muito rico, a gente aprendia muito com os profissionais da saúde[...] lembro das enfermeiras Leda Brum e Simone Silva, como elas eram queridas e ensinavam boas práticas de prevenção à saúde, primeiros socorros etc.

Figura 59: Curso de formação agentes comunitários de saúde, em 1986



Fonte: Acervo do Hospital (1986)

O poder público municipal, já há bastante tempo, entendeu que o SUS é responsabilidade das três esferas de governo. A prefeitura repassa recursos financeiros para o hospital, que impacta positivamente na economia do município . Qual é o povo que não quer ter segurança em saber, que quando tiver qualquer problema de saúde, tem um hospital onde possa ser atendido? Para o gestor D3, o hospital é fundamental para a cidade, tanto que:

A equipe médica presta seu serviço muito bem, pois, não precisa se preocupar com a questão comercial. A parte comercial fica entre o hospital o médico, é uma relação direta Hospital com o profissional médico. "O paciente é uma pessoa que vai lá para ser atendida, gratuitamente". Esta forma de gestão produz um impacto positivo na sociedade, onde as pessoas se sentem seguras com Hospital comunitário. Quem precisar do atendimento de Saúde na sua terceira idade, sabe que aqui dentro do hospital, eles vão ter. Isso possibilita muita tranquilidade de envelhecer com muita segurança. Hospital também compreende uma política de valorização das pessoas, proporcionando uma estrutura física de boa qualidade, ao contrário de outros lugares, onde a gente vê hospitais sucateados no atendimento SUS oferecendo uma estrutura física deficitária, onde os quartos (hotelaria) são lugares úmidos, sombrios que não pega sol né. Essa compreensão aqui se tem, onde que é tudo pelo SUS 95% Hospital, é uma Pérola pelo SUS né, os quartos coletivos têm até ar-condicionado, TV, acomodações modernas. Então é uma instituição que valoriza as pessoas, onde se percebe que atendimento é prestado por profissionais tem e a vocação para cuidar, o médico tá atendendo os pacientes com muita atenção e carinho , o que faz a

diferença.

Figura 60: Procedimento oftalmológico realizado na ACHA



Fonte: Acervo do Hospital (2018)

Figura 61: Salas de cirurgia da ACHA



Fonte: Acervo do Hospital (2016)

Em entrevista à editora notícia política, publicada em 16 de outubro de 2010, Edegar Pretto, deputado estadual, faz uma alusão ao movimento social e à importância do resgate da história quando refere “vou levantar a mesma bandeira do meu pai”, bem como a grande ligação do pai grande líder em defesa do movimento social ligado a setores da Igreja, que teve uma participação importante na luta da saúde na região Alto Uruguai. A participação e a interação da comunidade é o grande segredo do sucesso, pois as pessoas são parte do processo, são protagonistas do projeto, como salienta D8:

Sim. Meu pai era militante das comunidades eclesiais de base, as CEB's, também da Comissão Pastoral da Terra, CPT, e eu também sou fruto dessa mesma semente. Me criei participando das romarias da terra, que são organizadas pelas igrejas católicas, pela Comissão Pastoral da Terra (CPT). A luta e a defesa dos direitos dos trabalhadores sempre foram a minha grande bandeira, e sem dúvida, um hospital Comunitário como este de Aratiba, nos enche de orgulho e demonstra que o SUS é possível sim. A participação e o envolvimento da comunidade são primordiais para alcançar o sucesso, pois este cidadão vai poder se orgulhar de ser protagonista deste projeto de sucesso, e tudo isto é muito precioso para essa comunidade. Hoje que estamos frente a um desmonte dos direitos que nosso país conquistaram com toda essa garra, nos deixa tristes, pois foram mais de 30 anos de luta para que o trabalhador pudesse ter um pouco de dignidade. Portanto falar de um projeto como este, nos traz a esperança de que o coletivo, sempre é o melhor caminho.

A liderança que passa de pai para filho também se configura neste cenário, onde a formação foi a grande motivadora e impulsionadora da continuidade do movimento social e Aratiba e Região. Essa história se configura a partir do depoimento deste jovem sindicalista, líder agricultor F6:

Cresci vendo meu pai Alcebiades participando das reuniões, assembleias da diretoria, e depois como agente comunitário de saúde do hospital [...] lembro que meu pai aos domingos ia para o culto e levava o aparelho de pressão, para verificar a pressão arterial dos agricultores da comunidade. Então lembro que a gestão do hospital sempre foi muito participativa e continua sendo assim, até os dias de hoje. Acho que esse foi o grande diferencial do sucesso do hospital E através desta participação, que a direção consegue solucionar os problemas, aproximar a comunidade e fazer com que a mesma se sinta protagonista desta conquista. .

Figura 62: Seminários de formação com lideranças, em 1991



Fonte: Acervo do Hospital (1991)

A direção do hospital, desde sua fundação até os dias atuais, sempre primou por uma gestão participativa. De fato, fica claro na fala de B2, onde ela ressalta:

Tem a assembleia geral dos associados todos os anos, que é quem determina os rumos do hospital, e o que a direção deve fazer para melhorar a atuação da entidade. A diretoria é composta por 30 membros sócios do hospital, e que fazem um trabalho completamente gratuito. Esse grupo se reúne uma ou duas vezes por mês, para participar das reuniões, afim de elaborar e discutir ações de planejamento e resolver problemas, muitas vezes situações administrativas e que requerem uma maior atenção. É graças a Deus, vem dando certo há mais de 30 anos essa forma de gestão.

Para F5, a participação democrática é o grande segredo:

O Sucesso da acha vem da participação popular, das centenas de milhares de famílias que construíram coletivamente a luta para a realização de um sonho que era ter saúde gratuita para não perder seu patrimônio às vezes de uma vida toda. E essa forma de gerir o Hospital junto com o povo, é o ponto chave. Que bom seria se a juventude viesse participar junto, mantendo e melhorando essa história e esse sistema de gestão democrático e popular.

Outro fator que se construí nos anos 80 foram os Conselhos de Saúde, que são importantes instâncias colegiadas com caráter deliberativo, segundo a Lei nº 8.142/90, que versa sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. A sua composição, por força do regramento legal, tem que ter representação popular, com 50% dos seus membros representando o segmento dos usuários. Os conselhos possuem inúmeras atribuições, entre elas, a de atuarem na elaboração das políticas públicas de saúde de abrangência municipal e regional e, nesse caso, os serviços de Atenção Terciária estão inseridos na Rede Regional de Atenção à Saúde como relata B4

O Hospital de Aratiba exerce um papel fundamental na rede, quando dispõe para os usuários do sistema público de saúde diversas ações e serviços de saúde de média complexidade. Conceitualmente o Sistema é regionalizado e hierarquizado, com pactuações definidas com relação às suas competências, partindo dos serviços de menor complexidade para os de maior complexidade, todos mapeados em rede. O Hospital de Aratiba, nesse contexto e pelos seus serviços credenciados, é porta de entrada para os usuários do SUS e exerce um importante papel na RAS, bem como associa-se a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim (FHSTE) na oferta de serviços da atenção terciária, o que corrobora para minimizar a demanda, diminuir as filas de espera, deslocamentos desnecessários de ambulâncias, contribuindo significativamente na recuperação e reabilitação dos pacientes.

Dentro deste contexto ainda B4 refere a importância do hospital de Aratiba no contexto regional em se tratando da assistência SUS

Como o referido nosocômio possui serviços SUS e está inserido na rede, não há como não considerar a relevância da Casa de Saúde para Erechim e região. O hospital está mapeado na estrutura de saúde regional como um importante hospital, que acolhe pacientes de toda a região para os serviços no qual possui contratualização com o sistema público e, na ascendência dos serviços, tem na FHSTE um hospital de referência SUS, para os casos que requerem estruturas de complexidade maior.

5.5 O impacto que o hospital tem ou teve na saúde das pessoas, no mundo do trabalho e nas economias local e regional?

Para o sócio fundador do hospital A1, o impacto desse hospital foi altamente positivo para a comunidade de Aratiba e da Região Alto Uruguai:

Sabemos que hoje tem mais de 3 milhões que impacta na economia do município. Quando nasceu o nosso filho não gastamos nem um centavo e o atendimento foi de primeira. Diria sim, como é que a gente poderia deixar gravado toda essa história bonita. Então essa história tem que ser escrita e divulgada aos 4 cantos do Brasil. E eu tô muito contente porque você está ouvindo a gente, e já está trabalhando nisso, eu fui um dos fundadores né, junto com a família. Então essa história não é só cifras né, são muitas vidas que foram beneficiadas e continuam sendo privilegiadas com esse hospital. Tanta gente diz que nossos netos não têm ideia de onde veio esse hospital né, pois não conhecem e não viveram essa história. Então é imprescindível que se faça uma divulgação da criação do hospital, e o quanto ele tem impactado positivamente, para a economia do município. É uma vitória do povo daqui né, e nós aqui na nossa família já economizamos muito com atendimento gratuito desse hospital, eu tô muito contente.

O resgate da história é de suma importância para a grande maioria dos entrevistados. “Como vamos cobrar dos nossos jovens, que não viveram e não conhecem essa história”, como diz o jovem entrevistado F5:

O povo fala muito que os profissionais médicos e enfermeiros e outros são ótimos, e o atendimento é muito bom. Eu acho que o pessoal percebeu que não se gasta mais nada em saúde aqui em Aratiba [...] mas para essa geração mais jovem, que talvez não conhece quanto se lutou para se ter esse hospital, como que foi a luta para obter essa importante conquista, alguém tinha que contar para eles. Para que possam entender e fazer parte da gestão e valorizar a participação, eles tem que conhecer essa história, alguém precisa contar com se deu todo esse processo e vale a pena passar para eles, que inclusive os jovens daquela época ajudaram muito e fizeram a diferença. Só assim eles vão valorizar mais hospital, a direção e a participação na gestão do hospital.

