



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

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

**Brasília – DF  
Novembro /2008**

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
1. BASES REFERENCIAIS	5
1.1 Antecedentes Históricos e Sociais das Populações do Campo e da Floresta	5
1.2 A Situação de Saúde das Populações do Campo e da Floresta	8
1.3 O Acesso das Populações do Campo e da Floresta ao SUS: uma prioridade nacional	11
2. PROPÓSITO	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	12
3. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	13
4. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	14
4.1 Gestão Municipal	14
4.2 Gestão Estadual	14
4.3 Gestão Federal	15
5. ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO	16
6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA POLÍTICA	19
7. TERMINOLOGIA	20
8. LISTA DE SIGLAS	23
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

## APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta expressa o compromisso político do Governo Federal de garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), além de contribuir para a concretização dos seus princípios de equidade, universalidade e integralidade. Esta política traduz o desafio dessa garantia e também contempla o atual momento brasileiro de desenvolvimento do campo, de forma a incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde dos trabalhadores rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais.

As populações do campo e da floresta são caracterizadas como povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto, estão os grupos que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais<sup>1</sup>, ou aquáticas como também os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados e acampados<sup>2</sup>. Também estão compreendidos dentro dessa categoria os trabalhadores assalariados e temporários que residam ou não no campo. Dentre esses grupos podem-se destacar as populações ribeirinhas; aquelas atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais como os quilombos.

O Grupo da Terra, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 2.460 de 12 de dezembro de 2005<sup>3</sup>, composto por representantes indicados por essas populações. Este Grupo teve por objetivo principal a elaboração dessa 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.

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.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Neste documento pressupõe-se que os termos camponeses, agricultores, trabalhadores, assentados, acampados, assalariados etc contemplam a sua flexão de gênero, ou seja, camponesas, agricultoras, trabalhadoras, assentadas, acampadas, assalariadas etc.

<sup>3</sup> Participantes do Grupo da Terra: Órgãos de Governo: SGEP, SAS, SVS, SCTIE, SGTES, SE/MS, FIOCRUZ, FUNASA, ANVISA; Movimentos Sociais: CONASEMS, CONASS, MMC-Brasil, CONTAG, MST, CNSeringueiros, FETRAF, MPA, CPT, CONAQ, COIAB. Convidados: SEAP/PR, SEPPI/PR, SPM/PR, MDA, MMA, MAPA, MTE, IBAMA e INCRA.

A atuação integrada do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais de saúde na implementação desta Política, articulada às políticas intersetoriais, deverá ser orientada pelo respeito à diversidade social, cultural e biológica. Nesta perspectiva, deverão ser preservados valores da proteção do patrimônio genético, contribuindo 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 ações intersetoriais, consideradas como 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 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 Sociais das 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.

Esta Política parte do reconhecimento da necessidade de novos rumos para o desenvolvimento econômico e social brasileiro. É preciso romper com a lógica perversa de reprodução do capital calcada num modelo de produção agrária que vem acarretando, de forma interdependente, a degradação do meio ambiente e da qualidade de vida e saúde das populações do campo e da floresta.

As origens desse modelo localizam-se no processo colonizador brasileiro, fortemente concentrador da propriedade da terra. No Brasil, o desenvolvimento do capitalismo no campo manteve a concentração da propriedade rural. No início do século XX, são os grandes cafeicultores e pecuaristas do Sudeste e os usineiros da cana-de-açúcar do Nordeste que dominam a cena rural brasileira. Articulados com os seus interesses, sucessivos governos adotaram o modelo econômico agroexportador como a estratégia por excelência para a inserção do país no comércio mundial.

Com a hegemonia do modelo econômico agroexportador, o campo brasileiro transformou-se em espaço privilegiado de investimento de grandes empresários, nacionais e estrangeiros. Assim, teve início a expansão indiscriminada das fronteiras agrícolas. Com o intuito de ampliar sua produção, os grandes latifundiários, que começavam a diversificar seus produtos, investiram, por um lado, na ampliação das suas propriedades, e, por outro, em modernas tecnologias agrícolas.

