

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta



1ª edição
1ª reimpressão

Brasília - DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa

**Política Nacional de
Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**



**1ª edição
1ª reimpressão**



Brasília, DF
2013

©2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição, 1ª reimpressão – 2013 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social

SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium, Torre I, 3º andar, sala 303

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel: (61) 3315-8886

Fax: (61) 3315-8840

Site: www.saude.gov.br/sgep

E-mail: sgep.dagep@saude.gov.br

Facebook: www.facebook.com/SGEP_MS

Twitter: @SGEP_MS

Instituições colaboradoras:

Secretaria-Executiva (SE/MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/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), Universidade de Brasília (UnB), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias 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), 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).

Projeto gráfico:

Id Artes Eventos

Direção de arte:

Helma Katia

Ilustrações:

Jadson Alves

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília/DF

Tels: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva

Revisão: Silene Lopes Gil e Paulo Henrique de Castro

Diagramação: Kátia Barbosa de Oliveira

Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.: il.

ISBN 978-85-334-1985-8

1. Políticas públicas em saúde. 2. Saúde da população do campo e da floresta. 3. Atenção à saúde. I. Título.

CDU 35:614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0092

Titulos para indexação:

Em inglês: *National Policy of Integral Health of the Populations of the Field and the Forest*

Em espanhol: *Política Nacional de Salud Integral de las Poblaciones del Campo y de la Floresta*





umario

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 A SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA.....	12
3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA.....	18
3.1 Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011	19
4 PLANO OPERATIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA - 2012/2015.....	30
REFERÊNCIAS.....	40

Apresentação



A PRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde apresenta a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), conforme Resolução nº 3, do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o seu Plano Operativo.

Para atender às necessidades de atenção à saúde destas populações, o Ministério da Saúde vem trabalhando desde a criação do Grupo da Terra, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, que teve como objetivo elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, é um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. Fruto do debate com representantes dos movimentos sociais, consagra-se com a Portaria nº 2.866/2011, que institui a política no âmbito do SUS, um instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades de saúde das referidas populações.

A PNSIPCF tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida.

A política é composta por objetivos, diretrizes e estratégias que exigem responsabilidades da gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional. É uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo cuja articulação às demais políticas do Ministério da Saúde é imprescindível. Sua implementação nos estados e municípios depende de todos nós, do governo e da sociedade civil.

O grande desafio é materializar esses propósitos, concentrando os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil na promoção, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades de acesso às ações e aos serviços do SUS para essas populações.

Saúde com florestania e campesinato!

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Introdução

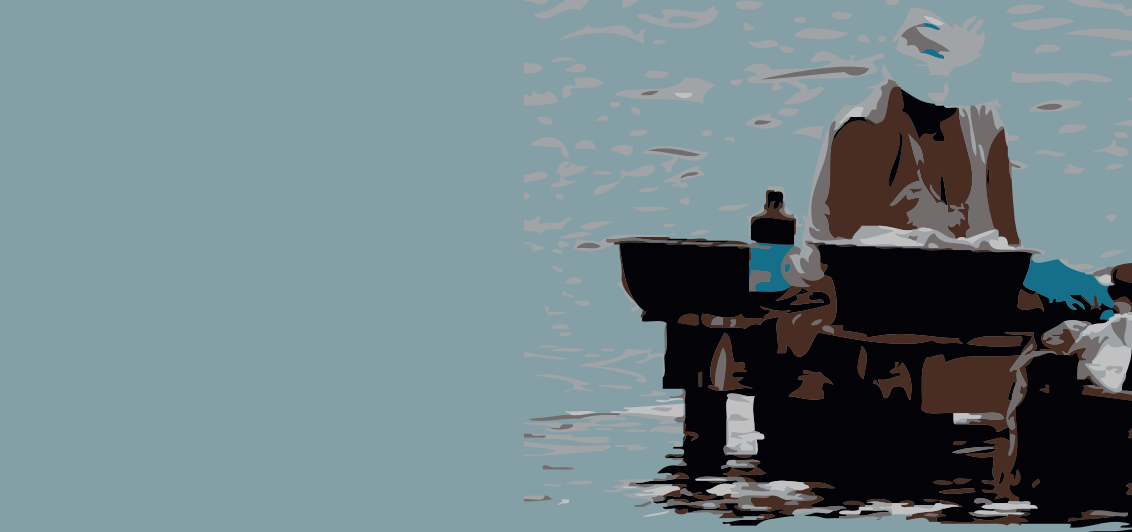
As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Neste contexto estão os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Estão ainda 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.

Por um lado, a realidade rural brasileira é resultado de sua história econômica, política e cultural fundada na concentração de terra, de riqueza, uso dos recursos naturais, escravidão, extermínio de povos indígenas, marginalização de famílias e mulheres camponesas, mas também pelos conflitos e pelas lutas populares de resistência ao modelo autoritário e repressor, como Canudos, Quilombos, Ligas Camponesas e, hoje, os diversos movimentos sociais do campo e da floresta.