Figura 63: Prédio da ACHA com destaque para o centro de especialidades



Fonte: Acervo do Hospital (2016)

Com a regionalização da saúde no Estado do Rio Grande do Sul foram aprovadas 30 Regiões de Saúde, cada qual com uma Comissão Intergestores Regional – CIR. Cada Região de Saúde é identificada com denominação que foi definida pela Comissão Intergestores Regional – CIR, que se reúnem mensalmente ou conforme a necessidade. Após as discussões, as demandas são encaminhadas às Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos estados, que são vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.

Esse processo todo exigiu que gestores municipais e estaduais se debruçassem sobre a regionalização, buscando criar alternativas de organização do sistema de saúde para a população e novas estratégias para atender às suas necessidades, sendo fundamental a composição de práticas de gestão cooperativas e os então chamados consórcios de saúde entre os municípios (FIOCRUZ, 2005).

Dentro deste contexto, fazendo uma abordagem da região Alto Uruguai e correlacionando aos tema da regionalização da saúde, podemos perceber que este processo está bem organizado e equacionado, no que diz respeito à rede de Assistência médico Hospitalar, onde temos um grande hospital público denominado de Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, localizado na cidade polo, referência para os 33 municípios na média e alta complexidades, tendo como retaguarda uma rede de hospitais microrregionais, entre eles a ACHA.

Figura 64: Ato de lançamento de hospital de Referência nas especialidades de Otorrino e Oftalmologia para 33 municípios da Região Alto Uruguai, em 2014, com a presença de diversas autoridades



Fonte: Acervo do Hospital (2014)

O hospital hoje passou é referência em atendimento SUS para mais de 33 municípios. O profissional C 1 relata com muito orgulho:

Cirurgias de baixa e média complexidade são feitas aqui. Pessoas de outras comunidades, outros municípios vêm buscar atendimento médico. Isso tudo movimentando o comércio, a economia local, pois almoçam, jantam, fazem um lanche, sempre compram alguma coisa. Lembro dos constantes esforços feitos assim para melhorar o investimento no hospital equipamentos e reformas. Gostaria de destacar aqui em especial, o atendimento padrão a nossa equipe que é muito boa, trabalhar com paixão no cuidado ao paciente. Atendemos de forma igualitária o paciente SUS, particular ou convênio. O SUS pode dar certo

Figura 65: Dr Rogério Trentin, médico, filho de sócios fundadores do hospital, retornou para sua terra e hoje atende os pacientes em Aratiba

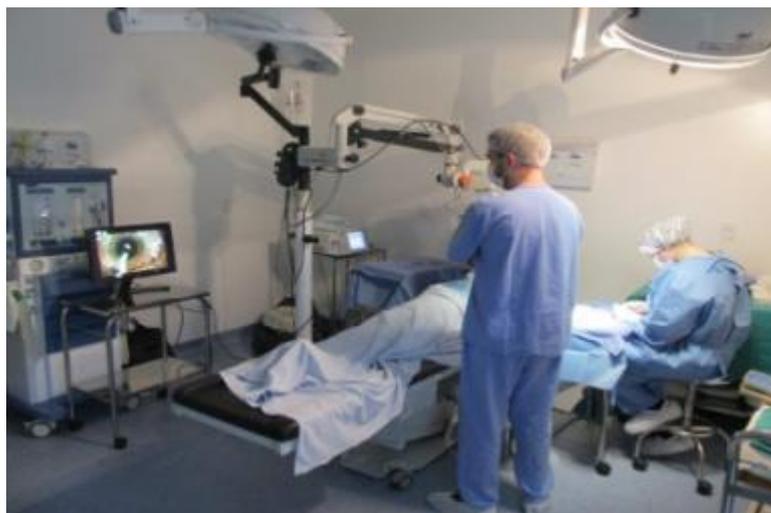


Fonte: Acervo Pessoal (2017)

Ainda para C1, quanto mais se investe e se melhora o atendimento, mais pessoas e secretarias de saúde de outros municípios, buscam a referência em consultas e cirurgias que são realizadas dentro de um acordo para atender toda a região nas especialidades referendadas.

Os investimentos feitos e as novas especialidade e referências na área da Oftalmologia e otorrino em hospital né que até a consultas e a cirurgia é de graça para 33 municípios , injetou um bom dinheiro aqui, e também os pacientes fazem cirurgias de outras especialidade onde o médico consegue organizar para que as pessoas possam fazer seus procedimentos de baixa e média complexidade pelo SUS, sem gastar nada . Então além do dinheiro permanecer no bolso do cidadão, o restaurante, o hotel e outros serviços movimentaram muito mais, melhorando a economia do município, pois atendemos muitos pacientes provindos de outros lugares. Por isso, tenho orgulho de trabalhar aqui e colaborar com essa história bonita, que nossos pais batalharam e lutaram de forma incansável há mais de 30 anos atrás, e hoje nós estamos aqui para ajudar a fazer a diferença no atendimento médico, ofertado para a comunidade né. Eu acho fundamental deixar essa história gravada, escrita e divulgada, para que nossos filhos possam conhece-la, e um dia sentir o mesmo orgulho que eu sinto hoje .

Figura 66: Procedimentos realizados na ACHA



Fonte: Acervo do Hospital (2018)

O desenvolvimento e crescimento deste projeto de saúde tão importante para o município de Aratiba e toda a região Alto Uruguai, impacta a vida das pessoas, como relata o gestor D4:

A economia e a qualidade de vida para as pessoas aqui do município é diferenciada, até porque o hospital tem um trabalho comunitário sem fins lucrativos, isso fez com que esse modelo de gestão participativa agregue muito comunidade, impactando positivamente. As pessoas se sentem seguras com Hospital aqui na cidade, onde elas sabem que se precisarem de atendimento médico, serão muito bem atendidas, recebendo todo cuidado com muita qualidade, e ainda de forma gratuita.

A gestão participativa sempre foi a principal premissa e forma de administrar o hospital e é um grande diferencial até os dias de hoje. “É uma referência em saúde para o município e região, prioriza o atendimento SUS e de qualidade, onde todos tem acesso ao atendimento, são bem acolhidos, se sente em casa, propósito este da sua Fundação, de melhor atender a comunidade”, como relata B2:

Entre muitos os fatos que aconteceram nestes 30 anos, o que me marcou muito foi agora em 2014. Quando na busca da ampliação dos serviços para Aratiba e Região, juntamente com a Coordenadoria da Saúde apresentamos uma proposta aos Secretários Municipais de Saúde da Região 16 em Saúde, são 33 Municípios da Região Norte do Estado, na maioria de pequeno porte, juntamente com Erechim. Colocamos a realidade, o propósito do hospital de ampliar os Serviços e atender as especialidades de Otorrinolaringologia

e Oftalmologia, serviço este 100% SUS. Claro tivemos que fazer várias reuniões de convencimento, que mesmo sendo um hospital pequeno, tínhamos capacidade física para implantar, bem como uma boa equipe de profissionais para os atendimentos. Passada esta fase de organização, buscamos a Contratualização dos Serviços junto ao Governo do Estado, que na época liberou 240 consultas mês para cada especialidade médica e alguns procedimentos Cirúrgicos, iniciando os serviços em fevereiro de 2015. Sem dúvida, foi muito bom, pois antes as pessoas, quando ficavam doentes, precisavam de muito dinheiro, tendo muitas vezes, que vender bens para pagar o hospital, depois da aquisição, mudou tudo, todo mundo teve acesso a um valor baixo, e, além do mais, o hospital comunitário sempre investiu muito na medicina preventiva e alternativa, além de ter um ótimo atendimento. Temos um hospital de primeiro mundo, com certeza

Figura 67: Ato de assinatura convenio do estado com ACHA, em 2014. Lucir de Conto, coordenador do Hospital, Sandra Fagundes, secretária da Saúde do Estado, e Neusa Munaro, presidente do hospital.



Fonte: Acervo do Hospital (2014)

O Hospital é uma das maiores empresas do município, pois além de atender um grande contingente de população de forma totalmente gratuita, também emprega mais de 60 famílias, que tem o pai, mãe, ou o filho trabalhando no hospital, e recebendo um salário. Para F2:

O hospital é muito impactante também para área financeira, para economia do município, isso faz diferença em Aratiba, pois todo dia

tem gente de fora que vem se tratar, aqui fazer consultar ou cirurgia, e sempre tem acompanhantes que acabam gastando no nosso comércio, compram um lanche, uma bebida, etc. Além de que, todo mundo um dia pode precisar de um hospital, e com certeza é fundamental esse serviço, pois a gente nem tem noção de como seria um município sem o hospital, para se socorrer num eventual problema de saúde, acidente, etc.

Conforme salienta F1, qualquer pessoa pode precisar de um atendimento algum dia. Por isso, o hospital é indispensável para o município, para a vida dos que residem no município, bem como às pessoas que vêm passar finais de semana no lago, por exemplo:

Já pensou se alguém, daqui, ou de fora, se machucar trabalhando, ou sofrer um acidente e, tem que ir para Erechim buscar atendimento. E no dia a dia, para quem sempre foi acostumado buscar atendimento aqui, ter que ir para outro lugar, ah com certeza iria reclamar muito, porque a vida é uma luta diária e a gente fazer parte disso. Então é muito importante que as pessoas se deem conta da preciosidade que nós temos aqui em Aratiba um hospital, ao qual podemos recorrer quando necessário. Acredito que devemos passar para as nossas futuras gerações, esta história da luta, construída por nossos pais, agricultores na época, sem estudo e com pouco conhecimento, olha, foram audaciosos e corajosos ao enfrentar o dono do hospital, e encerrar os muitos desafios, mas provaram que muitos avanços a gente consegue através da união e da organização.

Hoje a gestão do hospital respira mais tranquila, pois conta com recursos provenientes do poder público, que garantem o financiamento dos plantões, por exemplo, e dão maior solidez ao hospital, que hoje é referência para 33 municípios da região Alto Uruguai em várias especialidades, como relata D3:

Esse hospital é um sucesso, e hoje estamos buscando mais duas especialidades dentro de uma estrutura muito bem organizada e condizente com os propósitos do SUS, com um modelo de gestão participativa né, fez com que os recursos sejam muito bem empregados e geridos.