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. Temendo o contágio, navios estrangeiros evitaram atracar nos portos de Santos-SP e do Rio de Janeiro-RJ. Alarmados com a situação e antevedendo perdas irreparáveis, os “barões do café” iniciaram campanha para que o governo federal assumisse oficialmente a inteira responsabilidade em assuntos relativos à saúde pública.

Nesse contexto, Oswaldo Cruz convocou os sanitaristas Belizário Penna e Arthur Neiva para fazer o levantamento das condições de saúde das populações do campo das regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Esta pode ser considerada a primeira iniciativa federal de reconhecimento das condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais das populações do campo brasileiro.

Foi a partir da “Era Vargas” que se deu o crescimento sistemático da influência norte-americana na economia e no modelo de assistência à saúde adotado no Brasil, fazendo com que, da segunda metade da década de 1940 em diante, predominassem investimentos vultosos em soluções de caráter técnico, em detrimento das de caráter político e social.

Essa estratégia baseada nas soluções de caráter técnico levou, na agricultura, ao emprego indiscriminado de agrotóxicos de forte ação residual, como o Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT) 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 nessa década que surgem as primeiras formas organizadas de pressão encampadas pelos trabalhadores rurais. Data de 1950 a criação da União de Lavradores e Trabalhadores Agrícolas do Brasil (ULTAB) e de 1955 a fundação, em Recife-PE, das Ligas Camponesas.

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 2.613/1956). Esta é considerada a primeira iniciativa estatal de política voltada para o campo. A Lei do Serviço Social Rural previa a prestação de serviços sociais, o estímulo à criação de cooperativas e a realização de pesquisas para o desenvolvimento rural (IENO, 1994).

Na década de 1960 ocorre, além da expansão das Ligas Camponesas, a criação, em 1963, da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG). A reforma agrária passa a ser o alvo prioritário desses movimentos e também de setores progressistas nos meios intelectuais e políticos.

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). Diante das imensas demandas dos trabalhadores do campo e dos significativos recursos convencionais, as máquinas burocráticas dos sindicatos passaram a se sustentar com esses recursos. 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 convocação da Assembléia Nacional Constituinte abriu a possibilidade de novas posições frente às políticas públicas e, particularmente, às políticas de saúde. Nesse contexto, foram incorporadas reivindicações dos trabalhadores do campo em relação à previdência social e à saúde.

A Constituição Federal de 1988 ratificou a saúde como direito, adotando o conceito ampliado de saúde, no qual o processo saúde-doença é dependente dos determinantes sociais de saúde. O SUS 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.

Estes deveriam contemplar estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, com base na unificação do setor da saúde e sua integração com a previdência e assistência social, configurando o Sistema de Seguridade Social.

Na década de 1990, intensificaram-se as lutas no campo, 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).

Essa realidade abriu espaço para as lutas políticas e ideológicas, e para dois tipos de discurso: o da racionalização de serviços e o da promoção da justiça social pela universalização dos serviços públicos da saúde em obediência ao princípio da equidade. O estado de direito no qual o Brasil ingressou com a promulgação da Constituição Federal em 1988, fruto de intensa mobilização social, foi determinante para que a nação brasileira assumisse seu caráter plural respondendo às demandas de inclusão social de diversos grupos, até então marginalizados. O capítulo dos direitos sociais representou um avanço e uma conquista da classe trabalhadora (BRASIL/MS, 2004).

Nas últimas décadas, muitos esforços foram realizados no sentido de implementar e consolidar o SUS, aproximando o Estado brasileiro dos problemas da população e, com isso, gerando respostas para as suas demandas e interesses relacionados à saúde.

