

SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

7



SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE

Nísia Trindade Lima

VICE-PRESIDENTE de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Marco Antônio Carneiro Menezes

SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

SÉRIE FIOCRUZ - DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

7

Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas

A Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas

André Luiz Dutra Fenner

Otávio Luiz Gusso Maioli

Jorge Mesquita Huet Machado

Maria do Socorro de Souza

Aletheia de Almeida Machado

Antonia Sheila Gomes Lima

Virginia da Silva Corrêa

Juliana Wotzasek Rulli Villardi

Missifany Silveira

Bianca Coelho Moura

Guilherme Augusto Pires Gomes

Fernanda Savicki de Almeida

Muriel Saragoussi

Marcílio Sandro de Medeiros

Alexandre Pessoa Dias

André Campos Burigo

Fernando Ferreira Carneiro

Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Vanira Matos Pessoa

Idê Gomes Dantas Gurgel

Ary Carvalho de Miranda

Carolina Burtle de Niemeyer



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Copyright © 2018 dos autores
Todos os direitos reservados à FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Versão digital em PDF

**Coordenação de Ambiente / Vice-Presidência de
Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde**

Coordenador

Guilherme Franco Netto

Equipe técnica

Juliana Wotzasek Rulli Villardi
Virginia Maria Leite de Almeida

Apoio administrativo

Gabriela de Vasconcelos Costa Lobato

Organizadores da coleção

Guilherme Franco Netto
Juliana Wotzasek Rulli Villardi
Virginia Maria Leite de Almeida

Edição de texto

Eliane Levy de Souza

Revisão

Irene Ernest Dias

Apoio bibliotecário

Tereza Risi

Revisão bibliográfica

Goretti Araujo

Produção gráfico-editorial

Silvia de Almeida Batalha

Capa e projeto gráfico

Silvia de Almeida Batalha

Foto de capa

Detalhe do Castelo Mourisco
Acervo Casa de Oswaldo Cruz

ISBN: 978-85-8110-068-5

Elaboração, distribuição e informações

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz
Avenida Brasil, 4.365
Manguinhos
CEP 21.040-360 - Rio de Janeiro, RJ
Tel: (21) 2598-4242
Home page: www.fiocruz.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Coordenador

André Luiz Dutra Fenner

Organizadores

André Luiz Dutra Fenner

Jorge Mesquitas Huet Machado

Maria do Socorro de Souza

Otávio Luiz Gusso Maioli

Autores

André Luiz Dutra Fenner

Otávio Luiz Gusso Maioli

Jorge Mesquita Huet Machado

Maria do Socorro de Souza

Aletheia de Almeida Machado

Antonia Sheila Gomes Lima

Virginia da Silva Corrêa

Juliana Wotzasek Rulli Villardi

Missifany Silveira

Bianca Coelho Moura

Guilherme Augusto Pires Gomes

Fernanda Savicki de Almeida

Muriel Saragoussi

Marcílio Sandro de Medeiros

Alexandre Pessoa Dias

André Campos Burigo

Fernando Ferreira Carneiro

Ana Cláudia de Araújo Teixeira

Vanira Matos Pessoa

Idê Gomes Dantas Gurgel

Ary Carvalho de Miranda

Carolina Burle de Niemeyer

Colaboradores

Fátima Cristina Cunha Maia Silva

Iara Campos Ervilha

Gislei Siqueira Knerin

Kátia Maria Barreto Souto

Gisella Garritano de Deus

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Participantes do IV Seminário Nacional de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade

André Luiz Dutra Fenner

Isolete Wichinieski Dantas

Andrea Vanini

Jorge Mesquita Huet Machado

Carolina Burle de Niemeyer

Maria do Socorro de Souza

Edmundo Gallo

Mauro de Lima Gomes

Elaine Imenes Nobre de Almeida

Muriel Saragoussi

Felipe Bagatoli Silveira Arjova

Robson Patrocínio de Souza

Fernanda Savicki Almeida

Vagner do Nascimento

Idê Gomes Dantas Gurgel

Iraci Gallo de Almeida Ritzmann

Vanira Matos Pessoa

Revisores

Muriel Saragoussi

Antonia Sheila Gomes Lima

Jorge Mesquita Huet Machado

Guilherme Augusto Pires Gomes

André Luiz Dutra Fenner

Vanira Matos Pessoa

Aletheia de Almeida Machado

Idê Gomes Dantas Gurgel

Sumário

PREFÁCIO	10
SOBRE A COLEÇÃO	11
APRESENTAÇÃO	13
1 ANTECEDENTES E ASPECTOS HISTÓRICOS	14
2 O CONTEXTO E AS QUESTÕES EM DEBATE	21
3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (PNSIPCFA)	27
4 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS: AGENDA, CONCEITOS, BASE TEÓRICA, MODELOS	31
5 LEVANTAMENTO DE PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA ASSOCIADA A PESQUISAS DESENVOLVIDAS NA FIOCRUZ	39
6 ASPECTOS POLÍTICOS: POLÍTICA PÚBLICA, CONVENÇÕES, IMPLEMENTAÇÃO, PROGRAMAS	42
6.1 Principais espaços de articulação	42
6.2 Movimentos sociais: articulações e mobilizações	42
Conselhos Municipais de Saúde	
Conferências Nacionais de Saúde	
Conferências Nacionais de Meio Ambiente (CNMA)	
Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA)	
Políticas públicas relacionadas: espaços de construção participativa	
Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT)	
Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica: a promoção da saúde, baseada na agroecologia como alternativa ao uso de agrotóxicos	
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)	
Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR) e Plano Nacional de Saneamento Básico (PLANSAB)	
Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF)	
7 POLÍTICA AMBIENTAL INTERNACIONAL, CONVENÇÕES INTERNACIONAIS E SEUS PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO	51
7.1 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs): parâmetros para a Agenda Ambiental das Nações Unidas (1992-2030)	51
7.2 O ciclo de conferências socioambientais: Estocolmo, Rio de Janeiro, Johannesburgo e Rio de Janeiro	53
7.3 Contribuições da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)	53

8 INFORMAÇÃO PARA A AÇÃO **55**

9 INICIATIVAS INSTITUCIONAIS: COOPERAÇÕES, PROJETOS, OBSERVATÓRIOS, ENSINO, PESQUISA, ASSESSORIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS **58**

9.1 Projeto Estação de Territorialização	58
9.2 Curso Técnico em Meio Ambiente	58
9.3 Projeto Formação de Lideranças para a Gestão Participativa da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)	59
9.4 Mestrado Profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz)	60
9.5 Projeto Mapa de Conflitos Envolvendo Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil	61
9.6 Projeto de indicadores de vulnerabilidade da população à mudança do clima	62
9.7 Projeto Observatorium	63
9.8 Observatório da PNSIPCFA - Obteia	64
9.9 Rede Saúde, Saneamento, Água e Direitos Humanos no Semiárido	65
9.10 Grupo de Trabalho sobre Agrotóxicos da Fiocruz	66
9.11 Pesquisas relevantes da área, envolvendo saúde e agendas temáticas	67
9.12 Impactos sobre o meio ambiente relacionados à PNSIPCFA	67
9.13 Indicadores de saúde ambiental	69
9.14 Educação popular no campo como promoção de políticas de saúde	72
9.15 Intervenções educacionais para a promoção da redução do uso de agrotóxicos	73
9.16 Exploração do trabalho infantil e adolescente e aspectos de saúde pública	74
9.17 Quilombolas	76
9.18 População pomerana	77
9.19 Pesca artesanal	78
9.20 Fitoterapia	79
9.21 Saneamento rural	80
9.22 Moradia em área de risco: o caso dos manguezais	80
9.23 Licenciamento ambiental, impactos de empreendimentos hidrelétricos e de transposição de rios	81

10 DESAFIOS: ENSINO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO, COOPERAÇÃO, SERVIÇOS **83**

REFERÊNCIAS **86**

ANEXOS **100**

- I - DESAFIOS
- II - MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA DO PROJETO
- III - NÚMERO GERAL DE CAPACITADOS

APÊNDICE **105**

Prefácio

A crise ambiental global reconhecida pela comunidade internacional na década de 70 impulsionou a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a redobrar a atenção quanto ao conhecimento e à produção científica no que se refere às relações entre saúde e ambiente. Por ocasião da Rio-92, e a partir de então, foram empreendidos importantes esforços no sentido de direcionar esta temática para o centro da agenda estratégica da instituição, o que possibilitou, nos dias de hoje, o alcance de um lugar de destaque na produção científica nacional e internacional para contribuir na oferta de soluções que envolvem as implicações na saúde sob a perspectiva do ambiente.