Mensurar o impacto de se ter um sistema de saúde que funciona de forma organizada tem muitas nuances e requer várias avaliações. Diante de um problema grave de saúde, por exemplo, se você tem acesso a um hospital de forma rápida e eficiente, a chance de sobreviver será maior. Para o usuário D2:

O impacto na área da saúde é difícil mensurar, porque quando você uma pessoa que ficou doente e necessitou ser atendido, tem um outro viés além do financeiro e que é real. A qualidade do atendimento, o fato do paciente poder sentir-se seguro acompanhado de seus familiares na sua cidade, é um impacto intangível. Então esse impacto foge dos cálculos matemáticos. É claro que se formos ver, quantos atendimentos são feitos anualmente no hospital pelo SUS de forma gratuita, eu imagino que no máximo a cada dois anos se compraria um novo hospital. Os agricultores e demais associados da Associação Comunitária estão tendo como resultado do investimento, todo esse atendimento médico e hospitalar de qualidade, e é verdade que foi um sacrifício enorme, investimento pesado na época, mas é verdade que o retorno, ele é extremamente maior por cuidar da saúde das pessoas.

Figura 68: Atendimento ambulatorial no hospital.



Fonte: Acervo do Hospital (2017)

A ACHA, é um legado histórico de luta pela saúde, pois a realidade vivenciada pelo povo aratibense era uma antes do hospital, e outra depois da fundação do hospital e do sistema de saúde organizado, onde o povo passou a usufruir do direito à saúde, ao atendimento médico e hospitalar de forma gratuita. Um dos fundadores do hospital, A3 considera que teve um impacto positivo na vida da sociedade e na economia do município:

Eu acho que nós vamos deixar um legado histórico da Associação Comunitária Hospitalar, porquê antes da fundação do hospital comunitário é uma história, e depois da fundação do hospital

comunitário é outra. Um fato que marcou época, sem dúvida, pois as pessoas começaram a ter vez e voz e no seu momento mais delicado da vida, passaram a ter um atendimento gratuito. É bom lembrar, que nos primeiros períodos a gente fazia mutirão para tudo que era serviço importante, reforma e ampliação do hospital, e a comunidade participava. Então hoje quando se recorda de alguma forma essa história, as pessoas falam com orgulho de ter feito parte da fundação do hospital e das melhorias que foram sendo feitas.

Dentro contexto, salientamos a participação popular, a disponibilidade das lideranças em prol da mobilização das comunidades na busca dos direitos, principalmente na saúde. Como relata D5:

[...] A conquista do hospital se deu também num cenário de lutas, formação de lideranças, mobilizações, busca por direitos e emancipação feminina. O hospital comunitário é para a região, um modelo de gestão, de valorização da saúde e do cuidado para com a vida, mas com um grande diferencial “construído pela comunidade”

Hoje o cenário é positivo, pois os usuários falam bem do atendimento e voltam para casa com seu problema resolvido, e certamente vão referendar esse hospital para outros municípios. O fato de o hospital ser referência em algumas especialidades médicas, traz muita gente de outras localidades. Profissionais médicos que vêm trabalhar aqui, enfermeiros e outros profissionais da área, acabam se hospedando no hotel da cidade, gastando no comércio local, na padaria, na farmácia, indicando o laboratório, a ótica da cidade, fazendo com que se construa, ao redor do hospital, uma diversificada área comercial.

Para o usuário E5, alguém que mora no centro da cidade desde a fundação do município, também foi vereador na época que se trabalhava de graça para a comunidade, não tinha salários como nos dias de hoje, relata que:

É um privilégio ser sócios e acompanhar dia a pós dia o crescimento e os benefícios que esse hospital oferece para o povo de Aratiba e região, pelo SUS ainda. E eu me sinto muito feliz, pois comprei cota para mim e para meu filho ser sócios do hospital na época, onde poucos apostavam nesse negócio. Os fundadores tiveram muitas dificuldades, eram uns colonos fortes como seu Beno Klein, seu Aloisio Reichert e outros que encamparam essa luta junto com seu Lucir e o Pavan, que estavam à frente das negociações. Mas eles foram persistentes e o povo foi aos poucos ajudando e deu tudo certo. Hoje é uma honra para nós aqui, eu e minha preta sempre procuramos receber bem, os profissionais, pacientes, médicos e outros que vêm trabalhar aqui no nosso hospital. Agora de uns anos pra cá, tem até uma clínica de Especialidades, que tem profissionais muito bons. Muitas cidades têm uma economia pujante por possuírem uma rede qualificada de saúde, o que acaba atraindo muitas pessoas de outras localidades na busca de tratamento de saúde, contribuindo, conseqüentemente, para a geração de emprego, renda e riquezas.

Quando falamos em Rede de Atenção à Saúde (RAS) temos que ter presente que existem ações e serviços da atenção primária, secundária e terciária, dependendo, é claro, do seu grau de complexidade. No contexto saúde, os hospitais exercem papel fundamental na prestação de serviços de atenção secundária, em parceria com outras estruturas de saúde, e fator primordial e preponderante na atenção terciária, com a oferta de serviços de Média e Alta Complexidade (MAC).

A assistência à saúde se dá de forma ascendente, passando pelos serviços de saúde de complexidade menor até a atenção terciária, representada pelas Casas de Saúde (hospitais). Nessa direção os hospitais têm uma correlação direta com a saúde das pessoas, partindo do pressuposto que são as únicas estruturas de saúde que ofertam serviços dessa magnitude (complexidade), indispensáveis para a recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes. Em outras palavras, sem os hospitais não há como findar o tratamento de saúde, quando esse requer procedimentos mais complexos. Como relata B4

As ações e serviços de saúde são executados por pessoas, portanto, para atender o rol de demandas de saúde há a necessidade de uma gama significativa de profissionais, das mais diversas áreas de atuação, perpassando por serviços de recepção, higienização até os médicos. Essa estrutura de pessoas, fundamentais para a prestação dos serviços, mantém uma estreita relação com o mundo do trabalho, abarcando vários trabalhadores e empregando muitas pessoas, gerando, além do objetivo principal que é saúde, emprego e renda. Quando afirmamos na contextualização que os hospitais são relevantes para as RAS, mantém correlação direta com o mercado do trabalho, podemos também afirmar que os hospitais por serem prestadores de serviços de saúde geram dividendos (riquezas), por essa razão mantém correlação com a economia local e regional.

A economia gerada pelo movimento e circulação de pessoas, que vem de outros municípios buscar atendimento no hospital, passa a ser interessante e desperta interesse financeiro, como mostra o gestor D4:

[...] Veja, o Hospital tem um impacto altamente positivo para o município, e este é a visão que qualquer administrador deve ter ao assumir uma prefeitura, que tem a felicidade de contar com um sistema de saúde montado. Pois você sabe que o bem maior é a vida, e a saúde. Então para um prefeito, um gestor, ter no seu município uma instituição que se dispõe a cuidar da saúde das pessoas, e um privilégio, e o mínimo, o gestor municipal tem que ter, é a iniciativa de transferir os recursos públicos para o hospital, e assim foi feito quando nós tivemos a oportunidade de estar afrente da máquina

pública na gestão 2005 a 2010. Tivemos a oportunidade de conhecer o planejamento e a visão dos gestores do hospital , isso nos dava bastante tranquilidade , pois sempre atendeu e atende a expectativa do povo de Aratiba. A responsabilidade e a ética de como é feita a gestão do hospital sempre nos deu segurança , portanto, eu como gestor desta cidade, sempre enxerguei o Hospital, como uma das instituições mais importantes e mais significativas para todo o nosso povo. Acompanhamos um pouquinho da história através de leituras, é uma história muito significativa e de extrema importância para todos nós, portanto resgatar e mostrar os fatos e os processos de como se deu a construção desse hospital, considero fundamental.

Conforme enfatiza esse participante, a maioria das comunidades apoiou o trabalho através da participação nas reuniões e assembleias, na organização de comissões e no apoio financeiro (compra de cotas, doações, promoções, campanhas diversas e empréstimos), justamente por compreender que um sistema de saúde é dependente dos condicionantes estruturais da relação entre saúde e desenvolvimento e sua reprodução na formação de conhecimento contemporâneo, com base no diálogo com as ideias do Celso Furtado, que reproduz a ideia de que uma articulação virtuosa entre saúde e desenvolvimento demandaria políticas públicas capazes de conciliar a coexistência harmoniosa dos antagonismos representados pelos interesses do capitalismo e do bem-estar social.

Na concepção de Furtado, isto seria possível ao correlacionar o processo de homogeneização social com um sistema produtivo eficiente dotado de certa autonomia tecnológica (FURTADO, 1981). A gestão de qualquer entidade de cunho público e/ou social, dever ser transparente, pois se está lidando com dinheiro de todos. “O hospital beneficia a todos, seja Pedro, seja Paulo, seja rico, seja pobre, trabalhador ou desempregado e isto é a maior riqueza de um município”, conforme relata D4:

As pessoas precisam valorizar essa história, conhecer o quanto esta iniciativa desse nosso povo foi e é pujante , pois quer ver uma pessoa feliz é ter saúde , mas nas adversidades da vida , no dia a dia podemos ter o nascimento de um filho que nos traz felicidades , porém ele pode ficar doente , e o que nos traz muita preocupação , faz perder o sono. Então para isso temos que recorrer ao médico, ao atendimento de enfermagem, aos hospitais. Quando era gestor sempre respeitei as divergências, que são necessárias também para que nós possamos exercer os ditames de uma dialética tranquila, de respeito entre todos nós [...] e os recursos públicos , que transferimos para o

hospital, aí eu sei que foi aproveitado de uma forma muito responsável, por todos os executivos que passaram por ele.

A gestão que é feita pelos associados, pela comunidade e o poder público, que auxilia com repasses financeiros, é muito importante pois ajuda na manutenção e na boa qualidade do hospital, enfatiza F1:

É importante que esse repasse sempre exista né, e que se possível que possa ser aumentado né da melhor forma né porque ele é muito importante realmente não é fácil manter o que o hospital que atende toda população gratuitamente. Então eu escuto falar do hospital desde que eu era criança. E imagino para ele chegar onde ele tá hoje né, foi uma história bem bem árdua, eu via os meus avós falando que vinham para o hospital e tinham que levar comida, pois o hospital estava sem, e que as pessoas ajudavam na construção e que podia doar o que precisava para fazer o hospital funcionar. E hoje hospital é uma referência regional, aqui para o nosso município e isso é muito importante para nós, e que venham mais especialidade, mais médicos [...]