A população rural brasileira caracteriza-se por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade. Assim, a riqueza deste Brasil rural vai além de seus recursos naturais, pois se encontra também na diversidade de sua gente, representada pelas populações tradicionais quilombolas, por povos indígenas, povos das florestas (agroextrativistas, seringueiros), povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas e do pantanal, pelas comunidades ribeirinhas, pelas vilas litorâneas de pescadores artesanais e dos manguezais e pelas mulheres quebradeiras de coco babaçu das florestas de palmares (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde (MS), considerando as desfavoráveis condições de saúde dessas populações e visando diminuir as iniquidades em saúde, quanto à redução dos agravos que incidem nas taxas de morbidade e mortalidade neste grupo populacional, instituiu o Grupo da Terra (por meio da Portaria nº 2.460/2005), composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados, que teve entre seus objetivos elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e definir estratégias para a sua implementação no País. Este grupo constitui-se como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal, buscando dar respostas às suas demandas e necessidades de saúde.

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 citado desafio e também contempla o atual momento brasileiro de incluir as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações. O processo de sua construção baseou-se 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 sua operacionalização depende do comprometimento de gestores estaduais e municipais do SUS, assim como de prefeitos e governadores e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações, como a educação, o trabalho, o saneamento e o ambiente. Destacam-se, ainda, as políticas 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 aos responsáveis pela sua implementação.

A atuação integrada das três esferas de gestão do SUS na sua implementação, 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 e florestania de tais populações.

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais 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 de 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, dos setores e das instituições que compõem o SUS. Sua operacionalização apoia-se na descentralização e regionalização das ações de saúde (considerando as gestões federal, estadual e municipal) e no controle social, fortalecendo a participação no 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.



Destaca-se ainda a importância da publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que veio a preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, nos aspectos organizativos do sistema, com foco no planejamento, na assistência e na articulação interfederativa, possibilitando um aprimoramento do Pacto Federativo pela Saúde, que efetivamente busca a garantia do direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros.

Neste sentido, a definição de Mapas da Saúde, que descrevem geograficamente a distribuição de recursos humanos, de ações e de serviços de saúde oferecidos pelo SUS, vem contribuir ao processo de planejamento da saúde, integrado aos entes federativos, com a identificação das necessidades e o estabelecimento de metas de saúde, considerando os determinantes sociais e culturais do processo saúde/doença no campo e na floresta.

Este planejamento da saúde contempla dispositivos importantes, sobretudo um novo instrumento da gestão compartilhada, que é o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), com a função de explicitar a definição clara das responsabilidades de cada ente federativo na organização do SUS.

Busca-se, assim, modificar os processos de formulação, planejamento, execução, controle e avaliação das políticas públicas, na perspectiva de compartilhamento do poder decisório, da efetivação da participação social, sobretudo na perspectiva da democracia participativa, para garantir os elementos necessários para a efetividade do direito à saúde da população brasileira.



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 às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. No entanto é preciso compreender que a 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, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis.

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 cinco milhões de estabelecimentos agropecuários, 47% deles possuem área de até dez hectares. Ou seja, quase a metade das propriedades rurais é composta de pequenos produtores e ocupa menos de 3% de área. Inversamente, os maiores estabelecimentos, com áreas iguais ou maiores do que 1.000 hectares, representam cerca de 1% das propriedades e ocupam uma área de 43% do total de estabelecimentos. Quando considerada a condição do produtor em relação às terras, 23% dos estabelecimentos não são de propriedade dos produtores. Cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais, em aproximadamente 8,1 milhões de domicílios (BRASIL, 2012a). As condições de saúde dessas populações, segundo os resultados de diversos estudos, evidenciam uma situação mais precária se comparada com a da população urbana. No campo e na floresta, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma deficiência na área de saneamento ambiental.

O saneamento básico está entre os mais importantes fatores sociais determinantes da saúde. As condições de saneamento no País, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009), mostram que ainda são graves as desigualdades no acesso aos serviços de abastecimento de água entre os habitantes das áreas urbanas e rurais. Os serviços de saneamento oferecidos à população do meio rural apresentam déficit de cobertura, pois apenas 32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição de água, enquanto a maior parte dessa população (67,2%) capta água de chafarizes e poços (protegidos ou não) diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou de outras fontes alternativas, geralmente insalubres.

Esse cenário contribui, direta e indiretamente, para o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias, as quais são responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade infantil. De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano de 2006 (BRASIL, 2012a), o número de mortes relacionadas com o saneamento inadequado no mundo, em especial com a água imprópria para o consumo humano, é responsável por 1,8 milhão de mortes infantis anuais. O acesso à água imprópria atinge quase dois bilhões de pessoas, sendo que cerca de cinco milhões de pessoas morrem anualmente por causa de enfermidades relacionadas ao saneamento básico, em especial quanto à água ou ao uso de água inadequada para o consumo humano.

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).



A morbidade referida no meio rural aponta para uma maior porcentagem de indivíduos com diarreia, 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 área urbana, o que pode estar associado à ocorrência de doenças caracterizadas por sintomas gastrointestinais.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2012a), 88% dos casos de doenças diarreicas são decorrentes do abastecimento de água insalubre, de esgotamento sanitário inadequado e de higiene deficiente. Assim, a melhoria do abastecimento de água reduz entre 6% a 21% a sua morbidade; a melhoria do esgotamento sanitário reduz a sua mortalidade em 32%; as medidas de higiene podem reduzir o número de casos em até 45% e, por fim, a melhoria da qualidade da água para o consumo, por meio de seu tratamento doméstico, pode reduzir de 35% a 39% os episódios dessa doença.

