



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA**

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL
DAS POPULAÇÕES
DO CAMPO E DA FLORESTA**

**Brasília – DF
2011**

O **Grupo da Terra**, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria n°. 2.460 de 12 de dezembro de 2005 e atualizado pela Portaria n°. 3.257 de 22 de dezembro de 2009 é composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada.

Ministério da Saúde

Secretaria Executiva (SE/MS)

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)

Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCTIE/MS)

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS)

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS/MS)

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS)

Fundação Nacional de Saúde (FUNASA/MS)

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/MS)

Sociedade Civil Organizada

Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)

Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS)

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)

Comissão Pastoral da Terra (CPT)

Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ)

Entidades Representativas dos Povos Indígenas

Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (FETRAF)

Movimento de Mulheres Camponesas (MMC)

Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB)

Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA)

Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST)

Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE)

Mulheres Trabalhadoras Rurais Movimento das Margaridas (MTRMM)

Convidados

Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA)

Ministério do Meio Ambiente (MMA)

Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)

Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM/PR)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	02
1. BASES REFERENCIAIS	04
1.1 Antecedentes Históricos e das Políticas Públicas para as Populações do Campo e da Floresta	04
1.2 A Situação de Saúde das Populações do Campo e da Floresta	11
1.3 O Acesso das Populações do Campo e da Floresta ao SUS: uma prioridade nacional	16
2. PROPÓSITO	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	21
4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	22
4.1 Gestão Federal	22
4.2 Gestão Estadual	23
4.3 Gestão Municipal	24
5. ESTRATÉGIAS DE PERACIONALIZAÇÃO	25
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA	33
7. TERMINOLOGIA	34
8. LISTA DE SIGLAS	39
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta expressa o compromisso político do Governo Federal em garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Esta política traduz o desafio dessa garantia e também contempla o atual momento brasileiro de incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde dessas populações.

As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto, estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo. As comunidades tradicionais como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais¹ ou aquáticas, e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras.

O Grupo da Terra, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 2.460 de 12 de dezembro de 2005, composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados teve por objetivo principal a elaboração desta Política Nacional e das estratégias para a sua implementação. E se constitui como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e Governo Federal, buscando dar consequência às suas demandas e necessidades de saúde.

¹ Que diz respeito especialmente aos povos da floresta. Esse grupo reivindica a “florestania”, em virtude da sua responsabilidade pela conservação e preservação do conjunto de valores éticos e comportamentais apreendidos na convivência com a natureza.

O processo de construção desta Política se baseou nas evidências das desigualdades e necessidades em saúde dessas populações e teve caráter participativo por se fundamentar em amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais.

A operacionalização desta Política depende do comprometimento de gestores das secretarias estaduais e municipais do SUS e dos técnicos, assim como de prefeitos, governadores e outros dirigentes no âmbito da saúde, e da articulação com políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde como a educação, saneamento e ambiente. Destacam-se ainda, políticas intersetoriais, dirigidas para a questão agrária e o financiamento da assistência técnica, em particular, à agricultura familiar e camponesa.

Neste contexto, é fundamental a participação dessas populações nos conselhos de saúde e nas demais instâncias de participação e controle social do SUS, conferindo força política junto aos respectivos gestores e responsáveis pela sua implementação.

A atuação integrada das três esferas de gestão do SUS na implementação desta Política, articulada às políticas intersetoriais, deverá ser orientada pelo respeito à diversidade social, cultural e biológica, no sentido de preservar e valorizar o conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, contribuindo assim para a promoção da cidadania destas populações.

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais e ambientais em que vivem as comunidades e populações, foi incorporado nesta Política, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e saúde das populações do campo e da floresta.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta tem, portanto, caráter transversal e envolve o compromisso das áreas, setores e instituições que compõem o Ministério da Saúde. Sua operacionalização apóia-se no Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores federal, estaduais e municipais, o qual prevê as metas sanitárias, o aperfeiçoamento da gestão e a defesa do SUS. A expansão da cobertura de serviços de saúde exigirá decisão política e destinação de recursos tendo como perspectiva a promoção da equidade em saúde.

Do ponto de vista setorial, esta Política reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS na implementação de suas ações e na articulação com outros setores, ressaltando a necessidade de parcerias com a sociedade civil, em especial, as entidades representativas dessas populações.

1. BASES REFERENCIAIS

1.1 Antecedentes Históricos e das Políticas Públicas para as Populações do Campo e da Floresta

No Brasil, historicamente, as políticas públicas foram planejadas e executadas com base em uma visão homogênea da população e da realidade nacional, o que as tornavam inadequadas para atender as demandas da população brasileira, como é o caso das populações do campo e da floresta.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta parte do reconhecimento da necessidade de novos rumos para o desenvolvimento social e econômico brasileiro e, portanto, da necessidade de romper com a lógica perversa do modelo de produção agrária que vem acarretando,

de forma interdependente, a degradação do meio ambiente e da qualidade de vida e saúde dessas populações.

As origens desse modelo localizam-se no processo de desenvolvimento do capitalismo e no caso do Brasil, também colonizador, baseado fortemente na concentração da propriedade da terra. Os grandes cafeicultores e pecuaristas do Sudeste e os usineiros da cana-de-açúcar do Nordeste, no início do século XX, dominam a cena rural brasileira e impõem a hegemonia do modelo econômico agroexportador de grandes latifúndios, transformando o campo e a floresta brasileira em espaço privilegiado de investimento de grandes empresários, nacionais e estrangeiros.

Ao mesmo tempo, sob o ponto de vista da saúde, o país começou a vivenciar as endemias e epidemias, como a malária, a varíola, a peste, a tuberculose e a febre amarela. Iniciam-se assim, campanhas para que o governo federal assumisse oficialmente a inteira responsabilidade em assuntos relativos à saúde pública.

Nesse contexto, Oswaldo Cruz, com o apoio de renomados sanitaristas da época, inicia o levantamento das condições de saúde das populações do campo das regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste, podendo ser esta considerada a primeira iniciativa federal de reconhecimento das condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais das populações do campo brasileiro.

A partir da segunda metade da década de 1940, sob influência norte-americana na economia brasileira, predominou investimentos vultosos em soluções de caráter técnico, em detrimento das de caráter político e social, interferindo inclusive no modelo de assistência à saúde adotado no Brasil.

Este modelo levou na agricultura, ao emprego indiscriminado de agrotóxicos de forte ação residual e, no tocante a assistência à saúde, o emprego maciço de antibióticos.

Ambas as situações eram vistas como suficientes para o combate e a erradicação das epidemias e endemias já identificadas na Primeira República. A despeito dos danos ambientais, os resultados sanitários foram positivos: redução expressiva da incidência de malária e outras doenças vetoriais, bem como queda na prevalência de tuberculose nas populações rurais e urbanas.