O final da década de 1990 e o início do século XXI são marcados por intensa movimentação no campo e na floresta, liderada por setores organizados 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 outros imigrantes, que se organizam e exigem dos governos seus direitos.

Entretanto, nessas políticas públicas, persistia uma visão restrita do que é campo e 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: os diferentes sujeitos sociais; as mobilidades populacionais; as relações sociais; os modos de produção; os aspectos culturais e ambientais; as

formas de organização dos assentamentos; acampamentos; aldeias indígenas; comunidades quilombolas; ribeirinhas etc.

A intervenção e o apoio federal para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta justifica-se pela situação precária em que vivem pela constatação do seu acesso desigual às ações e serviços de saúde e pela histórica dívida da sociedade brasileira com essas populações.

Neste sentido, a legislação ordinária do setor (Lei nº 8.080/1990), explicita 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).

As três últimas conferências nacionais de saúde 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 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.

Nesse sentido, o governo federal já estabeleceu como diretriz que o processo social é estruturante do modelo econômico<sup>4</sup>. A redução das desigualdades regionais, a promoção da cidadania, o fortalecimento da democracia, a geração de emprego e renda, entre outras, são metas do Plano Plurianual (PPA) 2008-2011. No pacto federativo, para alcançar esses objetivos, a transversalidade de políticas e a intersetorialidade das ações são meios estratégicos. 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 co-autor nesse processo social. Em especial, deve estar articulado com os ministérios do Desenvolvimento Agrário, do Trabalho e Emprego, do Meio Ambiente, da Educação, entre outros, na formulação e implementação de políticas de apoio e incentivo à agricultura familiar camponesa e ao extrativismo.

O Programa Territórios da Cidadania, apresenta-se como uma estratégia positiva para o enfrentamento das desigualdades sociais e regionais e de 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, assim, será articulado à implementação desta Política.

## **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, além da renda dos 10% mais ricos ser 23,5 vezes maior que a renda dos 10% mais pobres da população economicamente ativa. (BRASIL, 2008).

---

<sup>4</sup> CONDRAF. **Diretrizes para o desenvolvimento sustentável**. Brasília, 2006.

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.

As populações do campo e da floresta representam, especificamente, no Brasil, 19% da população geral. Dos 15 milhões de agricultores, 37% vivem abaixo da linha da pobreza e 11% vivem somente da aposentadoria rural. Estima-se que existam 4,8 milhões de famílias rurais sem terra no país (BRASIL, 2005).

Conforme o Censo Agropecuário de 1995/96 do IBGE, a estrutura fundiária brasileira indica que os 2,4 milhões de pequenos proprietários com menos de 10 ha detêm 50% do total dos títulos de propriedades, entretanto, esses proprietários possuem apenas 2% de todas as terras. Na outra ponta, 49 mil grandes proprietários de terras (com mais de 1.000 ha), detendo apenas 1% dos títulos das propriedades, possuem 45% de todas as terras agricultáveis do Brasil (IBGE, 1995/96).

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 NESP/UnB (2000), 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 n.v., enquanto a mesma taxa para o Brasil era de 35,5 óbitos/1.000 n.v. (UnB, 2001).

Os dados da PNAD de 2003 revelam que, do total da população, estimada em mais de 175 milhões de habitantes, 20,25% dos moradores do meio rural avaliam seu estado de saúde como ruim e muito ruim, e 17,81% como regular. 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 associado à ocorrência de doenças caracterizadas por sintomas gastrointestinais. As dores osteomusculares também podem estar associadas a uma sobrecarga do trabalho braçal (IBGE, 2003).

A distribuição dos trabalhadores, segundo o setor produtivo, revela que das 75.471.556 pessoas consideradas ocupadas (PNAD-2002), 19,53% estão no setor Agrícola e Extrativista; 13,72% no setor da Indústria de Transformação e 17,15% no setor de Comércio e Reparação (IBGE, 2002).