Outros aspectos – como a dispersão física dessa população, problemas socioeconômicos aliados à ausência ou à insuficiência de políticas públicas de saúde e de saneamento e a escassez de recursos aplicados nessas comunidades – têm contribuído para consolidar este grave quadro de carências, característico da área rural do País.

A saúde dos trabalhadores também é condicionada a fatores sociais, raciais e de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares.

Os acidentes e as doenças relacionados ao trabalho são agravos previsíveis e, portanto, evitáveis. As dores osteomusculares também podem estar associadas a uma sobrecarga do trabalho braçal. O setor agrícola participou com 3,9% do total de acidentes registrados em 2008, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social. Entre as doenças relacionadas ao trabalho, as mais frequentes são as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort), as formas de adoecimento maldefinidas e o sofrimento mental, que convivem



com as doenças profissionais clássicas como a silicose e as intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos (BRASIL, 2008). Destaca-se, assim, a importância de informações específicas sobre a saúde das populações do campo e da floresta nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a identificação dos agravos relativos a essas populações.

Um aspecto importante, quando se trata da saúde da população do campo e da floresta, diz respeito ao uso de agrotóxicos. Segundo dados apresentados nos Dossiês da Abrasco (2012a; 2012b), o processo produtivo agrícola brasileiro está cada vez mais dependente dos agrotóxicos e fertilizantes químicos. Enquanto o mercado mundial de agrotóxicos cresceu 93%, o mercado brasileiro cresceu 190% nos últimos dez anos. Se o cenário atual já é suficientemente preocupante, do ponto de vista da saúde pública, as perspectivas são de agravamento dos problemas nos próximos anos. Os impactos à saúde pública são amplos e podem atingir vastos territórios e envolver diferentes grupos populacionais, como trabalhadores de diversos ramos de atividades, moradores do entorno de fábricas e fazendas, além de todos os consumidores de alimentos.

Quanto à utilização de agrotóxicos, ainda falta orientação técnica, segundo o IBGE (2006): mais da metade (56,3%) dos estabelecimentos onde houve utilização de agrotóxicos não recebeu orientação técnica necessária para garantir a saúde de seus usuários. 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 ou nível de instrução menor. Como as orientações de uso de agrotóxicos que acompanham tais 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 pelo produto (IBGE, 2009).

Ainda segundo o IBGE (2006), em relação aos estabelecimentos que utilizam agrotóxicos (quase 27%), o pulverizador costal é o equipamento de aplicação que apresenta maior potencial de exposição aos agrotóxicos e corresponde à maioria deles (70,7%). Dos estabelecimentos que utilizam agrotóxicos, 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).



Vale ressaltar que algumas doenças estão intimamente ligadas à condição do campo e da floresta e, portanto, são relevantes para as populações de que trata esta política. 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 dentre as doenças endêmicas: a malária, a febre amarela, a doença de Chagas e a leishmaniose. 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, sendo que 99,3% concentraram-se na Região da Amazônia Legal (BRASIL, 2012c). Boa parte da população dessa região depende de atividades de extrativismo e exploração de recursos das florestas.

Verificam-se também nessas populações episódios de violência relacionados aos conflitos pela posse e propriedade da terra. Dentro do quadro de iniquidades que as atingem, merecem destaque os agravos decorrentes das violências domésticas e sexuais, principalmente contra as mulheres. Conforme apresentado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, de acordo com informações da Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), dos atendimentos realizados de janeiro a junho de 2011, 2,4% dos casos atendidos eram de mulheres que se identificaram como do campo e da floresta. Deste universo, 19,4% relataram a violência doméstica e familiar, sendo os principais casos relatados a violência física, violência psicológica, violência moral, violência sexual, violência patrimonial e cárcere privado (BRASIL, 2011). Devido às distâncias e à dispersão populacional, tais vítimas e mesmo a população em geral encontram grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

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

Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta reafirma o princípio de universalidade do SUS, por meio de ações de saúde integral, como a garantia constitucional a tais populações. Trata-se do compromisso com a promoção da equidade em saúde, assegurando uma ação concreta com o objetivo de buscar soluções para os problemas relacionados à vida e ao processo de trabalho no campo, na floresta e nas águas.

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 suas crenças e seus 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 amparadas por esta 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, na floresta e nas águas e a saúde.

O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade.

Nessa estratégia de intersetorialidade, é importante a articulação de um colegiado de gestão, com o objetivo de promover os ajustes necessários às suas práticas, assim como a articulação com outros programas governamentais, em especial aqueles que objetivam o desenvolvimento social e econômico, como os programas “Brasil sem Miséria”, “Territórios da Cidadania”, “Brasil Quilombola” e a Política e o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, além daqueles programas que visam garantir a produção e o abastecimento alimentar sustentável, como o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf). Além destes, também se destacam os programas que buscam garantir o acesso à educação, como o Programa Nacional de Educação do Campo (Pronacampo) e o Programa Nacional de Educação da Reforma Agrária (Pronea). Salienta-se, ainda, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que visa a garantir a diminuição da violência e assegurar o direito das mulheres. Outro aspecto importante é a garantia do acesso da população à atenção integral à saúde, que ocorre por meio de programas como o “Brasil Carinhoso”, a “Rede Cegonha”, o “Saúde da Família” e o “Brasil Sorridente”, por intermédio das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde do Homem, da Mulher, da Pessoa Idosa, da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, da População Negra, da População LGBT, entre outras.