As teses aprovadas no VIII Congresso Interno da Fiocruz, realizado em 2017, ao tempo que reafirmam o projeto de defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltam que esta premissa constitucional só pode se tornar realidade mediante um projeto de nação baseado na soberania nacional, na democracia da gestão dos espaços públicos, na construção de um Estado de bem-estar social e no desenvolvimento com redução das desigualdades sociais.

Ainda, as teses afirmam que a geração de conhecimentos da Fiocruz deve ser orientada para o cumprimento de sua missão e o diálogo com a sociedade, e organizada de forma a produzir novas abordagens, alternativas e inovações, conforme os princípios de equidade e solidariedade entre os povos, priorizando as populações mais pobres. Nesse sentido, cabe reforçar o papel da Fiocruz na análise de políticas públicas e ação social, em forte interação com os movimentos sociais, em torno dos temas saúde, educação, trabalho, ambiente e desenvolvimento, considerando as diferenças e desigualdades regionais. As teses reconhecem que a Agenda 2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, da ONU, é a mais abrangente referência internacional do período contemporâneo para mobilização de valores, direcionamento de modelos de desenvolvimento inclusivos e sustentáveis, justiça social e construção de alianças para a realização desse ideário, constituindo-se em um importante marco de referência para a agenda e as perspectivas de médio e longo prazos da Fiocruz.

A Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade inaugura a Série de Documentos Institucionais da Fiocruz com o intuito de abrir mais um canal de divulgação científica em torno dos temas considerados estratégicos pela instituição. Os seus oito volumes desvelam a rica trajetória deste campo de conhecimento, seus pensamentos, suas práticas, inquietações e os desejados caminhos a seguir.

Nísia Trindade Lima
Presidente da Fiocruz

Marco Antônio Carneiro Menezes
Vice-Presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde

Sobre a coleção

A Coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade inaugura a Série Fiocruz – Documentos Institucionais e foi elaborada pela Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS).

Alinhada à missão institucional, a coleção tem como objetivos (i) contribuir para a produção, disseminação e compartilhamento de conhecimentos e tecnologias em Saúde, Ambiente e Sustentabilidade (SA&S), voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção da saúde e da qualidade de vida da população brasileira; e (ii) consolidar o Programa Institucional de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade da Fiocruz, como processo estratégico, a partir da sistematização dos conteúdos deste campo. A coleção é constituída pelos seguintes temas: Histórico e Governança, Agrotóxicos e Saúde; Biodiversidade e Saúde; Clima, Saúde e Cidadania; Grandes Empreendimentos e Impactos sobre a Saúde; Saneamento e Saúde; Povos e Populações do Campo, Floresta e Águas; Saúde do Trabalhador, desenvolvidos em seus respectivos volumes.

A principal motivação da iniciativa está em apresentar o acúmulo de conhecimentos nesses campos de atuação, o que permite situar o “estado da arte institucional”, combinando conteúdo e reflexão acumulados em cada tema abordado.

A organização dos volumes, e sua construção, contou com ampla participação da comunidade científica da Fiocruz e convidados, reunindo o conjunto de conhecimentos e de diferentes aspectos relacionados aos temas. A coleção é resultado da contribuição de mais de duzentos pesquisadores.

A metodologia utilizada ao longo desse processo possibilitou maior integração e articulação dos diversos campos de atuação, por meio de sucessivas aproximações entre seus conteúdos, que resultaram em um produto ao mesmo tempo único e diversificado na coleção. Nos volumes, foram respeitadas as singularidades de cada área, possibilitando o exame concomitante da obra como um todo e de suas especificidades.

O volume 1, *Histórico e Governança*, traz o histórico da área de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade, o processo de governança a partir do Programa de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade (Pisas) e da Câmara Técnica de Saúde e Ambiente (CTSA) da Fiocruz. Apresenta ainda o projeto de elaboração dos Documentos Institucionais e a produção científica na área.

O volume 2, *Agrotóxicos e Saúde*, reúne os aspectos da produção de conhecimentos disciplinares (toxicológicos, clínicos e epidemiológicos) à sua implicação com as ações de saúde pública voltadas para o monitoramento/vigilância, o controle, a prevenção e os cuidados com indivíduos e grupos sociais afetados por tais contextos e nocividades. Inclui-se nesse escopo a questão da regulação e das políticas públicas integradas e intersetoriais, além do suporte laboratorial.