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. Em 2003, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, as lesões de punho e da mão representaram 34,20 % dos acidentes. O trabalho em máquinas e equipamentos obsoletos e inseguros são responsáveis por cerca de 25% dos acidentes do trabalho graves e incapacitantes registrados no país (BRASIL, 2003).

Entre as doenças relacionadas ao trabalho mais frequentes estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo-Musculares 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.

Quanto às doenças endêmicas que acometem a população em geral, 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), destaca-se malária, febre amarela, Doença de Chagas e leishmaniose. Em relação às populações do campo e da floresta a situação é preocupante. O número de casos de malária para os anos de 2002 e 2006 foram respectivamente, 496 mil casos e 540 mil casos, concentrando-se 99,7% na Região da Amazônia Legal. 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. Quanto a Doenças de Chagas, nos últimos 5 anos registrou-se 470 casos, sendo 90% na Amazônia Legal e evidenciando-se 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.

Em relação aos povos da floresta, encontra-se grande dificuldade de acesso às suas áreas, devido às grandes distâncias e à dispersão populacional. O contato da população hegemônica com esses povos vem historicamente causando a transmissão de doenças e gerando 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.

Em relação à utilização dos serviços de saúde (PNAD/IBGE, 1998), verificou-se que uma proporção bem maior de indivíduos utiliza o sistema público de saúde no meio rural do que no meio urbano. Foi identificado também que, enquanto no meio urbano a procura por atendimento à saúde gira em torno de exames de rotina e de prevenção, na área rural o principal motivo está associado a doenças.

Em termos da avaliação da própria saúde, os dados indicam que, do total da população de 40 a 60 anos, estimada em mais de 31 milhões de habitantes, 45,3% dos moradores do meio rural avaliam seu estado de saúde como ruim, muito ruim ou regular. Na área urbana, esse número cai para 35,4%.

Há necessidade preeminente 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 acesso às ações de saúde integrais como garantia constitucional às populações do campo e da floresta, por meio do SUS. Trata-se do compromisso com a promoção da equidade à saúde, assegurando a intervenção sobre os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho no campo e na floresta.

Este desafio requer maior investimento no SUS para as populações dos municípios onde as atividades produtivas no campo e na floresta envolvam parcela significativa da população. 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.

As ações devem considerar a diversidade desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social. Sua viabilidade e efetividade dependem do avanço dos processos de descentralização que vêm ocorrendo nos municípios brasileiros que abrigam as populações-alvo desta Política. As intervenções devem respeitar o conjunto de crenças e valores e o modo de produção próprio de cada grupo social que compõe as populações do campo e da floresta, adequando-se aos modelos e princípios de desenvolvimento sustentável.

Experiências têm demonstrado que, em algumas regiões, estados e municípios, as populações do campo e da floresta não estão suficientemente organizadas e mobilizadas para protagonizar as lutas em defesa da saúde, como também para se incorporar aos mecanismos institucionais de participação Social.

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 intersectorialidade é importante a constituição de um colegiado de gestão, com objetivo de promover os ajustes necessários às práticas de gestão.

Como exemplo, cita-se o Programa Territórios da Cidadania, o qual vem se constituindo num reordenamento institucional e numa nova estratégia de gestão pública capaz de promover articulações entre municípios e microrregiões e a integração de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento sustentável e a promoção da saúde dessas populações.