Nesse período, as concepções médico-sanitárias estavam calcadas principalmente no ideal de “Combate às Doenças”. Havia concepções contrárias, que apontavam para investimentos na melhoria da qualidade de vida das populações, como estratégia mais apropriada para prevenir doenças. Mas, na correlação de forças internas ao próprio campo médico-sanitário, estas foram desconsideradas.

É da década de 1950 o surgimento das primeiras formas organizadas de pressão encampadas pelos trabalhadores rurais como a criação da União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil (ULTAB) em 1950 e a fundação das Ligas Camponesas em Recife / PE (1955).

Também são dessa década iniciativas federais como a criação do Ministério da Saúde, em 1953, e a criação do Departamento de Endemias Rurais, em 1956. Paralelamente, os ruralistas organizaram a I Conferência Rural e, nesse contexto, o Estado criou o Serviço Social Rural, vinculado ao Ministério de Agricultura (Lei n.º 2.613/1955) que previa a prestação de serviços sociais, o estímulo à criação de cooperativas e a realização de pesquisas para o desenvolvimento rural (IENO, 1994). Esta é considerada a primeira iniciativa estatal de política voltada para o campo.

Na década de 1960, a reforma agrária passa a ser o alvo prioritário de movimentos de trabalhadores rurais como as Ligas Camponesas, em expansão, e a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), criada em 1963.

Porém, com o golpe militar de 1964, as organizações dos trabalhadores no campo e na cidade, bem como suas reivindicações, são duramente reprimidas, restando aos sindicatos ações meramente assistencialistas, cumprindo funções supletivas ao Estado. Com o aumento da repressão, pactos sindicais passam a ser proibidos por lei (SOARES, 1985).

Paralelamente, o governo federal regulamentou a Lei n.º 4.214/1963, que previa a criação do Estatuto do Trabalhador Rural, sendo assim instituída a Previdência do Trabalhador Rural, que garantiu o acesso aos benefícios da legislação trabalhista, tais como salário mínimo, 13.º salário e férias. Em 1967, é criado o Fundo de Assistência e Previdência Rural, o FUNRURAL.

No setor saúde, teve início à terceirização dos serviços de assistência, desencadeando acelerado processo de mercantilização e privatização, que o tornou cada vez mais excludente.

Em 1970, a Lei de Valorização Sindical (LVAS) regulamentou o apoio do Estado às atividades sindicais no âmbito esportivo, cultural, educacional e assistencial. A assistência social se dava por meio de convênios entre sindicatos rurais e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A assistência médica passou a ser o elo entre os sindicatos e os seus associados, numa relação caracterizada como “individual e paternalista” (SOARES, 1985).

Em 1976, o Ministério da Saúde, contando com financiamento da Previdência Social, por meio do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS – MS/INAMPS), estendeu a cobertura de serviços públicos de saúde para a área rural. Esse programa, dirigindo a assistência à saúde para o interior do Nordeste e parte de Minas Gerais, implantou uma rede básica que deveria ser porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado, organizado de forma

descentralizada, regionalizada e construído com participação comunitária. A rede complementar à assistência à saúde, já realizada pelo sistema formal, e preencheria o vazio do Estado na assistência integral à saúde das populações do campo. Com sua operacionalização, o Ministério da Saúde inaugurou seu modelo de atenção primária, de caráter universal, que seria aprimorado na década de 1980, com o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS/MS/INAMPS), de abrangência nacional.

A extinção do FUNRURAL, em 1977, eliminou a representação dos trabalhadores rurais no INPS e enfraqueceu a ação previdenciária rural. Mas isso não implicou o arrefecimento dos movimentos sociais. Em 1979, surgiram as comunidades eclesiais de base (CEBs) e as oposições sindicais. Teve início, então, um fenômeno bastante significativo: a confluência dos trabalhadores do campo e da cidade na luta por saúde e melhores condições de vida.

Por seu turno, percebendo a invasão e devastação de suas terras, populações indígenas, quilombolas e membros de outras comunidades, se articularam em movimentos sociais, a partir dos anos 1980, demandando por medidas corretivas emergenciais por parte do Governo Federal.

A Constituição Federal de 1988 ratificou a saúde como direito, adotando seu conceito ampliado, no qual o processo saúde doença é dependente de determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais. O Sistema Único de Saúde (SUS) criado dentro desta concepção se contrapôs à visão de saúde como mercadoria e adotou uma política que se fundamenta e se estrutura em princípios constitucionais de direito universal e deveres do Estado em relação à saúde, garantindo a integração de políticas sociais e econômicas com vista à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso às ações e serviços de saúde. Nesse contexto, foram incorporadas

reivindicações dos trabalhadores do campo em relação à previdência social e à saúde.

A década de 1990 e o início do século XXI são marcados por intensa movimentação no campo e na floresta com as ações da Comissão Pastoral da Terra (CPT), do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), da Articulação Nacional das Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMTR) e do Conselho Nacional de Seringueiros (CNSeringueiros), que lutam não só pelo acesso à terra, mas pela superação da histórica desigualdade de acesso aos direitos sociais. Nessa luta, destaca-se a participação de jovens e mulheres, índios, afrodescendentes, bem como descendentes de imigrantes, que se organizam e exigem dos governos seus direitos.

Entretanto, nessas políticas públicas, persistia uma visão restrita do que é o campo e a floresta, concebidos em oposição ao urbano. Não havia políticas e ações em saúde que levassem em conta a diversidade e as dinâmicas próprias desses espaços: diferentes sujeitos sociais, mobilidades populacionais, relações sociais, modos de produção, aspectos culturais e ambientais, formas de organização dos assentamentos, acampamentos, aldeias indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas, etc.

Desta forma, a elaboração e implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta justifica-se pela diversidade e dinâmicas próprias dessas populações, pela constatação da precária situação em que vivem, do seu acesso desigual às ações e serviços de saúde e, pela histórica dívida da sociedade brasileira com essas populações.

As três últimas Conferências Nacionais de Saúde (11ª/2000, 12ª/2003 e a última – 13ª/2007) apontaram como desafios garantir à população do campo, condições de acesso ao sistema de saúde e assegurar um atendimento com qualidade em todo o sistema.

Para que isso se concretize, torna-se necessário, além de outras ações, investir em educação permanente dos trabalhadores de saúde, de modo a lhes propiciar a compreensão sobre as especificidades de cada um dos grupos populacionais do campo e da floresta. As práticas de saúde desencadeadas pelo SUS devem respeitar a diversidade sociocultural, para que as ações de prevenção, promoção e educação em saúde possibilitem a emancipação desses cidadãos na conquista e garantia de sua saúde e da qualidade de vida em seus territórios.