Para F4, resgatar a história é manter viva a esperança de um povo sofrido, que, por muitas vezes, se viam obrigados a vender sua terra, seus bens, para não perder a saúde de um filho, de um pai, de uma mãe:

Nós jovens gostaríamos de conhecer e fazer parte dessa bela história, que os agricultores sócios do hospital construíram e batalharam para ter hoje uma saúde de qualidade em Aratiba. Muitos vão lá receber atendimento, dão a luz a seus filhos, fazer uma cirurgia, recuperam a visão depois de anos aguardando por uma cirurgia, “não pagam nada” e nem sabe como acontece esse “milagre onde o SUS realmente funciona para o rico e para o pobre.

O povo que não valoriza sua história tende a padecer por ela. Tudo que não se registra vai ser perder, como ressalta a usuária F2:

Eu sei um pouco da história porque os meus avós contavam na minha infância. Como sempre convivi com eles aqui na casa, eles sempre comentaram que os trabalhadores da cidade do interior do município, tiveram que se juntar para comprar um hospital particular. Eles doaram sacos de produtos para juntar dinheiro, para comprar esse hospital. Assim como e comunitário e foi a comunidade que se reuniu para terem uma saúde mais barata. Eles me contam que até então, só tinha um hospital particular no município, e que nem todo mundo tinha condição, quando precisavam eles tinham um rombo financeiro muito grande na família, para conseguir tratar seus familiares em hospitais particulares. Então, hospital tem na vida das pessoas na economia do município uma grande importância.

Aqui vale ressaltar o quanto aqueles jovens eram sonhadores, sem condições, semianalfabetos, porém, tinham uma sabedoria ímpar em trabalhar com o povo. Uma equipe de profissionais médicos e enfermeiros sempre foram parceiros na viabilização do atendimento e do cuidado com os pacientes que procuravam o hospital. Na época, eram feitos partos, cesarianas, cirurgias, como relata C2, profissional que atuou por mais de 30 anos no hospital:

Nós atendíamos da melhor forma, eram muitas pessoas que nos procuravam. Como tinha o ambulatório das consultas integrado com o hospital, ficava um tanto prático, pois passávamos o dia todo no hospital atendendo consultas ambulatoriais, pessoas que vinham e necessitavam o atendimento de urgência e emergência. Essa modalidade de atendimento facilitava a vida do cidadão, e a nossa de médico também, pois se estivesse uma gestante por exemplo internada em trabalho de parto, a gente estava aí o tempo todo e monitorava junto com a enfermagem o atendimento a esta paciente

Dentro deste contexto, podemos observar que até na área da assistência médica e hospitalar, o hospital tinha um atendimento diferenciado, o que dava certa segurança, tanto para o paciente, quanto para o profissional médico, pois um serviço assim, integrado, é muito referendado nos dias de hoje, como argumenta o usuário F7:

Olha eu sempre fui muito bem atendida pelos, médicos enfermeiros, seja na consulta, internação e nas cirurgias. Eles tratam bem o paciente até os acompanhantes. E tudo ótimo, os médicos enfermeiros a gente se sente muito bem. Aqui em casa a com pessoas idosas e duas (2) crianças, nós usamos muito os serviços do hospital. Ele é fundamental para o progresso do município, muitas pessoas vêm de fora para fazer cirurgia aqui, e sempre falam que são muito bem atendidos. Por isso devemos escrever e mostrar para as próximas gerações, as crianças como foi construído esse hospital, até para darem valor, pois muitos nasceram neste hospital.

O trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde sempre foi um grande diferencial no atendimento aos pacientes. A forma humana de cuidar e o comprometimento destes, com a missão e o trabalho do hospital ganhou, destaque na região e em outros estados. Atender o paciente pelo SUS, de forma humanizada e dar atenção devida ao problema que o paciente apresenta, sempre foi a visão dos médicos, conforme relata C2:

Eu sempre procurei e faço isto até hoje, depois de mais de 1.500 crianças que nasceram por nossas mãos, atender o paciente com respeito e amor no coração. [...] Estou no hospital há mais de trinta anos a serviço da comunidade Aratibense região. Eu me emociono quando vejo aqueles bebês pequenos, hoje jovens, muitos até já se casaram, e hoje nos procuram para atender suas famílias. É gratificante poder hoje, olhar para trás e ver quantos curamos, quantas pessoas chegaram aqui tão mal e hoje desfrutam de uma saúde ímpar, . e outros nos deixaram no curso normal da vida. Vim para cá, quanto tinha acabado de me formar em medicina, e sempre digo faça o que você gosta, e faça bem feito. O hospital faz parte da nossa família, pois sempre tive uma boa interação com os colegas, direção e funcionários do ACHA , e com toda a comunidade.

Figura 69: Mais de 1500 crianças nasceram neste hospital até hoje



Fonte: Acervo pessoal de Ana Cristina Maliska Pereira (2009)

Figura 70: Atendimento médico na ACHA



Fonte: Acervo Hospital (2017)

Dentro deste contexto, e relacionado aos dias atuais, o que mais chama atenção, dentro da análise dos achados nas falas, é a segurança do atendimento, saber que se um familiar seu precisar de um atendimento médico, mesmo que não tenha dinheiro no bolso, seu filho, ou seu pai vai ser atendido. Esta referência de saúde no município, renova a esperança de que o SUS é possível, sim, se tiver uma boa gestão à frente de uma instituição e/ou poder público.

Os líderes trabalhadores ressaltaram a participação coletiva como a grande percursora nos anos 1980, das grandes lutas efetivadas simplesmente pela disponibilidade de dedicar dias e dias de forma gratuita, os fundadores que penhoravam seus bens por acreditar num projeto que viesse a contemplar o bem comum, melhorias nas condições de saúde, mais motivação para participar de atividades sociais e mais segurança para tomar decisões importantes em suas vidas. Para a participante jovem F2, chama a atenção de que a união faz a força, e que coletivamente sempre temos mais chance de acertar um projeto:

Eles na sua humildades demonstraram que podiam muito unidos , e que sozinho eles jamais conseguiria conquistar este projeto de saúde e que hoje o hospital ajudou até no desenvolvido microrregional. Eu tenho comércio em Aratiba também, então a gente percebe que o movimento mudou que os dias que tem atendimento de otorrino oftalmologia , o

movimento muda, o restaurante que eu vou pegar almoço, tem dias que eu não chegar meio-dia o buffet já esta quase vazio. Os agricultores que se dedicaram tanto para que isso fosse possível e se concretizasse e, hoje se sentem orgulhosos. A gente percebe isso todos os anos quando acontece a tradicional festa de final de anos, o salão paroquial sempre lota, mais de mil pessoas vem celebrar esta conquista. Eu quero poder ler e ver o resultado final desse teu estudo, porque é a nossa história, nossa vida eu nasci no hospital comunitário, pretendo ter filhos aqui no Hospital de Aratiba, pois aqui a gente se sente em casa e sabe que e bem cuidado.

Para os profissionais que trabalham há muitos anos no hospital há orgulho em fazer parte desta história, conforme relata C7:

Ao meu ver, a ACHA teve uma importância fundamental para a população de Aratiba na área da saúde e manteve um progresso constante com apoio dos associados, emendas parlamentares, e da prefeitura municipal. Acabou se tornando referência regional com as renovações constantes tanto na estrutura física como na oferta de atendimentos especializados. Em relação a região nota-se um grande progresso em cirurgias especializadas, por vídeo às oftalmológicas, otorrino, ortopédicas, cirurgias gerais, com equipes especializadas. Estes aspectos trouxe uma diferenciação enorme entre Aratiba e a região, enquanto hospitais involuiram a ACHA teve um enorme desenvolvimento ocasionando notável melhora para saúde da população local e regional, com oferta de serviços de qualidade inquestionável

Figura 71: Cesariana realizada pelos médicos no hospital, anos 2000



Fonte: Acervo do Hospital (2000)

“Ter a certeza que se você precisar de assistência médica, mesmo não tendo dinheiro, nos remete uma tranquilidade bastante grande”, como refere E4:

Sem dúvida, foi muito bom, pois as antes as pessoas, quando ficavam doentes, precisavam de muito dinheiro, tendo muitas vezes que vender bens para pagar o hospital. Ainda bem que depois da aquisição, mudou tudo, todo mundo teve acesso a um valor baixo, e, além do mais, o hospital comunitário sempre investiu muito na medicina preventiva e alternativa, além de ter um ótimo atendimento. Temos um hospital de primeiro mundo, com certeza.

Figura 72: Evento de renovação e aumento de cirurgias de oftalmologia e otorrinolaringologia no ano de 2018



Fonte: Acervo do Hospital

Da mesma forma, para o poder público é importante contar com um sistema de saúde organizado, pois ajuda no desenvolvimento do município, como relata D3:

Para nós que estamos a frente do município, realmente nos enche de orgulho ao vermos que este hospital que ajudamos a construir, e hoje é referência para 33 municípios da Região Alto Uruguai em algumas especialidades. O desenvolvimento de um município também passa pela saúde, pois se o povo tem segurança de que quando precisar de algo ligado área da saúde terá o atendimento necessário, com certeza este cidadão poderá usufruir de uma vida mais tranquila. Também é importante destacar que junto a estas referências de saúde, teremos uma melhoria da economia local e regional, pelo fato de que as pessoas poderão investir em outras áreas, já que possuem atendimento médico e hospitalar gratuito.