As estratégias previstas no Pacto pela Saúde que aprimora a gestão e o processo de regionalização, diretriz do SUS, de acordo com as peculiaridades e necessidades locais, e, também se articula com o Programa Territórios da Cidadania e outros que venham a constituir-se, 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 intersectoriais 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, incluindo as ações de atenção, básica e atenção especializada, de acordo com as necessidades e demandas desta população.
- Contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde dessas populações, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, das pessoas com deficiências, da criança e do adolescente, do homem e dos trabalhadores, considerando a saúde bucal, a sexual e a 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, do mercúrio e outras substâncias químicas que agravam a saúde humana e ambiental, o advindo do risco ergonômico desse trabalho e da exposição contínua aos raios ultravioleta;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas populações, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde e controle dos fatores de risco.
- Reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações, respeitando suas especificidades;
- Introduzir metodologias de planejamento capazes de identificar as demandas de saúde dessas populações.
- Incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades dessas populações, considerando a situação intercultural na atenção aos povos e comunidades tradicionais e da floresta;
- Apoiar processos de educação, informação e empoderamento dessas populações sobre o direito à saúde e em defesa do SUS;
- Fortalecer a participação das representações dessas populações nos conselhos estaduais e municipais de saúde e em outros espaços de gestão participativa;
- 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.

**2.3 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 co-responsáveis, tendo em vista:

- o acesso e o desenvolvimento da educação básica no campo e na floresta;
- o saneamento básico e ambiental
- o incentivo à agroecologia e à soberania e segurança alimentar e nutricional;
- o impacto dos transgênicos na saúde e no ambiente;
- 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.

### **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 intersectorialidade 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**

Estas responsabilidades referenciam-se no Pacto de Gestão, que tem como eixo estratégico a negociação solidária e a articulação entre os gestores das ações de saúde com vistas ao pleno atendimento às necessidades e demandas de saúde locais. O Pacto de Gestão que integra o Pacto pela Saúde que, por sua vez orienta o Programa Mais Saúde, é um grande avanço na qualificação do processo de gestão e gerência do SUS, construído e firmado entre os gestores municipais, estaduais e nacionais. Entre suas estratégias operacionais, busca promover maior participação, transparência e efetividade nos processos de gestão.

### **4.1 Gestão Municipal**

Às secretarias de saúde dos municípios cabe:

- 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, as referências de média e alta 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 da 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 também 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;
- desenvolver 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 no direito à saúde.

### **4.2 Gestão Estadual**

Às secretarias de saúde, dos estados e do Distrito Federal cabe:

- 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 da 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 no direito à saúde;
- prestar apoio e cooperação técnica aos municípios;
- monitorar a utilização de recursos alocados especificamente para o fortalecimento dessas ações, 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 Federal**

Ao Ministério da Saúde cabe:

- 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 da 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 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 as 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 alimentar os subsistemas de informações em saúde 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.

## 5. ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO

Esta Política deve ser operacionalizada por meio de práticas de gestão voltadas à promoção da equidade em saúde, articuladas nas três esferas de gestão do SUS, aos demais setores de governo e aos movimentos sociais, por suas representações nas instâncias de controle social e nos colegiados de gestão.

As esferas de gestão do SUS deverão implementar as ações integrais por meio da rede de cuidados de atenção à saúde a essas populações, articuladas às estratégias das políticas públicas voltadas para o desenvolvimento locorregional.

Em relação a essas populações, a educação permanente dos trabalhadores de saúde deverá incluir nos processos formativos o *ethos* antropológico, buscando produzir formas de interação que proporcionem às mesmas serem compreendidas e assistidas por equipes de saúde que as acolham e estejam preparadas política, etnológica e lingüisticamente. Dessa forma, construindo modos alternativos interculturais de pensar e abordar a saúde e garantindo a resolutividade.

Neste sentido, os trabalhadores de saúde devem munir-se do conhecimento acerca dos agravos e doenças que atingem essas populações, incluindo aqueles provocados por causas externas, em especial, a violência no campo e na floresta em suas diversas formas.

Também, devem-se viabilizar parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não-governamentais para o fortalecimento das ações de integralidade à saúde dessas populações.