Por outro lado, o Governo Federal explicita por meio da Lei nº 8.080/1990 que cria o SUS, que:

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Portanto, é imprescindível a transversalidade de políticas e a intersetorialidade das ações governamentais de modo a alcançar as metas do Plano Plurianual (PPA) 2008-2011, como a redução das desigualdades regionais, a promoção da cidadania, o fortalecimento da democracia, a geração de emprego e renda, entre outras. O setor saúde, pela sua presença em todo o território nacional e pela sua relevância para a qualidade de vida, deve assumir ativamente o papel de coautor nesse processo social. Em especial, deve estar articulado com os ministérios do Desenvolvimento Agrário (MDA), do Trabalho e Emprego (MTE), do Meio Ambiente (MMA), da Educação (MEC), entre outros, na formulação e implementação de

políticas de apoio e incentivo às atividades desenvolvidas pelas populações do campo e da floresta.

Neste sentido, esta Política deverá ser implementada de forma articulada, prioritariamente com o Programa Territórios da Cidadania, fruto de um processo de mobilização em torno dos territórios rurais promovido pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, desde 2003. Com a ampliação desta organização territorial, em 2008 passa a ser denominado de Programa dos Territórios da Cidadania, com ações interministeriais.

O Programa Territórios da Cidadania apresenta-se como uma estratégia de gestão e controle social, positiva para o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais e para a gestão pública voltada para o desenvolvimento sustentável regional, constitui-se em uma iniciativa de governo, a fim de dar consequência às ações intersetoriais para a inclusão social das populações do campo e da floresta.

1.2 A Situação de Saúde das Populações do Campo e da Floresta

Apesar das melhorias recentes, o Brasil ainda apresenta iniquidades na distribuição da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permitem o acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Esta situação pode ser evidenciada quando comparado o rendimento médio mensal *per capita* das famílias: a renda dos 10% mais ricos é mais de 42 vezes a renda dos 10% mais pobres da população economicamente ativa (PNAD, 2007).

No entanto, é preciso compreender que pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas a vulnerabilidade decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. A pobreza

se manifesta na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde e de educação. Está presente do mesmo modo na ausência de processos pacíficos de intermediação e resolução de conflitos que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis.

Também deve ser entendida como pobreza a destituição de voz dos sujeitos expressa nas políticas. A inexistência ou precariedade dos mecanismos de participação popular e de controle social é, em parte, responsável pela exclusão de amplos segmentos populares da participação política.

Os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, que exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida dos diversos segmentos populacionais e estão intrinsecamente associados às diferentes maneiras de adoecer e morrer.

A estrutura fundiária reforça a forte desigualdade da sociedade brasileira no campo, quando avaliada a distribuição de terra. Segundo o Censo Agropecuário de 2006 (IBGE, 2009), dos mais de 5 milhões de estabelecimentos agropecuários, 47% possuem área de até 10 ha. Ou seja, quase metade das propriedades rurais é de pequenos produtores e ocupa menos de 3% em área. Inversamente, os maiores estabelecimentos, com áreas iguais ou maiores do que 1.000 ha representam cerca de 1% das propriedades e ocupam uma área de 43% dentre o total de estabelecimentos. Quando considerada a condição do produtor em relação às terras, 23% dos estabelecimentos não são de propriedade dos produtores.

Quanto à distribuição demográfica, a pesquisa da PNAD 2007 revela que mais de 31 milhões de pessoas estão na área rural, representando 16,5% da população brasileira. Ainda,

da população geral ocupada no Brasil 16,6 milhões de pessoas estavam no setor agrícola² (PNAD, 2007).

Ainda em relação ao pessoal ocupado, a PNAD 2007 confirmou uma das principais características do trabalho infantil no país: 60,7% das crianças na idade de 5 a 13 anos ocupados (faixa etária em que o trabalho infantil é considerado ilegal) estavam inseridos em atividades agrícolas. A maioria (83,87%) das crianças e adolescentes (de 5 a 17 anos) inseridos em atividades agrícolas no país não recebia contrapartida em dinheiro por suas tarefas.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde: “no campo brasileiro são encontrados os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida” (BRASIL, 2005).

No ano de 1998, o Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP/UnB, em estudo realizado acerca da saúde das populações nos assentamentos organizados pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, constatou que a mortalidade geral nesses grupos era de 8,1 óbitos/1.000 habitantes. Já a taxa bruta nacional foi de 5,4 óbitos/1.000 habitantes. O mesmo estudo constatou uma taxa de mortalidade infantil de 73,6 óbitos/1.000 nascidos vivos, enquanto a mesma taxa para o Brasil era de 35,5 óbitos/1.000 nascidos vivos (UnB, 2001).

A morbidade referida no meio rural aponta para uma maior porcentagem de indivíduos com diarreia e vômito e com dores nos braços ou nas mãos, em relação à área urbana. Também na área rural, a falta de esgoto e de água encanada e potável é bem maior do que na urbana, o que pode estar

² Definição de trabalho Agrícola pelo IBGE: Agricultura e pecuária; Silvicultura e exploração florestal; Pesca e aquicultura; e atividades dos serviços relacionados com todas estas atividades.

associado à ocorrência de doenças caracterizadas por sintomas gastrointestinais. As dores osteomusculares também podem estar associadas a uma sobrecarga do trabalho braçal.

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, raciais e de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares.

Os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. O setor agrícola participou com 3,9% do total de acidentes registrados em 2008, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL, 2008).

Destaca-se, assim, a importância de informações específicas da saúde das populações do campo e da floresta nos sistemas de informação do SUS, possibilitando a identificação dos agravos relativos a essas populações.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); formas de adoecimento mal caracterizadas e sofrimento mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos.

O uso de agrotóxicos está diretamente relacionado com a falta de orientação técnica, segundo o IBGE, 2006: mais da metade (56,3%) dos estabelecimentos onde houve utilização de agrotóxicos não recebeu orientação técnica. Este resultado é particularmente revelador quando relacionado ao nível de instrução. Dos produtores com instrução igual ou inferior ao ensino médio incompleto, apenas 16,8% receberam assistência técnica. Nos estabelecimentos onde houve aplicação de agrotóxicos, 77,6% dos responsáveis pela direção declararam

ter ensino fundamental incompleto (1º grau) ou nível de instrução menor. Como as orientações de uso de agrotóxicos que acompanham estes produtos são de difícil entendimento, o baixo nível de escolaridade, incluindo os 15,7% que não sabem ler e escrever está entre os fatores socioeconômicos que potencializam o risco de intoxicação (IBGE, 2009).