A fundação e implementação da ACHA teve impactos econômicos, sociais

benéficos sobre toda a população de Aratiba e região. Principalmente por oferecer atendimento gratuito, via verbas e convênios controlados pelos trabalhadores, bem como a utilização de medicamentos caseiros, reduzindo custos e auxiliando na prevenção e tratamento primário de doenças, aplicação dos resultados em benefício da própria associação, qualificando sempre mais os serviços melhorando a equipe com a contratação de bons profissionais médicos e de enfermagem. Para D4, estes diferenciais são essenciais para o desenvolvimento do município, pois o usuário gasta o seu dinheiro no comércio local e tem a tranquilidade de ser atendido quando precisar:

O hospital promoveu uma verdadeira revolução no campo das ideias, principalmente pela gestão participativa implementada até hoje. Seus líderes percussores plantaram boas sementes que deram frutos e promoveram e promovem até hoje a saúde das pessoas. Esse sentimento interferiu no poder público na época, que se sentiu comprometido com serviço comunitário prestado para toda a comunidade, passou então a transferir recursos públicos para o hospital. Nós tivemos a oportunidade de conhecer o planejamento e a visão dos gestores do hospital, isso nos dava bastante tranquilidade, pois nossa expectativa era de trabalhar em prol do povo de Aratiba, e tudo se confirmou. Portanto a ética e o trabalho desenvolvido com seriedade pela direção do hospital, sempre nos deu e nos dá toda a segurança, desta ser uma das instituições mais importantes e mais significativas para o município.

Figura 73: Assembleia dos associados, em 2018, quando o hospital passou a ser referência nas especialidades de oftalmologia e otorrinolaringologia para 33 municípios



Fonte: Acervo hospital (2018)

Para E3, o que mais chama atenção é o envolvimento da comunidade com este projeto de saúde, o que faz toda a diferença para se obter sucesso:

Desde que cheguei em Aratiba fiquei impressionado positivamente do envolvimento da comunidade com o hospital. A gente sabe pela história que as pessoas se envolveram muito para que esse projeto desse certo. [...] o Hospital atendendo pelo SUS. Eu vou toda semana atender os doentes no hospital, e percebo assim que o atendimento que os profissionais prestam dentro do hospital, a forma com cuidam dos doentes são é melhor que um hospital particular. As famílias fazem questão que seus familiares doentes es ficam internados aqui, e quase um ambiente hospitalar, de muito respeito pela humanização, que existe no atendimento por parte de todos os profissionais eu considero muito importante. Olha, diariamente pessoas de outros municípios que vêm aqui buscar atendimento pelo SUS, enquanto que a gente observa que em outros municípios os hospitais então fechando, aqui em Aratiba ele não fechou, com a ajuda da comunidade e o envolvimento das pessoas comprometidas com a saúde e hospital melhora cada dia mais. Eu como padre desta igreja e diretor da Rádio ARATIBA, que completou 60, anos, também esta a serviço da comunidade e toda região Alto Uruguai. A rádio sem dúvida tem um papel muito importante na divulgação de todas as ações realizadas pela comunidade, e que mantém uma proximidade muito grande com o hospital.

A8 também relata:

Eu lembro que quando cheguei em Aratiba tinha um

movimento que bem importante, sobre o hospital ser comunitário onde todas as pessoas pudessem ter acesso, onde mais pessoas tivessem acesso a esse benefício que é melhorar e saúde. Eu lembro que tinha as pessoas que trabalhavam que defendiam, como existiam os que trabalhavam contra. mas temos que respeitar as adversidades né! O impacto disto foi a oportunidade de muita gente poder estar participando, muitas mulheres, muito resgate das memórias de saberes populares, da medicina alternativa, dos chás, e que há muito tempo não se ouvia falar disso. [..]. Quando eu fui secretária da educação, até juntamente com outras pessoas, nós escrevemos um livro de Saberes e Sabores, onde nos resgatamos esse saber popular. Foi feito um trabalho com as escolas ,as crianças traziam os tipos de chás que os avós utilizavam [..] Mas o que é mais grandioso, é ver como as pessoas se sente valorizadas de participar dessa gestão do hospital , e deixar todo esse fazer popular e parabéns por você ter tido esta ideia de resgatar esta história e podemos deixar esse legado para os jovens , [..] minha filha que é médica e trabalhou no hospital sempre chegava em casa impressionada com o comprometimento de toda equipe, medico enfermeiros , administrativo , de bem atender a população. E isso que é um trabalho que faz um grande diferencial com o trabalho do bom atendimento de todos pelo SUS.

Segundo F5, o impacto que o hospital tem perante a comunidade regional foi, e é, muito positivo:

Além de toda área da assistência médica hospitalar , o hospital , sempre primou por ações preventivas de saúde em várias áreas. Com o sistema único de saúde sus, a economia de dinheiro do povo é imensurável, como exemplo cito meu pai que fez cirurgia de cataratas nos dois olhos , não gastou nem um centavo, que se fosse particular pagaria em torno de R\$ 8.000,00 por olho, e muito bem atendido está feliz com a visão perfeita.

Figura 74: Visita técnica realizada com alunos técnicos de enfermagem da escola Barão do Rio Branco, em 2019



Fonte: Acervo Pessoal (2019)

Sem dúvida, a atuação integrada das diversas instituições, poder público, secretaria da saúde e hospital comunitário, é a grande diferença dentro de um sistema de saúde local, regional e estadual. A participação das três esferas de governo juntamente com o controle social, fazem a grande diferença, e é possível ter um bom sistema de saúde, como diz B2:

Hoje com o reconhecimento da Comunidade e Região, e grande demanda nos serviços, ampliamos para 300 consultas de Otorrino, vários exames de apoio e 25 cirurgias mês. Para Oftalmo temos 330 consultas mês mais exames, pequenas cirurgias e 25 cirurgias de Cataratas, ofertados para os 33 Municípios da nossa Região via SISREG, possibilitando ainda a participação nos mutirões onde já foi feito mais 500 cirurgias de cataratas pelo SUS, experiência gratificante. Posso citar o depoimento de um Senhor, idoso, humilde, que ao sair da Cirurgia de cataratas ficou emocionado observando as próprias mãos e quis ir fazer um lanche para poder admirá-las, pois há muito tempo não conseguia enxergar, gesto tão simples mas valioso. Este Senhor só pode fazer esta Cirurgia por ter acesso 100% SUS, e assim como ele tem muitas pessoas carentes que através deste atendimento conseguem ter uma qualidade de Vida melhor, bem como dos familiares.

Dentro da organização regional da saúde o hospital comunitário de Aratiba desenvolve um papel importante como refere D8:

Dentro do contexto do sistema de saúde e com regionalização da Saúde, o hospital de Aratiba desenvolve um papel fundamental no suporte ao grande hospital público regional Santa Terezinha de Erechim. Este hospital também é referência nas áreas de oftalmologia e otorrinolaringologia, que para nós da secretaria de saúde de Erechim, é fundamental, pois aliviou em muito a fila do SUS, que tinha uma demanda grande reprimida. Portanto poder contar com um sistema regional integrando e resolutivo, é o sonho de qualquer gestor público.

Dentro deste contexto, observa-se que quando se tem uma gestão que trata com seriedade os recursos públicos, é possível prestar um bom serviço no sistema público de saúde, conforme relato de F6:

Este projeto de luta e que se tornou referência de saúde para toda região Alto Uruguai é um exemplo de organização e gestão participativa, qualidade de atendimento e mostra que é possível e mesmo com poucos recursos prestar um bom serviço, de qualidade e permite que outras entidades possam usar a experiência como exemplo. Referindo aqui o atendimento médico diretamente ao paciente, como visito frequentemente todos os municípios da região, percebe a satisfação dos pacientes que buscam o atendimento e tem

seu problema resolvido , como que necessita de uma cirurgia de catarata e voltam a ter qualidade de vida recuperando a visão e sua autoestima, interferindo na saúde mental . E o melhor pelo SUS. provando assim, que o é possível prestar um bom. serviço no sistema público .

Figura 75: Ato de assinatura de repasse de recursos do poder público de Aratiba para cirurgia de catarata, em 2018



Fonte: Acervo do Hospital (2018)

Passados os anos, após muitas conquistas obtidas, este projeto que começou de um sonho de um grupo de agricultores, que não detinham nenhum conhecimento técnico, mas tinham a sabedoria do coletivo, de trabalhar em prol da comunidade, contam com lideranças, direção, profissionais e colaboradores que se orgulham de fazer parte desta história, como relata B2:

Por tudo isso e muitas outras conquistas, que eu acredito sim! Valeu apenas, vale apenas esta luta. Iniciamos esta caminhada com muitas dificuldades, hoje temos um espaço físico e uma equipe profissional bem estruturada e que acredita que dá pra oferecer uma Saúde de Qualidade pelo SUS. Me orgulho de fazer parte desta história.

Figura 76: Reunião da direção com os funcionários da ACHA, em 2019



Fonte: Acervo do Hospital (2019)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Somos partidários do dizer popular de que “povo que não conhece sua história e não a valoriza, está fadado a padecer”. Na condição de pesquisadora, imbricada com esta história, pretendo dar uma contribuição ao movimento social de Aratiba, ajudando a sistematizar esta história de lutas na construção de um sistema de saúde local e regional. A intenção é de contribuir para o resgate histórico e o registro de um relevante processo de luta social, protagonizada por um grupo de trabalhadores agricultores que nos anos 1980 foram ousados em implementar um projeto extremamente importante para a saúde e o desenvolvimento econômico, social e de sustentabilidade no pequeno município de Aratiba - RS, hoje referência em saúde para 33 municípios da Região Alto Uruguai.

Este estudo permitiu olhar para esta instituição de saúde, o Hospital Comunitário de Aratiba RS, como é até hoje carinhosamente chamado, como um espaço de promoção e prevenção de saúde, construído através do trabalho de base coletivo, de uma organização social interinstitucional, intersetorial e multidisciplinar, com vários atores sociais envolvidos, reforçando aqui a tese de que, quando se desenvolve um projeto de forma coletiva, envolvendo a participação popular, este processo tem maior chance de dar certo, pois o povo que é protagonista sente-se acolhido e valorizado, parte integrante da conquista obtida.