As estratégias de operacionalização incluem:

- instituição de instrumentos e mecanismos de atendimento à saúde das populações do campo e da floresta na atenção básica e na atenção especializada, a partir de definição das três esferas de gestão do SUS, a exemplo da implantação de unidades móveis fluviais itinerantes e/ou fixas;
- ampliação da oferta da atenção, de consultas, de exames e outros procedimentos, garantindo-se o acesso aos resultados em tempo hábil;
- incentivo à interiorização das equipes de saúde da família por meio da 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 nos Pactos de Gestão e planos operativos, a partir do mapeamento geográfico e das iniciativas intersetoriais;
- realização de processo seletivo público de Agentes Comunitários de Saúde que requeira conhecimentos específicos sobre a realidade local e às especificidades dessas populações;
- priorizar, por parte das esferas de gestão do SUS (federal, estaduais e municipais), das ações desenvolvidas, nos municípios da área de abrangência Amazônia Legal e nos pequenos municípios nos demais estados do país, com prioridade para ações e serviços de saúde na estratégia de saúde da família, responsáveis pela articulação do conjunto das ações de atenção básica à saúde;
- fortalecimento nos serviços de saúde, de ações de vigilância 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 e ao mercúrio;

- 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;
- fortalecimento do 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;
- fortalecimento da articulação com Instituições de Ensino Superior para criação de residências multiprofissionais e/ou especializações em saúde direcionadas às especificidades dessas populações, de acordo com as políticas;
- inclusão da abordagem da saúde dessas populações no Sistema Nacional de Educação, como temática transversal e curricular;
- 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 das Políticas que priorizam o trabalho das parteiras e terapeutas tradicionais (homens e mulheres benzedeiras, rezadeiras, curandeiras e outras).
- 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;
- 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;
- os sistemas de informação em saúde<sup>5</sup>, operados pelo Ministério da Saúde, que integram com o IBGE, IPEA e outras entidades técnicas a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), deverão ser aperfeiçoados 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;
- os sistemas de informação do Ministério da Saúde deverão adequar-se também 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;
- fortalecimento da 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;
- fortalecimento da articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde para a ampliação do registro de informações sobre saúde dos trabalhadores do campo e da floresta;

---

<sup>5</sup> 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 PNADs e AMS, coleta dados que permitem a construção de indicadores para a análise da desigualdade entre os grupos sociais (OPS/IPEA, 2001).

- realização de diagnóstico da situação de saúde dessas populações e outros estudos em parceria com as 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;
- incentivo à gestão democrática dos conselhos, incluindo o fortalecimento da divulgação de informação regularmente nos meios de comunicação, especialmente rádio e internet, o seu cronograma de reuniões, pautas e resoluções adotadas;
- apoio aos estados e municípios para avaliação e acompanhamento do processo de implementação desta Política, com a participação popular e o controle social;
- fortalecimento da articulação com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;
- fortalecimento de parcerias com instituições visando a execução de obras de saneamento básico e ambiental nas áreas selecionadas, com acompanhamento e monitoramento, por meio de colegiado de gestão;
- articulação desta Política com a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e demais políticas nacionais de inclusão social;
- 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;
- incentivo a 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, da exploração do trabalho infantil e para a proteção ao adolescente aprendiz;
- construção de parcerias com o MDA/INCRA, MDS, MAPA, MMA/IBAMA, MCT, MDIC entre outros, para o apoio ao desenvolvimento da agroecologia, 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 e outras substâncias químicas nocivas à saúde, e também, às medidas de rastreamento da origem dos alimentos e sementes, e transparência nas informações sobre as características genéticas dos Organismos Geneticamente Modificados (OGMs);
- estabelecimento de parcerias 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;
- estabelecimento de instrumentos de gestão e indicadores para monitoramento e avaliação desta Política;
- 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 dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Os indicadores devem referenciar-se nas dificuldades de acesso e exclusão social e na morbitalidade dessas populações à atenção integral à saúde, incluindo a estratégia de saúde da família, as ações estratégicas de atenção a criança, ao adolescente, a mulher, o homem, o idoso, o trabalhador e a saúde bucal; o controle de doenças (DST/AIDS, Hepatites, Câncer de Mama, Colo de Útero, de Próstata e de Pele, Diabetes, Hipertensão, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Esquistossomose, Doenças de Chagas, Intoxicações Agudas e Crônicas por Agrotóxicos, transtornos auditivos e visuais, entre outras). E, ainda, a promoção da saúde (alimentação saudável, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, violências e tabagismo).