Ainda, segundo o IBGE, 2006, em relação aos estabelecimentos que utilizam agrotóxicos (quase 27%), o pulverizador costal, que é o equipamento de aplicação que apresenta maior potencial de exposição aos agrotóxicos, corresponde à maioria deles (70,7%). Dos estabelecimentos que utilizam agrotóxico, 21,3% não utilizaram nenhum equipamento de proteção individual (EPI). Finalmente, mais de 25 mil pessoas declararam estar intoxicadas e 47,5 mil disseram não saber (IBGE, 2009).

De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/MS) e o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP – Malária/MS), destacam-se, entre as doenças endêmicas: malária, febre amarela, Doença de Chagas e leishmaniose. Doenças estas intimamente ligadas à condição do campo e da floresta e, portanto, relevante para as populações de que trata esta Política.

O número de casos de malária para o ano de 2009 no Brasil, segundo o SIVEP – Malária/MS, foi de mais de 306 mil casos, concentrando-se 99,3% na Região da Amazônia Legal. Boa parte da população dessa região depende de atividades de extrativismo e exploração de recursos das florestas.

Quanto a Doença de Chagas, entre 2002 e 2006, segundo o SINAN/MS, registrou-se 470 casos, sendo 90% na Amazônia Legal, com evidência de 75% no Pará. A Leishmaniose Tegumentar América, patologia relacionada aos processos de trabalho dessas populações, nos anos 2001 a 2005 foram notificados 196.239 casos, desses 39% na Região Norte,

28% na Região Nordeste, 17% na Região Centro-Oeste, 14% na Região Sudeste e 25% na Região Sul (SINAN/MS).

A febre amarela apresentou entre 2002 e 2006, 89 casos e 37 óbitos, nos estados de Amapá, Pará, Roraima e Mato Grosso, considerado área endêmica e, em Minas Gerais como área de transição (SINAN/MS).

Em relação às populações do campo e da floresta verificam-se episódios de violência, relacionados aos conflitos pela posse e propriedade da terra. Dentro do quadro de iniquidades que atingem essas populações, merecem destaque os agravos decorrentes das violências sexuais e domésticas. Devido às distâncias e à dispersão populacional, essas populações encontram também grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Portanto, há necessidade premente de melhorar o acesso às ações e serviços de saúde com qualidade, visando atender as especificidades dessas populações. Esse quadro evidencia a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações, o que requer um esforço do SUS no seu enfretamento, justificando esta Política.

1.3 O Acesso das Populações do Campo e da Floresta ao SUS: uma prioridade nacional

Esta Política reafirma o princípio de universalidade do SUS por meio de ações de saúde integrais como garantia constitucional às populações do campo e da floresta. Trata-se do compromisso com a promoção da equidade em saúde, assegurando uma ação concreta sobre os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho no campo e na floresta.

Para melhorar o acesso, as ações devem considerar a diversidade desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social, respeitando o conjunto de crenças

e valores adequando-se aos modelos e princípios de desenvolvimento sustentável. Sua viabilidade e efetividade dependem de maiores investimentos e do avanço dos processos de descentralização que vêm ocorrendo nos municípios brasileiros que abrigam as populações-alvo desta Política. Exige também, um processo ágil de educação permanente dos trabalhadores de saúde e dessas populações, de modo a aumentar a compreensão de ambos sobre as especificidades da relação entre o processo de trabalho no campo e na floresta e a saúde.

O acesso dessas populações às ações e serviços do SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento; implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações inter-setoriais, bem como, das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar o efeito sinérgico pretendido.

Nessa estratégia de intersetorialidade é importante a constituição de um colegiado de gestão, com objetivo de promover os ajustes necessários às práticas de gestão. Assim, como a articulação com outros programas governamentais como, por exemplo, o Programa Territórios da Cidadania, o qual vem se constituindo num reordenamento institucional e numa nova estratégia de gestão pública capaz de promover a integração de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento sustentável e a promoção da saúde das populações do campo e da floresta, entre municípios e microrregiões.

Também, como estratégias podem ser citada as previstas no Pacto pela Saúde, que aprimora a gestão e o processo de regionalização de acordo com as peculiaridades e necessidades locais, uma das diretrizes do SUS, que serão adotadas na implementação desta Política.

2. PROPÓSITO

Promoção de equidade relacionada ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida das populações do campo e da floresta por meio de melhoria do nível de saúde decorrente da implementação de políticas intersetoriais baseadas na geração de emprego e renda, acesso a terra, provimento de saneamento ambiental, habitação, soberania e segurança alimentar e nutricional, educação, cultura, lazer e no transporte digno.

2.1 Objetivo Geral

Promover a saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual e religiosa, visando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

2.2 Objetivos Específicos

- Garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanizado, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade, as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico;
- Contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde dessas populações, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, dos portadores de necessidades especiais, da criança e do adolescente, do homem e dos trabalhadores (as), considerando a saúde

sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica;

- Reduzir os acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta, particularmente o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o advindo do risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas populações, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana;
- Reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações, respeitando suas especificidades;
- Introduzir metodologias de planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde dessas populações e definir metas, estratégias e ações específicas para as mesmas;
- Incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados aos saberes, às práticas, às necessidades, demandas e especificidades dessas populações, considerando a situação intercultural na atenção aos povos e comunidades tradicionais;
- Apoiar processos de educação, informação e empoderamento dessas populações sobre o direito à saúde e em defesa do SUS;
- Apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos conselhos estaduais e municipais

de saúde e em outros espaços de gestão participativa, como também, os espaços territoriais;

- Promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais;
- Incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde dessas populações, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual;
- Promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento, da avaliação tecnológica e do controle do uso de agrotóxicos e transgênicos.

Reconhecendo a natureza dos processos de saúde doença e sua determinação social, esta Política recomenda mecanismos voltados para a implementação de ações intersetoriais, com interfaces nas questões de saúde das populações do campo e da floresta, por meio da articulação com os órgãos corresponsáveis, tendo em vista: o acesso e o desenvolvimento da educação básica contextualizada no campo e na floresta; o incentivo à agroecologia e à soberania e segurança alimentar e nutricional; o acesso aos recursos hídricos; a construção de ambientes saudáveis e sustentáveis; o combate à exploração do trabalho infantil, a proteção ao adolescente aprendiz e a erradicação do trabalho escravo; a proteção ao patrimônio genético e aos conhecimentos tradicionais; o avanço da reforma agrária no Brasil e a abordagem territorial.

3. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

- Saúde como direito universal e social;
- Inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual dessas populações;
- Transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações;
- Formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas dessas populações, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica;
- Valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e reprodução de saberes das populações tradicionais;
- Promoção de ambientes saudáveis, por meio da defesa da biodiversidade e do respeito ao território, na perspectiva da sustentabilidade ambiental;
- Apoio à produção sustentável e solidária, por meio da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo e da floresta;
- Participação social, com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo e da floresta nas instâncias de controle social em saúde;
- Informação e comunicação em saúde, considerando a diversidade cultural do campo e da floresta para a produção de ferramentas de comunicação;

- Produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação desta Política.

4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

4.1 Gestão Federal

- Garantir fontes de financiamento solidário para a implementação desta Política;
- Incluir no Plano Nacional de Saúde as metas e prioridades para a organização das ações de saúde para essas populações;
- Apoiar o fortalecimento de referência ou instância para implementação desta Política no Distrito Federal, estados e municípios;
- Apoiar a implementação desta Política por meio de suas áreas técnicas e das instâncias de gestão e acompanhamento do SUS;
- Incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações;
- Incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas e no direito à saúde;
- Prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento desta Política;
- Fortalecer a intersetorialidade articulando com órgãos governamentais e não governamentais a inclusão de

metas e prioridades referente às ações transversais prioritárias para a saúde dessas populações, em especial os ministérios do Desenvolvimento Agrário/INCRA, da Defesa, do Trabalho e Emprego, da Previdência, do Meio Ambiente/IBAMA, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Educação, a Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca/PR, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial/PR e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/PR, dentre outros;

- Consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre essas populações, considerando os aspectos de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e inserir informações em saúde nos subsistemas sob responsabilidade deste ministério;
- Estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação desta Política;
- Fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para essas populações.

4.2 Gestão Estadual

- Garantir fontes de financiamento solidário para a implementação desta Política;
- Incluir no plano de saúde, as metas e prioridades para a organização das ações destinadas a essas populações;
- Instituir instâncias (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação desta Política de forma participativa;

- Produzir dados estratificados sobre essas populações e alimentar os sistemas de informação em saúde de base nacional;
- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação desta Política;
- Desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações;
- Desenvolver e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas e no direito à saúde;
- Prestar apoio e cooperação técnica aos municípios;
- Monitorar a utilização de recursos alocados especificamente para o fortalecimento das ações desta Política, nos municípios de seu território;
- Viabilizar parcerias no setor público e também no setor privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações.

4.3 Gestão Municipal

- Garantir fontes de financiamento solidário para a implementação desta Política;
- Incluir nos planos de saúde as metas e prioridades, a fim de organizar, no seu território, o atendimento das necessidades e demandas dessas populações, garantindo a atenção básica, atenção especializada (média

complexidade) e logística para as equipes de saúde da família;

- Instituir instâncias (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação desta Política de forma participativa;
- Produzir dados estratificados sobre essas populações e alimentar os sistemas de informação em saúde de base nacional;
- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto desta Política;
- Viabilizar parcerias no setor público e no setor privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações, quando houver necessidade de complementaridade;
- Desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações;
- Promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas e no direito à saúde.

5. ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO

- Instituição de instrumentos e mecanismos de atendimento à saúde das populações do campo e da floresta na atenção básica e na atenção especializada (média e alta complexidade), a partir de definição das três esferas de gestão do SUS, a exemplo da implantação de unidades

móveis fluviais itinerantes e/ou fixas, conforme a Política de Atenção Básica;

- Ampliação da oferta de consultas, de exames, laudos e outros procedimentos, garantindo-se o acesso aos resultados em tempo hábil;
- Incentivo e garantia à interiorização das equipes de saúde da família por meio de projeto que articule a promoção de carreira e formação profissional em parceria com as Instituições de Ensino Superior (IES);
- Negociação das ações necessárias para as referências de atenção especializada (média e alta complexidade) nos Pactos de Gestão e planos operativos, a partir do mapeamento geográfico e das iniciativas intersetoriais;
- Redimensionamento do número de equipes de saúde da família para ampliar a cobertura das áreas de baixa densidade populacional e difícil acesso;
- Realização de concursos públicos com base local que requeiram conhecimentos específicos sobre a realidade local, garantindo que o agente comunitário de saúde seja pertencente às comunidades e receba a capacitação específica para a atuação frente às especificidades dessas populações;
- Reforço, por parte das esferas de gestão do SUS (federal, estaduais e municipais), das ações desenvolvidas nos municípios da área de abrangência do Plano de Saúde Amazônia Legal, e nos municípios de pequeno porte nos demais estados do país, com prioridade para as práticas de saúde da família, responsáveis pela articulação do conjunto das ações de atenção básica à saúde;

- Implementação, por parte de cada área técnica nas três esferas de gestão, das ações destinadas à saúde dessas populações nos programas, planos e projetos respectivos;
- Articulação com as áreas técnicas do Ministério da Saúde e de outros órgãos para a implementação de ações que propiciem a redução das vulnerabilidades em saúde dessas populações, voltadas para a saúde do idoso, da mulher, dos portadores de necessidades especiais, da criança e do adolescente, do homem e dos trabalhadores, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica;
- Inserção, nos serviços de saúde, de ações de vigilância em saúde referente aos agravos étnico-raciais e aos decorrentes dos processos de trabalho no campo e na floresta, priorizando os agravos relacionados à exposição a agrotóxicos;
- Implementação, por parte das três esferas de gestão, de processos de educação permanente para os trabalhadores de saúde, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde;
- Articulação com o processo de reorientação da formação profissional em saúde dos ministérios da Saúde e da Educação, para as adequações curriculares à atenção à saúde dessas populações, com a participação dos movimentos sociais representativos dessas populações na elaboração dos projetos político-pedagógicos dos cursos e das instituições;
- Articulação com Instituições de Ensino Superior para criação de residências multiprofissionais e/ou especializações em saúde direcionadas às especificidades dessas populações;

- Inclusão da especificidade de saúde dessas populações no Sistema Nacional de Educação, como temática transversal e curricular;
- Instituição e implementação de habilitação e formação técnica de nível médio em saúde dessas populações, visando qualificar o trabalho das equipes de saúde da família que atuam junto às mesmas;
- Fomento e apoio, por parte das três esferas de governo, aos processos de educação em saúde e formação para a cidadania e controle social a essas populações, com base em perspectivas educacionais críticas e no direito à saúde;
- Valorização do trabalho das parteiras e terapeutas tradicionais (homens e mulheres benzedadeiras, rezadeiras, curandeiras e outras), incluindo a elaboração de um cadastro em parceria com outros órgãos;
- Apoio e incentivo à produção de materiais educativos, informativos e de comunicação em saúde, que respeitem as especificidades e diversidades dessas populações, bem como a utilização, dos meios de comunicação de maior alcance, especialmente o rádio e a TV;
- Construção, em parceria, de mecanismos de acesso à produção, difusão e gestão da informação e comunicação, e ampliação do uso de mídia comunitária e das mídias de larga escala, públicas e privadas, em processos educativos em saúde dessas populações;
- Aperfeiçoamento dos sistemas de informação em saúde³, sob a gestão do Ministério da Saúde, que integram com o