As especificidades que encontrei dentro do lócus da pesquisa de campo, das minhas percepções das idas e vindas, do convívio com as pessoas protagonistas desta luta histórica, das mãos calejadas dos trabalhadores, em sua maioria agricultores, sonhadores e idealizadores deste projeto pujante e inovador para a época, permitiu-me discutir e refletir importantes temáticas dentro do campo do trabalho coletivo e da organização de base na luta da saúde e da formulação das políticas públicas na implementação do SUS, dos direitos das mulheres, da formação de lideranças de base comunitárias, da igreja, do sindicato, do movimento das barragens e todo movimento social nos anos 1980.

O sonho dos trabalhadores foi construído graças à disponibilidade das pessoas de caminhavam muitos quilômetros a pé, em estradas de chão batido, sem condições financeiras na época, sem celular, sem nenhum tipo de tecnologia, como luz, telefone, computador, poucos automóveis - o único usado era o fusquinha branco do sindicato -, pois ainda hoje guardo na memória a imagem do fusca branco vindo buscar minha mãe para reunião das mulheres da saúde no sindicato.

Um fator relevante, e que chamou atenção, foi a vontade destas lideranças, que mesmo com pouco estudo eram dotadas de sabedoria, de organização social, munidas pela coragem e bravura de enfrentar a luta na defesa dos trabalhadores, e já nos anos 1980 buscaram uma disputa muito acirrada junto à eleição do sindicato dos trabalhadores rurais, onde, pela primeira vez na história, teve chapa de oposição. A partir desta vitória começa a construção de um sindicato combativo formado por lideranças de cunho social, provindas da igreja, das comunidades eclesiais de base, formadas a partir de um projeto em defesa dos direitos dos trabalhadores, das mulheres e dos atingidos pela barragem, que passam atuar de

forma firme, assessorados pelos princípios de igualdade e justiça social a partir da teologia da libertação.

O então educador Paulo Freire, afirma que a teologia da libertação dos oprimidos, se faz a partir dos oprimidos mesmo junto com seus aliados, conscientes de sua própria força e dignidade, tomando consciência de que direito não se ganha, mas se conquista. Dentro deste contexto, a importância de Paulo Freire foi de ter mostrado que o oprimido jamais é somente um oprimido, pode ser, sim, sujeito de sua própria história, criador de cultura, protagonista de sonhos, que quando conscientizado e organizado, pode transformar a sociedade.

Neste sentido, a Teologia da Libertação, ao fazer a opção pelos pobres, contra sua pobreza, assume a visão de Paulo Freire. E este processo na região Alto Uruguai começa a tomar corpo com o apoio da igreja, dos movimentos sociais, na formação de lideranças no processo de libertação e reconhecimento das mulheres enquanto cidadãs e geradoras de participação e de solidariedade.

O que mais chama atenção no resgate desta história, é que além da coragem dos fundadores, a disponibilidade e o comprometimento das lideranças sindicais, com a causas dos trabalhadores, sempre permeado pelo pensamento e ações em prol do bem comum do coletivo, nos remete a uma grande reflexão, de organização e interação entre as diversas classes trabalhadoras, na disponibilidade de lutar pelo bem comum.

Idealizado por seus fundadores, a luta da saúde e a determinação da compra de um hospital que seria administrado pelos agricultores foi o grande marco dentro de toda a luta social da época. Outro papel que o hospital desenvolveu, e desenvolve até os dias de hoje, é a formação de lideranças, da criação das pastorais de base, da criança, dos agentes comunitários de saúde, que anos depois se torna uma profissão dentro do SUS.

Do ponto de vista sociológico e de regaste histórico, podemos dizer que o povo que não valoriza sua história pode perdê-la, e é exatamente isto que pretendemos esclarecer. Dos cinco jovens entrevistados, três tinham algum tipo de conhecimento pelo fato de terem ouvido falar da fundação do hospital pelos próprios pais, e os outros dois não conheciam a história.

Diante nas muitas narrativas e relatos de falta de conhecimento do público entrevistados mais jovem, percebe-se aqui a necessidade e a possibilidade de dar

continuidade à ideia lançada por um dos jovens entrevistados, de que se faça um documentário para ser divulgado nas escolas e que o hospital elabore uma linha do tempo e exponha em um lugar público (sala de espera de pacientes, por exemplo), a fim de que os pacientes/clientes tenham conhecimento desta história.

Dentro deste contexto, podemos observar que o trabalhador começa a exercer sua cidadania dentro de um processo coletivo, onde este cidadão é parte integrante de uma organização de saúde e protagonista deste projeto. O atendimento à saúde começa a descentralizar suas ações, devido à atuação dos agentes nas comunidades e começou a proporcionar um atendimento igualitário, sem discriminação, educação para a saúde, a mudança da relação social em relação ao comércio da doença, até então existente, por um atendimento que não visava lucro, desencadeou um processo de consciência e participação da comunidade. Este movimento foi muito salutar, pois passou a atuar, inclusive, nas decisões políticas e no direcionamento de uma nova concepção de saúde no município, ocupando espaço nos meios de comunicação social, na aprovação de verbas para a saúde junto aos poderes públicos, avançando assim, na superação do sistema exploratório existente.

Nas diferentes categorias, “hospital como promotor de qualidade de vida e saúde” desvelou-se que as ações dos programas de prevenção executados até os dias de hoje fizeram, e fazem, a diferença de um hospital, considerando de modelo tradicional. Esta integração entre os diversos atores sociais, faz da Associação Comunitária Hospitalar uma experiência que deve ser difundida.

As assembleias, reuniões nas comunidades, reuniões com membros da diretoria, líderes e os permanentes encontros de formação para os colaboradores, sem dúvida constituem o estopim do sucesso. A festa de final de ano para celebrar o aniversário do hospital, anual, é sempre muito esperada pelos sócios e pela comunidade em geral, para celebrar a vida e como um momento de integração com a comunidade.

O hospital também desenvolve através de seus colaboradores o projeto Doutores da Alegria. Esta integração propicia uma melhora no convívio social entre os pacientes, estejam eles hospitalizados ou buscando atendimento ambulatorial e os grupos de saúde preventiva. Estas atividades realizadas pelo grupo, que provocam o riso e alegria através de ações lúdicas, colaboram com ações de

prevenção e promoção da saúde, melhora da aptidão física vinculada às atividades do dia a dia e a diminuição de dores.

A categoria das lideranças chama atenção ao que podemos referir como “pertencimento social”, destacando a participação na sociedade como o grande norte e sucesso do projeto em questão. Também faz alusão desta integração social, como um fator preponderante para o bem-estar, constituindo um dos pilares da saúde e da economia do município. Percebeu-se, ao longo das análises, que o pertencimento ao hospital vincula sentimentos positivos associados ao espaço social do hospital, dos grupos de formação e celebração, o qual permite compartilhar saberes e tem repercussões no relacionamento com a família.

Dentro da categoria denominada de Conselheiros de Saúde, esse estudo permitiu olhar para hospital como um espaço de promoção de saúde, no qual se pensa em saúde e qualidade de vida. Essas especificidades, que encontrei nesse contexto particular, me permitem discutir essas temáticas no campo da saúde e das políticas públicas. O hospital permite uma maior acessibilidade do público através de suas atividades, muitas vezes como melhor alternativa para a comunidade, para a associação de bairro, para os trabalhadores em geral.

Neste pensamento, em se tratando do eixo, foi a formação, o controle social e gestão participativa, através das assembleias, que sempre contavam com presença maciça dos seus mais de 1.160 sócios, e uma equipe de profissionais, formada a partir das bases locais, que tinha como propósito desenvolver atividades hospitalares e prestar atendimento médico hospitalar de forma mais humanística, com um olhar mais voltado para o paciente em sua integralidade.

A categoria dos gestores apontou que o conhecimento da gestão da saúde, foi abordada como algo que deve ser melhor planejada pelas autoridades. Alguns salientaram que, apesar do direito à saúde ser assegurado por lei, nem sempre é respeitado pelo governo.

O SUS é uma das maiores conquistas da sociedade atual, porém essa conquista precisa também estar contemplada nas políticas públicas direcionadas. A partir dos resultados obtidos, verificou-se que a participação dos trabalhadores favoreceu a mudança de comportamento, após a fundação da associação comunitária. Destacaram-se melhorias nas condições de saúde, criação de laços de amizade, fortalecimento da autonomia, independência e aprendizado. Acredita-se

que política de saúde, as ações de saúde devem ser sempre relevantes, pois tratam do maior patrimônio da humanidade, que é a vida. Por outro lado, no momento atual vivemos um retrocesso de um estado neoliberal em curso, o que preocupa justamente por diminuir o repasse de recursos para o Sistema Público de Saúde-SUS, e que vai impactar negativamente na saúde da população.

Para os participantes “profissionais da saúde”, a qualidade de vida está associada às diferentes condições e oportunidades vivenciadas ao longo dos anos, influenciando a visão da própria pessoa e da sociedade. O hospital é apontado, através das suas atividades, como sendo essencial nesse processo. Já a saúde, como um pressuposto bem maior do ser humano ativo, aparece na fala dos profissionais da saúde em múltiplos fatores, destacando-se o grande norte e que balizou todo esse sucesso: a participação popular, o povo como protagonista deste processo, esta forma de administrar. Pessoalmente, foi o grande ato de assertividade construído pela direção do hospital ao longo dos anos.

Na categoria dos jovens, identificamos que é necessário incentivá-los a participem das atividades promovidas pelo hospital, como forma de atender a todos os pressupostos, tendo assim, como finalidade, a busca por um maior conhecimento, em promoção e prevenção da saúde. Nesse sentido, acredita-se que é possível promover um resgate da história e é necessário um conjunto de ações que priorizem a promoção da saúde, a prevenção, o acesso ao conhecimento multidimensional e integral, entre outros.

Na categoria do Usuários de saúde, que é o povo beneficiado com os diversos serviços ofertados pelo hospital, reflete a experiência da ACHA, em promover a saúde das pessoas a partir do oferecimento de diferentes atividades sociais e de atendimento à saúde, tem sido reconhecida pela comunidade que a vivencia. É essencial, portanto, que esta experiência se multiplique, como um programa de extensão.

Figura 77: ACHA em 2019:



Fonte: Acervo do Hospital (2019)

Assim, há uma experiência inovadora que desperta em outras organizações o interesse de conhecimento, pois envolver a comunidade na gestão da ACHA, além de ser um desafio constante, exige permanente formação dos envolvidos, pois a cada três anos, novos gestores fazem parte do processo.