Essas políticas e programas vêm se constituindo num reordenamento institucional e em novas estratégias de gestão capazes de promover a integração de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento sustentável e para a promoção da saúde das populações do campo e da floresta, entre municípios e microrregiões.

Como estratégias também podem ser citadas as previstas no Pacto pela Saúde, fortalecido pelo COAP, 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.



3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL 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 às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. No entanto é preciso compreender que a 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, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se também na ausência de resolução de conflitos, o que agrava mais ainda a violência no campo, assim como na precariedade de relações ambientais sustentáveis.



3.1 Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a equidade, a integralidade e a transversalidade, e o dever de atendimento das necessidades e demandas em saúde das populações do campo e da floresta;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13 que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, que instituiu o Grupo da Terra no Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1º de agosto de 2008;

Considerando a diretriz do Governo Federal de reduzir as iniquidades por meio da execução de políticas de inclusão social; e

Considerando a natureza dos processos de saúde e doença e sua determinação social, resolve:



Art. 1º – Esta Portaria institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), com o objetivo de 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, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

Art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se:

I – 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 autosustento e a comercialização de excedentes;

II – agricultura familiar: aquela que atende aos seguintes requisitos:

- a) não deter, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais;
- 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, sendo que incluem-se nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos previstos nos itens “b”, “c” e “d” deste inciso;

III – 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, considerando-se que residem majoritariamente nas periferias das cidades pequenas e médias, sendo que parcela considerável desses trabalhadores migra entre as cidades e mesmo entre Estados, de acordo com a sazonalidade das culturas;

IV – 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 autosustento e a comercialização de excedentes;

V – descentralização: processo de autonomia das esferas de gestão estaduais, distrital e municipais, com redefinição dos papéis e responsabilidades em sua relação com a esfera federal;

VI – direitos reprodutivos: direitos básicos de todo casal e indivíduo de ter informação e meios de decidir livre e responsavelmente sobre a oportunidade e as condições de ter ou não filhos;

VII – direitos sexuais: direitos de cada pessoa desfrutar de uma vida sexual com prazer e livre de discriminação;

VIII – 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;

IX – 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;

X – extrativismo: todas as atividades de coleta de produtos naturais, sejam animais, vegetais ou minerais;

XI – 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;



XII – 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;

XIII – 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;

XIV – 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;

XV – parceria: articulação de redes de solidariedade entre atores governamentais e não governamentais para integração e desenvolvimento de políticas públicas promotoras de equidade;

XVI – 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, como: 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; dentre outros;

XVII – 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;

XVIII – regiões de saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

XIX – 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;

XX – 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;

XXI – 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;

XXII – sustentabilidade econômica: capacidade de geração de riqueza superior às necessidades;

XXIII – sustentabilidade social: forma de organização social caracterizada pela participação equânime na produção e distribuição da riqueza, em suas dimensões econômica, cultural, entre outras;

XXIV – sustentabilidade política: condição das instituições e organizações políticas, baseada no seu fortalecimento e funcionamento democrático;

XXV – sustentabilidade cultural: adequação dos processos sociopolíticos e econômicos aos costumes, valores e linguagem das comunidades;

XXVI – 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;

XXVII – 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;

XXVIII – trabalho escravo: exploração e apropriação do trabalho humano pela força e privação da liberdade;

XXIX – universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção; e



XXX – 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.

Art. 3º A PNSIPCF tem os seguintes objetivos específicos:

I – garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida;

II – contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica;

III – 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;

IV – contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana;

V – reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades;

VI – promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo e da floresta e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção;



VII – incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais;

VIII – apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde;

IX – apoiar a expansão da participação das representações dessas populações nos Conselhos de Saúde estaduais, distrital e municipais e em outros espaços de gestão participativa;

X – promover mecanismos de informação e comunicação, de acordo com a diversidade e as especificidades socioculturais;

XI – incentivar a pesquisa e a produção de conhecimento sobre os riscos, a qualidade de vida e a saúde das populações do campo e da floresta, respeitando as especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual; e

XII – promover o fortalecimento e a ampliação do sistema público de vigilância em saúde, do monitoramento e da avaliação tecnológica sobre os agravos à saúde decorrentes do uso de agrotóxicos e transgênicos.

Art. 4º – Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observados os seguintes princípios e diretrizes:

I – saúde como direito universal e social;

II – 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 das populações do campo e da floresta;

III – transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão norteadoras da execução das ações e serviços de saúde voltadas às populações do campo e da floresta;

IV – formação e educação permanente em saúde, considerando as necessidades e demandas das populações do campo e da floresta, com valorização da educação em saúde, articulada com a educação fundamental e técnica;

V – 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;



VI – promoção de ambientes saudáveis, contribuindo para a defesa da biodiversidade e do respeito ao território na perspectiva da sustentabilidade ambiental;

VII – apoio à produção sustentável e solidária, com reconhecimento da agricultura familiar camponesa e do extrativismo, considerando todos os sujeitos do campo e da floresta;

VIII – participação social com estímulo e qualificação da participação e intervenção dos sujeitos do campo e da floresta nas instâncias de controle social em saúde;

IX – informação e comunicação em saúde considerando a diversidade cultural do campo e da floresta para a produção de ferramentas de comunicação; e

X – produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCF.