O volume 3, *Biodiversidade e Saúde*, traz os antecedentes da área, suas abordagens, grandes desafios e iniciativas. Reúne as relações da biodiversidade com a saúde humana e como subsídio às discussões sobre os desafios do desenvolvimento sustentável no Brasil.

O volume 4, *Clima, Saúde e Cidadania*, abrange os antecedentes e aspectos históricos do tema, as interfaces relevantes com a saúde, englobando riscos e vulnerabilidades ambientais, o clima e áreas específicas de atuação para a saúde pública, além da produção bibliográfica nesse campo.

O volume 5, *Grandes Empreendimentos e Impactos sobre a Saúde*, apresenta os antecedentes históricos, os aspectos teóricos, conceituais, metodológicos e políticos da área, as interfaces relevantes com o SUS e a atuação, a produção e a rede de pesquisa da Fiocruz nesse campo, o papel dos movimentos sociais e as agendas temáticas e os desafios diante dos grandes empreendimentos.

O volume 6, *Saneamento e Saúde*, aborda os antecedentes históricos, a busca pela universalização do acesso a tais direitos, os aspectos teórico-conceituais, as interfaces relevantes da área com a saúde coletiva, e seus desafios para a pesquisa.

O volume 7, *Saúde dos Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas*, traz os antecedentes desses diferentes grupos sociais, seus contextos e as questões em debate, os aspectos teóricos, conceituais e políticos e as respectivas políticas públicas, as convenções e seus processos de implementação, o levantamento da produção bibliográfica associada à Fiocruz, além das iniciativas institucionais e os desafios em ensino, ciência, tecnologia e inovação, cooperação e serviços relacionados ao tema.

O volume 8, *Saúde do Trabalhador*, engloba a constituição da saúde do trabalhador no Brasil aos aspectos conceituais, históricos e políticos do tema, incluindo a trajetória da saúde do trabalhador na Fiocruz, a produção acadêmica sobre as relações entre saúde, trabalho e ambiente na instituição e os desafios e questões para a implantação de uma agenda sobre o assunto.

Em síntese, a coleção apresenta a trajetória, a produção científica e reflexões da área de Saúde, Ambiente e Sustentabilidade no âmbito da Fiocruz, em torno dos temas definidos em seu programa institucional, e se destina à sua própria comunidade científica e a instituições externas, a pesquisadores e ao conjunto da sociedade brasileira.

Guilherme Franco Netto

Especialista em Saúde, Ambiente e Sustentabilidade
Presidência Fiocruz

Apresentação

A Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde (VPAAPS), criada em 2009, resulta de sucessivos realinhamentos das áreas de saúde e ambiente, no âmbito da Presidência da Fiocruz, com o intuito de fortalecer arranjos político-institucionais orientados para a solução de problemas de saúde concretos, enfrentados nas fronteiras da ação pública e territorializada no Brasil. A VPAAPS tem entre suas atribuições as tarefas de coordenar, integrar e promover a sinergia de suas ações entre os atores das diferentes unidades da Fiocruz, nas áreas de ambiente, atenção e promoção da saúde. Nesse sentido, orientada por suas diretrizes estratégicas, a VPAAPS visa a fomentar o fortalecimento da qualidade da atenção em saúde no Brasil, com ênfase nos determinantes sociais e ambientais dos processos saúde-doença, em consonância com as necessidades identificadas no campo da saúde coletiva.

A consolidação desta abordagem institucional acerca dos problemas e dos serviços de saúde, no âmbito da Fiocruz e do Sistema Único de Saúde (SUS), vem suscitando uma revitalização e uma reorientação da agenda de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação em Saúde (PDIS) da instituição. Essa revitalização se verifica diante das necessidades dos territórios e das regiões de saúde, induzindo, identificando e reconhecendo projetos estratégicos e soluções no contexto dos serviços e dos determinantes sociais da saúde. Ao praticar o pensamento estratégico e comprometido com mudanças concretas, no cenário mais amplo das políticas de saúde, a VPAAPS passa a redesenhar fronteiras e objetos, redimensionar espaços de atuação institucional e identificar lacunas que demandam políticas de indução (RANGEL, 2015).