Fundar e manter um hospital onde o envolvimento da comunidade é permanente chamou a atenção não só de entidades que trabalham na área da saúde, mas também de instituições de ensino, administrações municipais e população em geral, tanto da região Alto Uruguai, como de outras regiões e Estados. A experiência desenvolvida na ACHA foi e continua sendo um incentivo para outras experiências. É procurada como objeto de estudo, bem como de fortalecimento e modelo para novas alternativas.

Portanto, garantir que a experiência da ACHA seja divulgada e sirva de referência para novas experiências, é uma das estratégias para que o trabalho continue sendo desenvolvido, com o mesmo ardor do período em que foi fundada. Por isso, em várias ocasiões, os integrantes da Associação participam de seminários, de encontros de troca de experiência e de cursos, fortalecendo ainda mais o compromisso que assumiram com a população há 20 anos.

Como explica Lucir de Conto (*apud* LIPSCH; LIMA; THAINES, 2006, p. 57):

Participamos, muitas vezes, de encontros e seminários no Estado, para divulgar a experiência. Participamos de um Seminário Latino Americano, seminário de religiosos, onde apresentamos a experiência, foi classificada como uma experiência libertadora. Com certeza trabalhos parecidos, foram implementados, tanto no Estado do Rio Grande do Sul como em outros Estados a partir do nosso relato.

Poder contribuir para que novas alternativas sejam constituídas em prol da saúde pública, gratuita e de qualidade, a partir da apresentação da experiência da ACHA, renova a força de luta e o desejo de que os cidadãos exerçam sua cidadania e organizem-se em busca de democracia.

Nestes tempos difíceis que vivemos, revisitar a história de movimentos sociais que deram resultado positivo pode ser importante para nos ajudar a pensar em nosso futuro. Para os estudos com esta temática, poderemos deixar nossa contribuição com os achados que consideramos mais relevantes.

- A) A importância fundamental do trabalho coletivo. Neste caso estudado, a organização deu-se pelas bases, com a participação direta e efetiva dos interessados, moradores e trabalhadores na região. Ainda dentro deste campo, esta participação ocorreu de forma ampla, interinstitucional e intersetorial, com organizações mais estruturadas, como igreja e sindicato, bem como organizações sociais, como movimentos dos atingidos por barragens, movimentos de mulheres pela reforma da previdência, entre outros. O papel do sindicato dos trabalhadores teve papel importante. A própria reação dos movimentos contrários centrou na primeira ação na mobilização por assumir a gestão do mesmo em intensa campanha eleitoral, em um momento de eleição para o mesmo;
- B) O relevante papel da formação continuada e educação permanente, pois a saúde é feita de discussão e aprendizagens diárias, para a manutenção e avanço das mudanças desenvolvidas. Ocorreu a formação de técnicos de saúde, com financiamento pelo movimento, e com a escolha dos participantes dos cursos de formação entre os moradores locais e entre os quadros das organizações sociais que participavam. Também foi dada importância à formação de lideranças a partir da base dos moradores e trabalhadores. Foram promovidos seminários, organizados cursos de formação, que auxiliaram ao longo do processo em dar sustentação política para a implementação do processo de mudança. Outra forma de capacitação foi a que desenvolveu o conhecimento de terapias alternativas,

alimentação sadia, modos de vida saudáveis, entre os trabalhadores, moradores e seus familiares;

C) um achado, que no início não pareceu relevante, mas que ao longo da coleta das entrevistas foi assumindo importância maior, foi a identificação de que estas pessoas se dedicaram muito ao projeto. Dedicaram um tempo importante de suas vidas, tanto na extensão em si, como na qualidade da dedicação. Eram reuniões, seminários, jornadas, muitas vezes longe de suas residências, com deslocamentos a pé por quilômetros em estradas secundárias. Demonstraram uma disponibilidade inclusive com seus recursos privados, assumindo empréstimos, penhorando bens familiares, tudo pela dedicação ao bem maior para concretizar o projeto tão acalentado;

C) por último, mas não menos importante, identificamos um papel relevante para a existência de lideranças fortes, comprometidas com o processo de mudança. Estas lideranças estavam tanto no campo do sindicalismo de trabalhadores rurais e da igreja, como nas organizações sociais que foram sendo criadas ao longo do processo.

O tempo estipulado para conclusão desse trabalho e minhas escolhas determinaram meu olhar e meu aprofundamento em cada temática, principalmente poder demonstrar que o SUS é possível sim. São muitas as possibilidades e recortes, que podem servir como base acadêmica de experiência a partir dos achados desta pesquisa.

Acredito que muitas são as alternativas de investigação dentro deste universo de muita riqueza, no que tange ao processo de organização. Nesse sentido, pretende-se dar continuidade com a realização de um documentário acerca da temática, a fim de proporcionar subsídios científicos aos profissionais de saúde e à população. Deste modo, os conhecimentos podem ser aprimorados, dando suporte necessário a um resgate da história, a fim de oportunizar conhecimento para os jovens que conhecem pouco ou nada desta luta de muita coragem do povo trabalhador na década de 1980.

REFERÊNCIAS

ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**: coleção pesquisa qualitativa. Porto Alegre, RS: Bookman, 2009.

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA HOSPITALAR DE ARATIBA. **Livros de Atas, Estatuto e Plano de Trabalho**. Aratiba, RS: [S.n.], 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M. Questão social e direitos. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, DF, 2009. p. 267-184.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. – 33. ed.- São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. **Conselho Nacional de Assistência Social Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Brasília: CNAS, 2012.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde- CNS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2016b.

BORGES. M., PASE. H. M; MULLER, M; MACHADO, M; CORBO, C. **A luta do movimento dos atingidos por barragens contra o modelo socioambiental e econômico vigente**. 2014, São Borja. Anais... São Borja: Unipampa, 2014. p. 1-11.

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

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. IX Conferência Nacional de Saúde: Municipalização é o caminho. **Relatório Final**. MINISTÉRIO DA SAÚDE: BRASÍLIA, 1992.

_____. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1993.

_____. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2002.

_____. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. BRASÍLIA, 2006. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006.

CALDERÓN, F. O.; JELIN, E. Classes Sociais e Movimentos Sociais na América Latina: Perspectivas e Realidades. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S.l.], v. 2, p. 67-85, 1987.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998

CONTAG. **Plenária Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais**, 19-22 março 1997. Brasília: CONTAG, 1997. Relatório preliminar. Memo.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Vigilância em Saúde: parte 1.** Brasília, DF: CONASS, 2011.

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010

CALDAR, Roseli Salete. O MST e a formação dos sem terra: o movimento social como princípio educativo. **Estudos Avançados**, v. 15, n. 43, p. 207-224, 2001.

DELBONI, M. C. C. et al. **A Regionalização da Saúde e as suas singularidades em Braga (Portugal) e em Santa Maria (Brasil).** In: VIII SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE DESENVOLVIMENTO REGIONAL, Santa Cruz do Sul, 2017. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2017. Disponível em: <<http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidr/article/viewFile/16587/4434>>. Acesso em: 15 set. 2018.

DENZIN, Norman K. **The research act.** 3. Auflage. Englewood Cliffs, 1989.

DILLENBURG, F. F.; NASCIMENTO, C. A. A obra teórica de Marx e de Engels: uma contribuição à leitura d' O Capital de Marx. In: VIII COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX E ENGELS, 2014, Campinas. **Anais...** Campinas: UNICAMP, 2014.

DUARTE, Jorge. **Entrevista em profundidade.** Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, v. 1, p. 62-83, 2012.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do**

SUS. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2005.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS :Artmed editora, 2009.

FURTADO, Celso. **O Brasil pós-milagre**. 6. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981, p. 46.

FERNANDES, R.C. **O que é o Terceiro Setor?** In: IOSCHPE, E.B. (Org.). *Terceiro Setor*. Desenvolvimento social sustentado. 2. ed. Rio de Janeiro: GIFE; Paz e Terra, 1997.

GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2018.

GRAMSCI, A. **A Concepção dialética da história**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

GUIMARAES, C. et al. O processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os desafios na consolidação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul. **Anais...**, Cuba, 2012

GUIMARAES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 set. 2018.

GOHN, M. G. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

GOHN, M.G. Movimentos sociais na contemporaneidade *Revista Brasileira de Educação* v. 16 n. 47 maio-ago. 2011

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume, 2005. Cap.3. A teoria Marxista do estado, 2005.

KRIPPENDORFF, Klaus. **Metodología de análisis de contenido**. Barcelona: Paidós, 1990.

LIPSCH, V. T.; LIMA, E. F.; THAINES, E. **A saúde brota da luta do povo**: vida, saúde, vitórias, lutas, participação, organização. Erechim, RS: GraffoLuz, 2006.

LUZA, Z. M.; MELO, J. L. B. **Educação popular e saúde comunitária em Aratiba - RS**. Trabalho de Conclusão do Curso de especialização Popular. São Leopoldo,

1988.

LOCATELLI, C & ROCHA, H.J. **Influência e efetividade do empreendedor e do MAB sobre as decisões de remanejamento pelos atingidos por hidrelétricas.** In: Democracia Local, Capital Social e Qualidade de Vida: O Caso dos Atingidos por Barragens no Brasil - BAQUERO, M; PASE, H (org.)- Editora da UFRGS, 2013

MARX, K. **Manifesto comunista.** 6. ed. São Paulo: Global, 1986.

_____. **O capital:** crítica da economia política. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

_____. **O capital:** crítica da economia política. Livro 1 – O processo de produção do capital. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1988.

MAUAD, A. M. **Na mira do olhar: um exercício de análise da fotografia nas revistas ilustradas** Departamento de História da Universidade Federal Fluminense e Laboratório de História Oral e Imagem da UFF. RJ, 2005

MEDEIROS, L. S. **História dos movimentos sociais no campo.** Rio de Janeiro: FASE, 1989.

MINA BRASIL. Relatório Final. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 2007.