Art. 5º – Compete ao Ministério da Saúde:

I – garantir a implementação da PNSIPCF;

II – promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde das metas e prioridades para a organização das ações de saúde para as populações do campo e da floresta;

III – apoiar a implementação da PNSIPCF nos Estados, Distrito Federal e Municípios;

IV – incentivar o desenvolvimento das ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo e da floresta;

V – incentivar e apoiar ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde das populações do campo e da floresta, com base em perspectivas educacionais críticas e participativas no direito à saúde;

VI – prestar apoio e cooperação técnica no desenvolvimento de ações da PNSIPCF;

VII – fortalecer a intersetorialidade, mediante articulação com órgãos e entidades governamentais e não-governamentais, para o estabelecimento de metas e prioridades referentes às ações transversais prioritárias para a saúde das populações do campo e da floresta, com especial articulação com os Ministérios do Desenvolvimento Agrário, da Defesa, do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente, da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Educação e da Pesca e Aquicultura, com as Secretarias Especiais de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, com o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis, dentre outros;

VIII – 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 do Ministério da Saúde;

IX – estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCF; e

X – fortalecer parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não-governamentais e sociedade civil organizada para o fortalecimento das ações de saúde para as populações do campo e da floresta.

Art. 6º – Compete aos Estados:

I – promover a implementação da PNSIPCF;

II – promover a inclusão da PNSIPCF no Plano Estadual de Saúde;



III – incentivar a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCF de forma participativa;

IV – produzir dados estratificados sobre as populações do campo e da floresta e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde;

V – estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCF;

VI – desenvolver e apoiar ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações;

VII – 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;

VIII – prestar apoio e cooperação técnica aos Municípios; e

IX – viabilizar parcerias no setor público e privado para fortalecer as ações de saúde para essas populações.

Art. 7º – Compete aos Municípios:

I – promover a implementação da PNSIPCF;

II – promover a inclusão da PNSIPCF no Plano Municipal de Saúde;

III – promover a criação de espaços (comitês, áreas técnicas, grupo de trabalho, entre outros) de promoção da equidade para implementação da PNSIPCF de forma participativa;

IV – produzir dados estratificados sobre as populações do campo e da floresta e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde;

V – estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da PNSIPCF;

VI – viabilizar parcerias no setor público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações;

VII – desenvolver ações de educação permanente para os trabalhadores de saúde, voltadas para as especificidades de saúde dessas populações; e

VIII – 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 no direito à saúde.

Art. 8º – À Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) compete articular, no âmbito do Ministério da Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas, que se fizerem necessários à implementação da PNSIPCF.

Art. 9º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Alexandre Rocha Santos Padilha
Ministro da Saúde



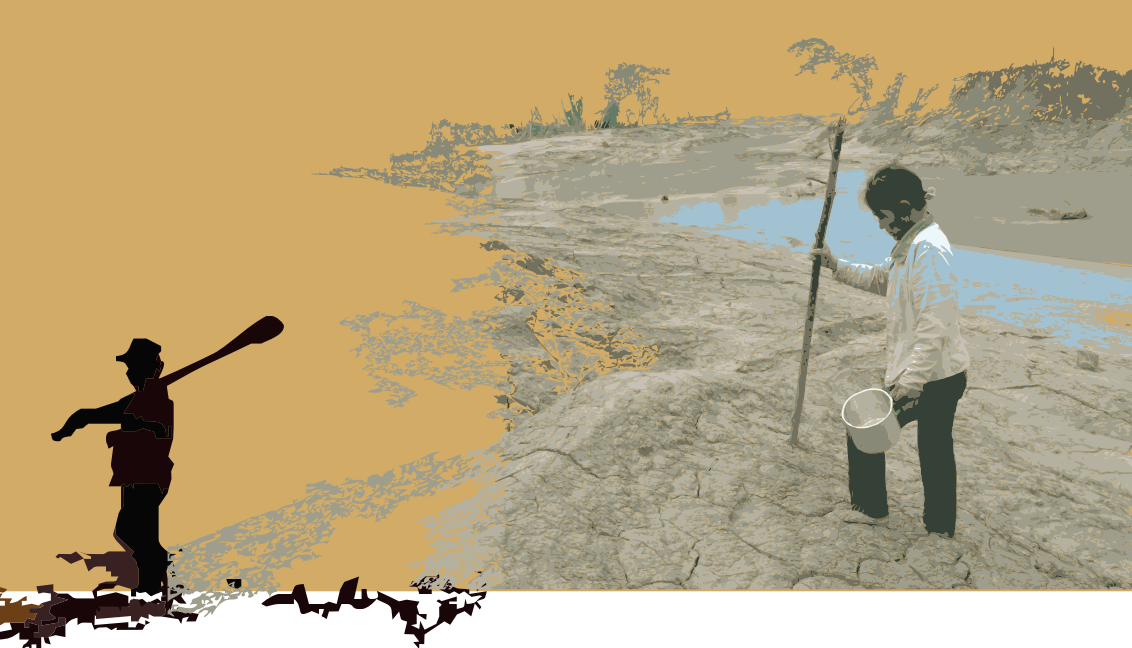
4 PLANO OPERATIVO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA - 2012/2015

Em conformidade com a Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011, da Comissão Intergestores Tripartite.