Levando-se em conta também a oferta de serviços com referência na cobertura dessas populações nas ações estabelecidas na programação pactuada integrada (atenção básica, atenção especializada, vigilância em saúde e assistência farmacêutica); a evolução do quantitativo dos profissionais de saúde e da capacidade instalada; e o 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 participação popular, da representatividade dos movimentos sociais organizados do campo e floresta nos conselhos de saúde e da intervenção dos conselhos de saúde referente à temática.

## 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 fiscais<sup>6</sup>; 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, aquícultores, extrativistas e pescadores que preenchem os requisitos b, c e d.

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

**EQÜIDADE** – 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

---

<sup>6</sup> 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.

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.

**TRANSVERSALIDADE/INTERSETORIALIDADE**– 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** – Povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, entre elas: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais.

**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, infra-estrutura 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**

**AMS** – Pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária

**ANMTR** – Articulação Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**BNDES** – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

**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

**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

**CONDRAF** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural Sustentável

**CONTAG** – Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura

**CPMF** – Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

**CPT** – Comissão Pastoral da Terra

**CTPS** – Carteira de Trabalho e Previdência Social

**DAB** – Departamento de Atenção Básica

**DATASUS** – Departamento de Informática do SUS

**DDT** – Dicloro Difenil Tricloreto

**DORT** – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis

**ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública

**ESF** – Equipe de Saúde da Família

**FAO** – Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação

**FETRAF** – Federação de Trabalhadores da Agricultura Familiar - Brasil

**FIOCRUZ** – Fundação Osvaldo 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

**IICA** – Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura

**INPS** – Instituto Nacional de Previdência Social

**INAMPS** – Instituto Nacional de Assistência Médica da 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

**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

**MJ** – Ministério da Justiça

**MMA** – Ministério do Meio Ambiente

**MMC** – Movimento de Mulheres Camponesas – Brasil

**MS** – Ministério da Saúde

**MST** – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

**MTE** – Ministério do Trabalho e Emprego

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

**OGMs** – Organismos Geneticamente Modificados

**OIT** – Organização Internacional do Trabalho

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PAB** – Piso de Atenção Básica

**PDR** – Plano Diretor de Regionalização

**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

**PRONAF** – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

**PRONERA** – Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária

**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

**SEPP/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 sobre Agravos Notificáveis

**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

**UDR** – União Democrática Ruralista

**UTF** – Unidade de Trabalho Familiar

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AÇÃO CATÓLICA OPERÁRIA (ACO). **História da classe operária no Brasil**. Rio de Janeiro: Reptoarte, 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](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](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](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>>.

\_\_\_\_\_. 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 2003**. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.mpas.gov.br/aeps2003/12\\_01\\_20\\_01.asp](http://www.mpas.gov.br/aeps2003/12_01_20_01.asp)>.

\_\_\_\_\_. 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. **Relatório Preliminar da 13.ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. 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\\_Portaria\\_AnA649A de A28.03.2006.doc](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq561_Portaria_AnA649A_de_A28.03.2006.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](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](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](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](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/portaria_2460.pdf)>.

\_\_\_\_\_. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11326.htm)>.

HUBERMAN, Leo. **História da riqueza do homem**. 17.<sup>a</sup> 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. **Censo agropecuário 1995-96**. IBGE, Rio de Janeiro, 1995-96.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio**. IBGE, Rio de Janeiro, 1998.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio**. IBGE, Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio**. IBGE, Rio de Janeiro, 2003.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **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 sanitarista 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.<sup>a</sup> 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.

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.