_____. (Org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MORAES, Maria Stela Marcondes de. **O Movimento dos Atingidos pelas Barragens da Bacia do Rio Uruguai** e a ação político-educativa dos mediadores. Revista Brasileira de Educação, Jan/Fev/Mar/Abr 1996, nº 1, pp. 81-92.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e questão social:** crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002

MAB. **Movimento dos Atingidos Por Barragens**, c2018. Página inicial. Disponível em: <<http://www.mabnacional.org.br/>>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.

NASCIMENTO, K. A. **As origens da reforma sanitária e do SUS.** Brasília, DF: UniCEUB, 2018. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/KarynneAlves/as-origens-da-reforma-sanitaria-e-do-sistema-nico-de-sade>>. Acesso em: 10 set. 2018.

NETTO, J. P. **Cinco notas a propósito da "questão social"**. Temporalis, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2001

NOGARO, A.; PIRAN. G. ; ZAFFARI, N.; **A História e as ações educativas das organizações sociais populares da cidade de Erechim/RS**. Erechim: Gráfica São Cristóvão, 1996, p. 27.

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. **As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000)**. In: LIMA, N. T ; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho; Manuel Suárez, Julio. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p.153-192

OLIVEIRA, V. A. A política de saúde pública do Brasil: de sua gênese às intervenções do serviço social. **Conselho Regional de Serviço Social - 10º Região**, [S.l.], 2006. Disponível em: <<http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/16/16f4d5cf-48b6-445d-b891-27d0475c0705.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2018.

PERONI, V. M.V. **A gestão democrática da educação em tempos de parceria entre o público e o privado** . Brasília , DF: Liber Livro, 2013.

_____. **Redefinições das fronteiras entre o público e o privado: implicações para a democratização da educação**. Brasília, Liber Livro, 2013.

_____. **Política educacional e papel do Estado no Brasil dos anos 90**. São Paulo: Xamã, 2003.

_____. **A reforma do Estado dos anos 90 crise e reforma**. Via <http://www.mare.gov.br/reforma>, 3 jun., 1997.

PIRAN, N. **Agricultura familiar: lutas e perspectivas no Alto Uruguai**. Erechim, RS: Edifapes, 2001.

_____. **Análise de conjuntura da tese para a segunda assembléia estadual do MMTR/RS**. Erechim, RS Edifapes , 1989. b

PRATES, J. C. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Tese de Doutorado. Faculdade de Serviço Social. PUC-RS. Porto Alegre, 2003.

PREUSS, L. T. **O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai**. 2011. 181 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/498>>. Acesso em: 13

nov. 2019. [[Links](#)]

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização**. Belo Horizonte: Segrac, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. **COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL**. Resolução CIB nº 555 de 21 de Setembro de 2012.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, MARIA, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, B. S; MENEZES, M. P (org). (2010) **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez Editora

SEMINOTTI, J. J. **A arte de politizar: o papel político da igreja católica no Alto Uruguai do RS** (1974-1990). Erechim: Graffoluz, 2008.

_____. **Os movimentos sociais do meio rural no Alto Uruguai gaúcho: A Fetraf e a Via Campesina**. Organizadores: João Carlos Tedesco e Joel João Carini. **Conflitos Agrários no Norte Gaúcho**, vol. III. Passo Fundo: IMED, 2010, p. 161-178.

_____. **Os agricultores familiares e a representação política do sutraf na região Alto Uruguai do RS**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

SOUZA JUNIOR, P. R. Os movimentos sociais e sua participação na criação e desenvolvimento do sus no Brasil. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 98-126, 2016.

TESTA, M. **Planificación estratégica en el sector salud**. Caracas: CENDES/UCV; Mimeo, 1981.

_____. **Pensar en salud**. Buenos Aires: Mimeo, 1983-6.

_____. **Pensamiento estratégico, lógica de programación, estrategia y programación**. Buenos Aires: Mimeo, 1986.

_____. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud: parte I. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, v. 38, n. 4, p. 24, 1987.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1990.

VIANA, N. Estado, **Democracia e Cidadania**. Rio de Janeiro, Achiamé, 2003.

VIANA, R. M. **Grandes barragens, Impactos e Reparações: um estudo de caso sobre a Barragem de Itá**. Rio de Janeiro:2003.191 páginas (Dissertação de Mestrado em Planejamento urbano e Regional pela UERJ)

VIEIRA, E. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1992

Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Tradução de Daniela Bueno. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre, RS: Penso, 2016

ZANELLA, A. **A trajetória do Sindicalismo no Alto Uruguai Gaúcho**. 1937-2003. Passo Fundo, RS: UPF, 2004.

WOOD, E. M.. **A origem do capitalismo [1999]**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ANEXOS**APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa****Identificação**

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

1) Quais foram as motivações que o instigaram a participar da luta pela conquista da saúde gratuita em Aratiba (Rio Grande do Sul) nos anos 80?

02) O que você conhece ou lembra sobre essa história de luta dos movimentos sociais e as conquistas obtidas?

03) Na sua opinião, quais momentos ou fatos foram de maior importância para o contexto da época? Quais suas causas e consequências?

04) Na sua opinião, como foi construída a gestão do hospital nesse processo e como o mesmo está acontecendo nos dias de hoje?

05) Qual é o impacto que o hospital tem ou teve na saúde das pessoas, no mundo do trabalho e nas economias local e regional?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento do Pesquisador**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR**

Eu, _____, RG n. _____, estudante de Política social e Serviço Social e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e responsável pelo pré-projeto de Mestrado com o tema **CUIDADO DA SAÚDE E DEFESA DA VIDA: A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL DE ARATIBA NO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL** venho por meio deste, me comprometer a utilizar todos os dados coletados, unicamente, para o trabalho de Conclusão de curso bem como manter sob sigilo a identificação dos sujeitos da pesquisa, cujas informações terei acesso.

Respeitando assim, os preceitos éticos e legais exigidos pela Resolução n. 466/2012 , Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Atenciosamente

Assinatura do pesquisador

Erechim/RS, maio de 2018.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido baseado nas diretrizes contidas na Resolução CNS n. 466/2012

Título da Pesquisa: **CUIDADO DA SAÚDE E DEFESA DA VIDA: A CONTRIBUIÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL DE ARATIBA NO SISTEMA DE SAÚDE LOCAL E REGIONAL**

Nome da pesquisadora: **Marcia Fátima Balen Matté**

Nome do orientador: **Prof. Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **Cuidado da saúde e defesa da vida: a contribuição do movimento social de Aratiba no sistema de saúde local e regional** está sendo desenvolvida pela mestrandia Marcia Fátima Balen Matté Orientada Pelo Prof. Dr. Paulo Antônio Barros Oliveira do Curso de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Antônio Barros de Oliveira. Os objetivos do estudo são: Elucidar o grau de conhecimento que a população tem a partir da história de luta do movimento social enquanto organização dos Trabalhadores Rurais que, nos anos 80/90, buscaram os direitos ao acesso à saúde gratuita através da compra de um hospital comunitário, que, no decorrer da história, transformou-se em realidade. Entender qual foi a contribuição do Movimento Social do município de Aratiba na construção da luta pela saúde gratuita na época. Investigar a importância do Hospital Comunitário de Aratiba para a comunidade local e regional e o quanto a gestão participativa influencia o desenvolvimento de um projeto dessa magnitude, impactando economicamente a vida do trabalhador, beneficiado pelo atendimento gratuito, bem como na economia e na renda do município.

A finalidade deste trabalho é contribuir para os benefícios diretos ou indiretos aos participantes da pesquisa bem como divulgar um projeto que beneficia à comunidade. Solicitamos a sua colaboração para a entrevista que será gravada, com duração de uma hora, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. A participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, pois não apresenta riscos e ou desconfortos gerados durante a pesquisa. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. ao participar desta pesquisa. Quanto ao benefício, a Sra (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a questão saúde pública, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa elucidar o direito à saúde gratuita e que

este é possível sim através do Sistema Único de Saúde -SUS, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior. As gravações das entrevistas e as respectivas de gravações serão guardadas de forma segura no Centro de Documentação em Saúde e Trabalho (CEDOP), do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina. UFRGS) por um período de 10 (dez) anos, a partir do qual serão destruídas. Quanto ao pagamento sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para

Pesquisador: nome e o telefone para contato

Orientador: nome e o telefone para contato

Coordenadora do comitê de ética em pesquisa: nome

Telefone do comitê:

e-mail

Carta de Autorização do Hospital



CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Lucir De Conto, Diretor da Associação Comunitária Hospitalar de Aratiba -RS, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada **A Contribuição do Movimento Social na Construção do SUS em Aratiba- Cuidado da Saúde defesa da Vida** sob responsabilidade da Mestranda em Políticas Sociais e Serviço Social Da Universidade federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, **Marcia Fatima Balen Matte** no Município de Aratiba-RS. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador uso de espaço físico, documentos para análise, livro atas, reportagens e fotografias.

Aratiba , 17 de Outubro 2018.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Lucir De Conto", is written over a horizontal line.

Lucir De Conto
Diretor Geral ACHA

Lucir De Conto
Diretor Geral-ACHA
CPF: 174.072.810-68





Autorização do Conselho de Saúde

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE ARATIBA
Conselho Municipal da Saúde

Rua Ângelo Emilio Grandó, 365 - Centro - Fone/Fax: (54) 3376-1573
 Site: www.pmaratiba.com.br e-mail: saude@pmaratiba.com.br
 CNPJ 87.613.489/0001-84 CEP: 99770-000 - ARATIBA - RS



CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, ROSANE MARIA KLEIN MOCELLIN, Presidente do Conselho Municipal da Saúde de Aratiba - RS, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada **A Contribuição do Movimento Social na Construção do SUS em Aratiba - Promoção da Saúde defesa da Vida** sob responsabilidade da Mestranda em Políticas Sociais e Serviço Social Da Universidade federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, **Marcia Fatima Balen Matte** no Município de Aratiba-RS. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador uso de espaço físico, documentos para análise, livro atas, reportagens e fotografias.

Aratiba 27 de novembro de 2018

Rosane Maria Klein Mocellin

Presidente CMS / Gestão 04/2017 à 04/2019