O Plano Operativo tem como objetivo apresentar estratégias que orientarão as gestões federal, estadual e municipal no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco nas populações do campo e da floresta.

A operacionalização deste Plano se norteia pela articulação intra e intersetorial e a transversalidade no desenvolvimento de políticas públicas e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

A Política define os princípios, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas para a melhoria das condições de saúde desse grupo populacional. Portanto, refere-se a uma política transversal com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo e, cuja articulação às demais políticas do Ministério da Saúde é imprescindível.



Neste sentido, consideram-se os conceitos da Política que devem orientar o desenvolvimento deste Plano.

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 pacto de desenvolvimento local sustentável. O território 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, bem como, a promoção da saúde dessas populações.

Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Mapa da Saúde: descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

Portanto, o Plano se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, considerando que a integralidade das ações depende da atuação de equipes interdisciplinares, prestando serviços de forma contínua às pessoas no seu contexto e atuando na qualidade de vida, na promoção da saúde, na prevenção (vigilância em saúde), na atenção básica e na atenção especializada, inclusive, as ações de urgência e emergência.



As estratégias operacionais, ações e metas contidas neste Plano estão em consonância com o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 e visam cumprir os objetivos da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

O Plano Operativo encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos e incluem ações que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde que acometem as populações do campo e da floresta, são eles:

EIXO 1: ACESSO DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA NA ATENÇÃO À SAÚDE

Este eixo trata-se de adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção de equidade em saúde de grupos em condições de vulnerabilidade; instituição de espaços de promoção de equidade em saúde; produção de informação e comunicação; desenvolvimento de estratégias voltadas para a implementação de ações intersetoriais, com interfaces nas questões de saúde dessas populações, por meio da articulação com os órgãos corresponsáveis, processo de articulação para a participação de representação do movimento social do campo e da floresta nos conselhos de saúde; aperfeiçoamento dos sistemas de informação, inserindo o quesito campo/floresta e a realização de estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessas populações, garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a Política de Atenção Básica e a Atenção Especializada:



- Adoção de modelo de gestão: conforme o Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências, especial atenção ao Art. 1º que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores: I – garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde.
- Ampliação da Atenção Básica: garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada, conforme as Portarias abaixo:
 - Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
 - Portaria nº 2.191/2010, que institui critérios diferenciados com vistas à implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul.
 - Portaria nº 90/2008, que atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.



- Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas, conforme a Lei nº 10216/2002, que cria os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Portaria nº 154/2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
 - Promover a melhoria das condições de saúde das mulheres do campo e da floresta, considerando a Portaria nº 1.459/2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha; Portaria nº 3040/1998, que instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino; e a Lei nº 11.664/2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do campo e da floresta, conforme a Portaria nº 1.944/2009 que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- Aperfeiçoamento da Urgência e Emergência: ampliar a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas regiões de saúde, considerando as especificidades das populações do campo e da floresta, conforme a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



EIXO 2: AÇÕES DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE ÀS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA

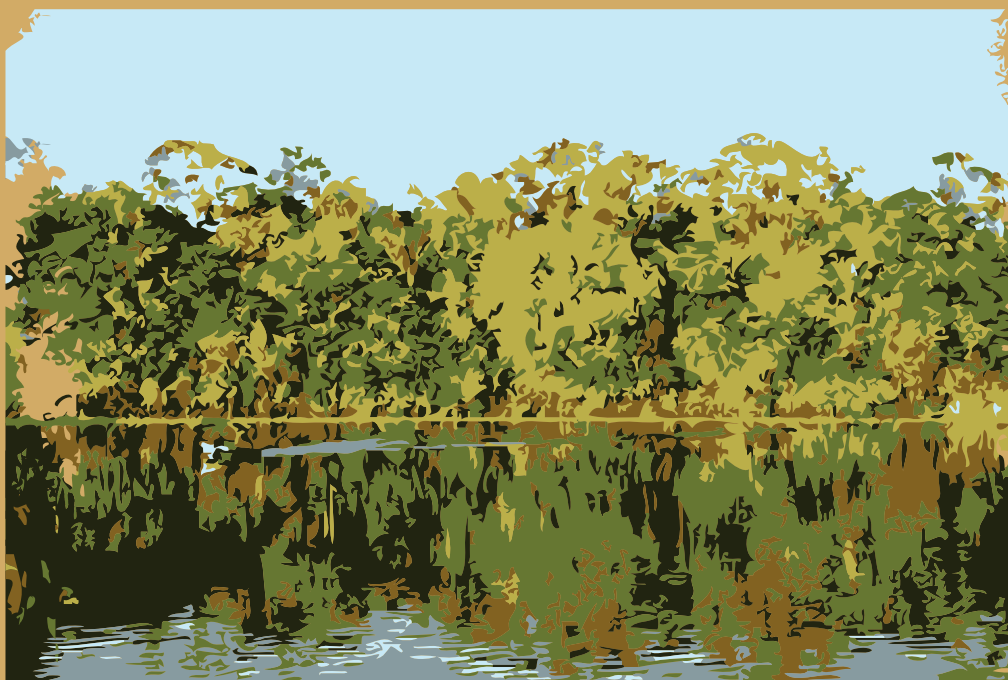
Este eixo trata-se de ações para a redução dos fatores de riscos e de agravos decorrentes dos processos de trabalho, destacando as intoxicações por agrotóxicos, mercúrio e, outras substâncias, assim, como desenvolver ações de saneamento ambiental:

- Reduzir os riscos e agravos à saúde dessas populações, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde, fortalecer ações de vigilância em saúde, considerando as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais da região.
- Promoção e vigilância à saúde do trabalhador: fortalecer e articular ações de vigilância em saúde, identificando os fatores determinantes e ambientais dos agravos à saúde, relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com foco na população trabalhadora do campo e da floresta e a ampliação de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST rurais), conforme Portaria nº 2.437/2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS e dá outras providências; a Portaria nº 1.679/2012, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências, como também, a Política Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a) no Sistema Único de Saúde, que visa a redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a



execução de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde, esta Política encontra-se em processo de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

- Desenvolvimento de ações de saneamento ambiental: ampliar e qualificar a rede de água potável e os serviços de saneamento ambiental, sobretudo nos municípios com menos de 30 mil habitantes, conforme previsto na Portaria nº 436/2011, que torna público, o resultado da primeira fase do processo seletivo do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC 2 conforme previsto na Portaria nº 314, de 14/6/2011, e conforme a Portaria MS nº 518/2004, estabelece que o controle da qualidade da água é de responsabilidade de quem oferece o abastecimento coletivo ou de quem presta serviços alternativos de distribuição (esta Portaria encontra-se em processo de revisão).



EIXO 3: EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM FOCO NAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA

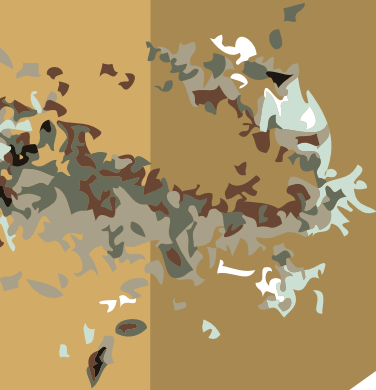
Neste eixo, as ações e estratégias devem contemplar:

- Inserção das temáticas referentes à saúde no campo e na floresta nos processos de educação permanente das equipes de saúde da família e dos profissionais de saúde dos demais serviços de saúde do SUS;
- Desenvolvimento de processos educativos com base na educação popular, na perspectiva de promover a integração de saberes e práticas de cuidado das populações do campo e da floresta;
- Fomento e desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão voltados à saúde das populações do campo e da floresta;
- Apoio ao desenvolvimento da educação permanente para o controle social de lideranças sociais do campo e da floresta para o controle social;



- Qualificação da gestão descentralizada e participativa do SUS, para o monitoramento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;

Articulação para garantir que estratégias como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde (Portaria Interministerial MS/MEC nº 309/2007), o Programa Telessaúde Brasil – Telessaúde (Portaria nº 2.546/2011) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (Portaria nº 421/2010) considerem as questões desta política.



EIXO 4: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE ÀS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA

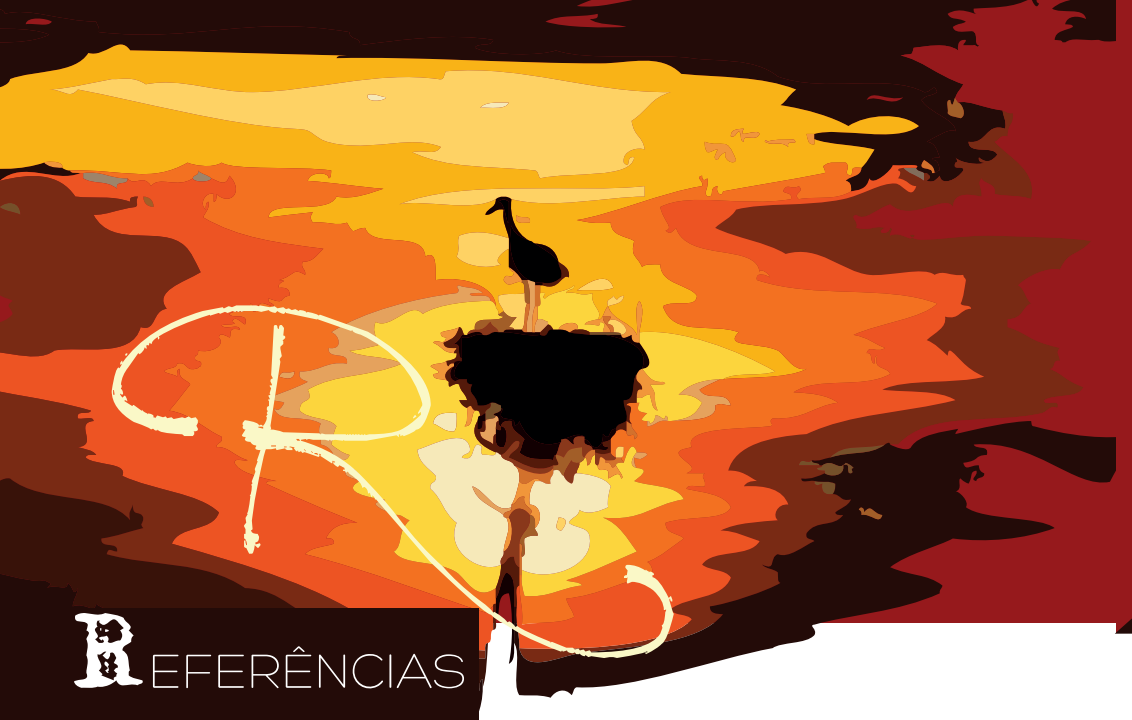
O monitoramento e a avaliação devem ocorrer com base nas ações propostas por este Plano, considerando as prioridades e metas do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e do Plano Plurianual (PPA) 2012/2015.