³ O DATASUS agrega informações relacionadas à assistência e administração nos seguintes sistemas: SIA-SUS; SIH-SUS; SIAB; SI-PNI; SISVAN; SICLOM; SIGAB; HOSPUB. A SVS agrega as informações relacionadas ao perfil epidemiológico (antes de 2003, CENEPI) por meio dos seguintes sistemas: SIM; SINAN; SINASC; SIVEP-Malária. O IBGE, por meio de pesquisas sem regularidade de período, como as

IBGE, IPEA e outras entidades técnicas a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), para a inclusão dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB), de forma a dar suporte ao monitoramento da gestão e da atenção à saúde dessas populações;

- Adequação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde para a inclusão de informações sobre a saúde dessas populações por gênero, raça/cor, geração, etnia e orientação sexual, em parceria com o IBGE, dando visibilidade ao perfil de saúde e às condições de vida dessas populações. As variáveis e dados referentes à saúde dessas populações deverão ser inseridos no Cartão Nacional de Saúde (Cartão-SUS);
- Articulação com a Fundação IBGE e a RIPSA, para a implantação das variáveis e indicadores (ex.: mortalidade materna no campo e na floresta) necessários para análise da situação de saúde dessas populações, nas fontes de dados dos diversos sistemas de informação de periodicidade anual;
- Análise das especificidades relativas à saúde do idoso, da mulher, de pessoas com deficiências, da criança, e dos trabalhadores do campo e da floresta, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, para detalhamento programático;
- Articulação para ampliar o registro de informações sobre saúde dos trabalhadores do campo e da floresta nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e/ou similares;
- Realização de diagnóstico da situação de saúde dessas populações e outros estudos em parceria com as

PNAD e AMS, coleta dados que permitem a construção de indicadores para a análise da desigualdade entre os grupos sociais (OPS/IPEA, 2001).

Instituições de Ensino Superior (IES) e outras instituições de pesquisa;

- Fomento e apoio à produção de conhecimentos sobre a qualidade de vida e a saúde dessas populações;
- Incentivo à participação das representações dessas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa, redefinindo as representações dos movimentos sociais do campo e da floresta, garantindo a participação mínima de 30% de mulheres;
- Incentivo à gestão democrática dos conselhos, incluindo a articulação e divulgação regularmente nos meios de comunicação, especialmente em rádio e internet, do cronograma de reuniões, com pautas e resoluções adotadas;
- Apoio e incentivo aos estados e municípios para a implantação de instâncias para acompanhar o processo de gestão e implementação desta Política;
- Estímulo, por parte das três esferas de governo, à participação popular e ao controle social, por meio de fóruns de saúde, para acompanhamento e monitoramento da gestão e implementação desta Política, como também a utilização de mecanismos, como auditorias e ouvidorias, e instituições, a exemplo do Ministério Público, entre outras;
- Consolidação, ampliação e viabilização de parcerias com organismos internacionais, governamentais e não governamentais e do setor privado para o fortalecimento das ações de integralidade à saúde da população do campo e da floresta;

- Articulação com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
- Parceria com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e outros atores para viabilizar a execução de obras de saneamento básico e ambiental nas áreas selecionadas prioritárias, com acompanhamento e monitoramento, por meio de colegiado de gestão;
- Articulação desta Política com a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas;
- Articulação com outros ministérios, instituições e entidades para o desenvolvimento de ações transversais prioritárias: saúde, geração de renda, educação e saneamento ambiental para essas populações por meio de projetos estratégicos;
- Estabelecimento de parcerias com o Ministério da Defesa e outros órgãos, especialmente quanto ao apoio logístico para implementação desta Política;
- Estabelecimento de parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Justiça e outras instituições e atores para o desenvolvimento de ações para a erradicação do trabalho escravo e da exploração do trabalho infantil, e para a proteção ao adolescente aprendiz;
- Construção de parcerias com os ministérios do Desenvolvimento Agrário/INCRA (MDA), do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), do Meio Ambiente/IBAMA (MMA), da Ciência e Tecnologia (MCT) e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC) para o apoio ao desenvolvimento da agroecologia e da soberania e segurança alimentar e

nutricional, articulando as vigilâncias sanitária, ambiental e epidemiológica, de modo a assegurar que os alimentos sejam livres de agrotóxicos;

- Incentivo e apoio às medidas de rastreamento da origem dos alimentos e sementes, e transparência nas informações sobre as características genéticas dos Organismos Geneticamente Modificados (OGMs), em parceria com o MMA, MAPA, MDIC e MCT;
- Estabelecimento de uma câmara técnica em saúde para assessorar o Ministério da Saúde e as demais instituições de saúde do SUS nos assuntos relacionados a precaução sobre o uso dos transgênicos, às tecnológicas, ao desenvolvimento agrícola e suas repercussões sobre a saúde ambiental e humana;
- Estabelecimento de ações conjuntas, em parceria com órgãos afins, visando à promoção de ambientes saudáveis e sustentáveis por meio de medidas de vigilância em saúde e processos de sensibilização e regulamentação, voltados aos empresários do setor industrial e do agronegócio e à população em geral;
- Estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação desta Política;
- Assessoria a estados e municípios para a execução de projetos estruturantes para a saúde dessas populações;
- Divulgação nacional dos resultados alcançados por esta Política a cada biênio.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA

O monitoramento e a avaliação desta Política devem ocorrer com base nas metas do Plano Operativo, definido anualmente ou bianualmente para a execução desta Política, considerando as prioridades do Pacto da Saúde.

Os indicadores devem fazer referência quanto à morbimortalidade, ao acesso e à exclusão social dessas populações na atenção integral à saúde, incluindo: a estratégia de saúde da família; as ações de atenção voltadas à criança, ao adolescente, à mulher, ao homem, ao idoso, ao trabalhador e à saúde bucal; o controle de doenças; e a promoção da saúde (alimentação saudável, redução do uso de álcool e outras drogas, violências e tabagismo).