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

Cabe destacar que, para cada ação descrita no plano, estão definidos recursos financeiros correspondentes, previstos no PPA 2012-2015, nos programas e ações da Secretaria-Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O detalhamento operacional e a descrição das atividades e metas devem estar contemplados no Plano Estadual e Municipal de Saúde, conforme o Decreto nº 7.508/2011, e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).¹

¹ De acordo com o texto original disponível no *site* do MS: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2h_nov2011.pdf>.



R EFERÊNCIAS

ARTICULAÇÃO NACIONAL DE AGROECOLOGIA. Carta política. In: Encontro Nacional de Agroecologia, 2., 2002. Recife, 2002. Disponível em: <<http://www.agroecologia.org.br/CartaPoliticaIENA.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: agrotóxicos, segurança alimentar e saúde. Rio de Janeiro: World Nutrition, 2012a. parte 1.

_____. **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde: agrotóxicos, saúde, ambiente e sustentabilidade. Rio de Janeiro: Editora, 2012b. parte 2.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011**. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol3_cit.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. 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>>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 maio 2010.



_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 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.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. **Lei n.º 11.326, de 24 de julho 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>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2008.** Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850>>. Acesso em: 20 maio 2010.



_____. Ministério da Saúde. **Plano de Qualificação da Atenção à Saúde na Amazônia Legal: Plano Saúde Amazônia.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta:** 2012-2015. Brasília, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2h_nov2011.pdf>. Acesso em: 6 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.** Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.



_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008.** Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0090_17_01_2008.html>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 25 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154re.htm>>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.** Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de maio de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 20 outubro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011.** Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.



_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html>. Acesso em: 20 maio 2010. Atualizada pela Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.460, de 12 de dezembro de 2005.** Cria o Grupo da Terra. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2460_12_12_2005.html>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html>. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.



_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.257, de 22 de dezembro de 2009**. Altera e acrescenta artigos à Portaria nº 2.460/GM/MS, de 12 de dezembro de 2005, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3257_22_12_2009.html>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa estratégico de ações afirmativas: população negra e Aids**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de saneamento rural**. Brasília, 2012a

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **SIVEP-Malária**. 2012c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_malaria_2010_2011.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

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

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília, 2001. (Série Histórica do CNS; n. 2) (Série D. Reuniões e Conferências; n. 16).



_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **12ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sérgio Arouca: saúde: direito de todos, direito do Estado a saúde que temos, o SUS que queremos: relatório final. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **13ª Conferência Nacional de Saúde:** saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento: relatório final. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **14ª Conferência Nacional de Saúde:** todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro: relatório final. Brasília, 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Diretrizes para o desenvolvimento sustentável.** Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Novo retrato da agricultura familiar:** o Brasil redescoberto. Brasília, 2000.

_____. Presidência da República. **Mulheres do campo e da floresta:** diretrizes e ações nacionais. Brasília, 2011. (Coleção Enfrentamento à Violência contra as Mulheres)

_____. Presidência da República. **Programa Brasil Quilombola:** comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais-1/catalogo/orgao-essenciais/secretaria-de-politicas-de-promocao-de-igualdade-racial/programa-brasil-quilombola/view>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

CALDART, Roseli Salete et al. (Org.). **Dicionário da educação do campo.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; São Paulo: Expressão Popular, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo agropecuário 2006:** Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em:



<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/2006/default.shtm>>. Acesso em: 20 maio 2010.

_____. **Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio 2007**: PNAD 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>>. Acesso em: 20 maio 2010.

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

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. ed. São Paulo: DIFEL, 1984.

OLIVEIRA, T. C. A evolução histórica da previdência social rural no Brasil. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 16, n. 64, p. 26-32, out./dez. 1988.

VIANA, Solon Magalhães et al. **Medindo as desigualdades no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS, IPEA, 2001.



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte principal: Neo Sans Intel Light

Tipo de papel do miolo: reciclado 90 gramas

Impresso por meio do contrato 28/2012

OS 2012/0380

Brasília/DF, dezembro de 2012



DISQUE SAÚDE

136

Ouvridoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