Considerando também, os serviços com referência na cobertura dessas populações nas ações estabelecidas da programação pactuada integrada (atenção básica, atenção especializada, vigilância em saúde e assistência farmacêutica); na evolução do quantitativo dos trabalhadores de saúde e da capacidade instalada; e no perfil da situação de saúde desses grupos sociais em relação às médias regionais e nacional.

Propõe-se, ainda verificar a participação e controle social por meio da presença popular, da representatividade dos movimentos sociais organizados do campo e floresta nos conselhos de saúde e da atuação dos conselhos e dos colegiados de gestão dos territórios referente à temática saúde no campo e na floresta.

7. TERMINOLOGIA

AGRICULTURA CAMPONESA – Aquela que considera as diferentes identidades socioculturais das diversas comunidades, bem como os saberes tradicionais, a partir da sua relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visando à produção para o auto-sustento e a comercialização de excedentes.

AGRICULTURA FAMILIAR – Aquela que atende aos seguintes requisitos: a) não deter a qualquer título, área maior do que 4 módulos fiscais⁴; b) utilizar predominantemente mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; c) ter renda familiar predominantemente originada de atividades econômicas vinculadas ao próprio estabelecimento ou empreendimento; d) dirigir seu estabelecimento ou empreendimento com sua família. Incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preenchem os requisitos b, c e d.

AGROECOLOGIA – Consiste em uma proposta alternativa de agricultura que seja socialmente justa, economicamente viável e ecologicamente sustentável. É uma abordagem que se baseia nas dinâmicas da natureza; agrega conhecimentos de outras ciências, além dos saberes populares e tradicionais provenientes das experiências de agricultores familiares, de comunidades indígenas e camponesas. Ainda, engloba modernas ramificações e especializações, como: agricultura biodinâmica, agricultura ecológica, agricultura natural, agricultura orgânica, os sistemas agroflorestais, permacultura, etc.

ASSALARIADOS E ASSALARIADAS RURAIS – Trabalhadores e trabalhadoras com vínculo empregatício na

⁴ Módulos fiscais: Unidade de medida expressa em hectares, fixada para cada município, considerando os seguintes fatores: tipo de exploração predominante no município; renda obtida com a exploração predominante; outras explorações existentes no município que, embora não predominantes, sejam significativas em função da renda ou da área utilizada; e conceito de propriedade familiar.

agropecuária, em regime de trabalho permanente, safrista ou temporário, com ou sem Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) assinada. Residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias. Parcela considerável migra entre as cidades e estados, de acordo com a sazonalidade das culturas.

CAMPONESES E CAMPONESAS – Aqueles e aquelas que, a partir de seus saberes e relação com a natureza, nos territórios que habitam e usam, visam à produção para o auto-sustento e a comercialização de excedentes.

DESCENTRALIZAÇÃO – Processo de autonomia das esferas de gestão estaduais e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal.

DIREITOS REPRODUTIVOS – Direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsabilmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos.

DIREITOS SEXUAIS – Direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação.

DIVERSIDADE – Princípio que respeita as diferenças legitimadas por fundamentos éticos gerados na convivência democrática dos sujeitos e grupos sociais. A biodiversidade está associada à sociodiversidade e à diversidade cultural.

EQUIDADE – Promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo.

EXTRATIVISMO – Todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais existentes no território.

EXTRATIVISTAS – Pessoas e comunidades, com suas especificidades culturais, cuja produção de riquezas para o seu desenvolvimento tem por base a coleta de produtos de fontes naturais, como as matas, capoeiras, rios, igarapés, lagos, várzeas, manguezais, igapós, praias oceânicas e alto-mar, dentre outros.

FLORESTANIA – Sentimento de pertencer à floresta e ser responsável pela sua conservação; conjunto de valores éticos, conceitos e comportamentos apreendidos na convivência com a floresta; direitos dos seres vivos habitantes da floresta, direitos da floresta compreendida como um ser vivo; noção equivalente à de cidadania, porém aplicada às populações da floresta.

INTEGRALIDADE – Princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

INTERSETORIALIDADE/TRANSVERSALIDADE – Abordagem de promoção da saúde, com base na articulação entre as políticas públicas e as práticas de gestão dos diversos setores do Estado, compartilhando ações e orçamento.

PARCERIA – Articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade.

POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA – São povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto, estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo. As comunidades tradicionais como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais

ou aquáticas, e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras.

POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS – Grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tradicionais, possuem formas próprias de organização social, e ocupam e utilizam territórios e recursos naturais como condição para sua produção e reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos e inovações práticas gerados e transmitidos pela tradição.

RASTREAMENTO – Processo que visa determinar a procedência de sementes e alimentos que apresentem características nocivas à saúde humana e ao meio ambiente, em especial semente e alimentos geneticamente modificados.

REGIÕES DE SAÚDE – Recortes territoriais, identificados por gestores, conselheiros e movimentos sociais, a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação, infraestrutura e transportes, compartilhadas no território.

REGIONALIZAÇÃO – Princípio organizativo do SUS que garante acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal, orientando-se pelos modos de territorialização das populações.

RESERVA EXTRATIVISTA – Unidade de conservação de uso sustentável, habitada por populações que utilizam os recursos naturais como meios de produção e renda familiar em manejo.

SUSTENTABILIDADE – Organização da sociedade e manejo dos recursos estratégicos, com garantia da continuidade e diversidade da vida, articulando as dimensões ambientais, econômicas, sociais, políticas e culturais.

SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA – Capacidade de geração de riqueza superior às necessidades.

SUSTENTABILIDADE SOCIAL – Forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas diversas dimensões: econômica, cultural etc.

SUSTENTABILIDADE POLÍTICA – Condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático.

SUSTENTABILIDADE CULTURAL E/OU SUSTENTABILIDADE – Adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades.

SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL – Modo de aproveitamento dos bens naturais e serviços com geração de benefícios sociais e econômicos, sem comprometer a conservação dos ecossistemas para as futuras gerações.

TERRITÓRIO – Espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável.

TRABALHO ESCRAVO – Exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade.

UNIVERSALIDADE – Princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção.

VIOLÊNCIA NO CAMPO E NA FLORESTA – Conflitos de interesses que geram, de forma sutil ou explícita, agravos, lesões e privação da vida, da liberdade, da cultura, do acesso à terra e aos direitos civis, políticos, sociais e ambientais.

8. LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMS – Pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária

ANMTR – Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Cartão-SUS – Cartão Nacional de Saúde

CEBs – Comunidades Eclesiais de Base

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNS – Conselho Nacional das Populações Extrativistas

CNSeringueiros – Conselho Nacional dos Seringueiros

CONAQ – Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONTAG – Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura

CPT – Comissão Pastoral da Terra

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FETRAF – Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HOSPUB – Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar
IBAMA – Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB – Indicadores e Dados Básicos para a Saúde
IES – Instituições de Ensino Superior
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LER – Lesões por Esforço Repetitivo
LVAS – Lei de Valorização Sindical
MAB – Movimento dos Atingidos por Barragens
MAPA – Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MCT – Ministério de Ciência e Tecnologia
MDA – Ministério de Desenvolvimento Agrário
MDIC – Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MEC – Ministério da Educação
MMA – Ministério do Meio Ambiente
MMC – Movimento de Mulheres Camponesas – Brasil

MONAPE – Movimento Nacional dos Pescadores

MPA – Movimento dos Pequenos Agricultores

MS – Ministério da Saúde

MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

MTE – Ministério do Trabalho e Emprego

MTRMM – Mulheres Trabalhadoras Rurais Movimento das Margaridas

NESP/UnB – Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília

OGMs – Organismos Geneticamente Modificados

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAIS – Programa de Ações Integradas de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPA – Plano Plurianual

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

SCTIE/MS – Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

SE/MS – Secretaria Executiva do Ministério da Saúde

SEAP/PR – Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República

SGEP/MS – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde

SPMPR – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

SEPPIR/PR – Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República

SGTES/MS – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica

SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SIVEP - Malária – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TV – Televisão

ULTAB – União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AÇÃO CATÓLICA OPERÁRIA (ACO). **História da classe operária no Brasil**. Rio de Janeiro: Reproarte, 4.º caderno, 1985.

ALBERT, Bruce. & GOMEZ, G. G. **Saúde Yanomani: um manual etnolingüístico**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1997.

ARTICULAÇÃO NACIONAL DE AGROECOLOGIA. **Carta política** (II Encontro Nacional de Agroecologia), 2002. Disponível em: <<http://www.agroecologia.org.br/CartaPoliticaIIENA.pdf>>.

BRASIL. Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde. **Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença**. 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm>>.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>.

_____. **Lei n.º 8.080**. 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <HTTP://www.cff.org.br/Legislação/Leis/lei_8080_90.html>.

_____. **Lei n.º 8.069**. 13 jul. 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>.

_____. **Lei n.º 8.142.** 28 dez. 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 da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>.

_____. **Lei n.º 2.613.** 23 set. 1955. Autoriza a União a Criar uma Fundação denominada Serviço Social Rural, vinculado ao Ministério da Agricultura. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1955/2613.htm>>.

_____. **Lei n.º 4.214.** 02 mar. 1963. Dispõe sobre o "Estatuto do Trabalhador Rural". Revogado pela **Lei n.º 5.889** de 08 jun.1973. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1963/4214.htm>>.

_____. Ministério da Previdência Social. Secretaria da Previdência Social. Departamento do Regime Geral de Previdência Social. Coordenação-Geral de Estatística e Atuária. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2008.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850>>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde,** Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e

humanização na atenção à saúde com controle social: Relatório Final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p. – (Série Histórica do CNS; n. 2) – (Série D. Reuniões e Conferências; n. 16).

_____. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2004. 228 p.

_____. Ministério da Saúde. **13.ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília, 14 a 18 de novembro de 2007: Relatório Final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil** – Brasília, 2005, p.27-28.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 649**. 28 mar. 2006. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq561_PortariaAnA649AdeA28.03.2006.doc>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 650**. 28 mar. 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível

em:

<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_785_PortariaAnA650AA28.03.2006.doc>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 698**. 30 mar. 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em:

<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq566_PortariaAnA698AdeA30.03.2006.doc>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 822**. 17 abr. 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/legislacao/portaria_822_17_04_06.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 2.460**, 12 de dezembro de 2005. Cria e define a coordenação e os representantes no Grupo da Terra. Disponível em:

<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/portaria_2460.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n.º 3.257**, 22 de dezembro de 2009. Altera e acrescenta artigos à Portaria n.º 2.460/GM/MS, de 12 de dezembro de 2005, e dá outras providências. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3257_22_12_2009.html>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes Gerais da Estratégia de Atenção à Saúde para a População do Campo**. Brasília, 2004 (versão preliminar digitada).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal: Plano Saúde Amazônia**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids**. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). **Novo retrato da agricultura familiar: o Brasil redescoberto**. Brasília, 2000.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Conselho Nacional de Desenvolvimento Sustentável. **Diretrizes para o desenvolvimento sustentável**. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Lei n.º 11.326**. 24 de jul de 2006. Estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11326.htm>.

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 17.^a ed. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1981.

IENO, G. M. L. **Municipalização da saúde em Caaporã: a construção de uma autonomia?** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba/CCLH/MCCS, João Pessoa, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo agropecuário 2006. Brasil, Grandes regiões e Unidades da Federação**. IBGE, Rio de Janeiro, p.1-777, 2009. ISSN 0103-6157. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/2006/default.shtm>>

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPEA. **Ofertas de serviços ao previdenciário do Funrural: gastos e estrutura de custeio**. IPEA, Brasília, 1981.

LIMA, J. C. Histórias das lutas sociais por saúde no Brasil. **Trabalho necessário**. v. 4, n. 4, 2006. p. 1-33.

LIMA, N. T., HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, M. C., SANTOS,

R. V. (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996. 252p.

MARTINS, J. S. **Os camponeses e a política no Brasil: as lutas sociais no campo e seu lugar no processo político**. Petrópolis: Vozes, 1981.

MARX, Karl. A chamada acumulação primitiva. In: **O Capital: crítica da economia política**. 12 ed. Livro 1. v. 2. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. p. 828-882.

MEDEIROS, L. S. **História dos movimentos sociais no campo**. Rio de Janeiro: FASE, 1989.

MOTA, C. G. **Brasil em perspectiva**. 14.^a ed. São Paulo: DIFEL, 1984.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=41>>

OLIVEIRA, T. C. **A Evolução Histórica da Previdência Social Rural no Brasil**. Revista brasileira de saúde ocupacional. São Paulo: n.º 64, vol. 16. out. nov. dez. 1988.

PNAD 2003 – **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio 2003**. IBGE, Rio de Janeiro, 2003.

PNAD 2007 – **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio 2007**. IBGE, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoere ndimento/pnad2009/default.shtm>>

PROGRAMA DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL-SAÚDE. **Quesito cor** (folheto de divulgação). Brasília, 2006.

SADER, Emir. **Quando novos personagens entraram em cena.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, M. A. dos S.. **Metamorfoses do espaço habitado.** 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SOARES, José Arlindo. **Os limites do novo sindicalismo no Nordeste.** Brasília: 1985 (digitado).

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Núcleo de Estudos de Saúde Pública. **Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra. Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da Reforma Agrária.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.