André Luiz Dutra Fenner

1

ANTECEDENTES E ASPECTOS HISTÓRICOS

Este documento tem por finalidade tornar-se referência para as unidades da Fiocruz e para todos os setores da sociedade que atuam ou têm interesse nas temáticas da promoção e da vigilância da saúde, do ambiente, do trabalho e da sustentabilidade. Dessa forma, realizou-se um levantamento histórico das produções teóricas e do campo de práticas que a Fiocruz desenvolve desde os anos 1980 com os povos e populações do campo, da floresta e das águas, por meio de projetos, programas e políticas públicas. Vale ressaltar que a instituição atua nessa área desde sua fundação, em 1900, e que, ainda que o campo de saberes e práticas em saúde da Fiocruz relacionados a essas populações seja multidisciplinar e intersetorial, o presente levantamento dará ênfase às agendas e temáticas correlatas, tais como: Agrotóxicos e Saúde; Biodiversidade e Saúde; Clima, Saúde e Cidadania; Grandes Empreendimentos e Impactos na Saúde; Saneamento e Saúde; Saúde do Trabalhador.

O conceito “povos e populações do campo, da floresta e das águas” entrou na agenda do Ministério da Saúde por intermédio dos movimentos sociais que integram o Grupo da Terra e com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, publicada em 2011

O recorte temporal adotado neste levantamento corresponde ao período em que o conceito “populações do campo, da floresta e das águas” entrou na agenda do Ministério da Saúde (MS), por intermédio dos movimentos sociais que integram o Grupo da Terra¹. Essas populações passaram a contar, assim, com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas² (PNSIPCFA), publicada em 2011. É importante sublinhar, no entanto, que os conceitos e as agendas que balizam a PNSIPCFA estão em construção, o que resultou na identificação de algumas lacunas literárias, no levantamento realizado. Considerando tais lacunas, este documento foi elaborado e estruturado com base em aspectos históricos, políticos e teórico-conceituais que antecedem, justificam e/ou fazem interfaces com a PNSIPCFA. Nossas referências de busca e de análises foram as expedições sanitárias aos sertões realizadas por Oswaldo Cruz no início do século XX, as lutas sociais dos trabalhadores rurais e camponeses³ pelo direito à saúde, as políticas públicas e as medidas governamentais dirigidas a estas populações no período mais recente, antes e depois da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foram identificados e elencados tanto conteúdos presentes nas agendas reivindicatórias e propositivas dos movimentos sociais pelo direito à saúde quanto nas políticas públicas em resposta às demandas e reivindicações dessas populações no âmbito do SUS, além de outras iniciativas institucionais. Ou seja, um conjunto de necessidades, saberes, práticas e políticas que traduzem uma noção ampla de saúde para esses povos e populações relacionados às questões agrárias, ambientais, laborais e de sustentabilidade articuladas com as questões sanitárias como parte de um mesmo fenômeno sócio-político-econômico-ambiental. Por último, elencamos a agenda de pesquisa relevante para a área e alguns desafios no campo da cooperação, dos serviços públicos, do ensino, da ciência e da inovação, a fim de atender a necessidades que dão sentido à existência desses povos e populações e respeitar suas identidades, formas de representação política e projetos societários.

A atuação da Fiocruz nas questões relativas aos direitos de cidadania dos trabalhadores rurais/camponeses – ou, como são denominados pela política do MS, das populações do campo,

1 O Grupo da Terra foi instituído pela Coordenação da Secretaria Executiva do MS (BRASIL, 2004) e é coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) (BRASIL, 2005), tendo ampliado sua composição e redefinido suas atribuições por meio da Portaria nº 3.071, de 27 de dezembro de 2012, do MS. É constituído por representantes de diversas secretarias e unidades vinculadas ao MS, de outros ministérios e órgãos federais, de representantes das gestões estaduais e municipais, da sociedade civil organizada e de convidados.

2 A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) tem por objetivo promover a saúde dos povos e das populações do campo, da floresta e das águas, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, e que visem ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dessas populações. (BRASIL, 2011a).

3 Trata-se de conceitos adotados na literatura sobre a questão agrária no Brasil no século XX.

da floresta e das águas⁴ – é intrínseca à origem da própria instituição. A releitura de estudos organizados por seus pesquisadores indica que, já no início do século XX, esses povos e populações do campo, da floresta e das águas foram reconhecidos e denominados em trabalhos literários, acadêmicos e científicos. Esses estudos ora são relacionados com o lugar onde vivem – sertões, interior, campo, zona rural, zona do interior –, ora aparecem envoltos por estereótipos relativos a seu local de moradia – sertanejos, populações do interior, populações de vida dos campos, populações rurais –, ou, ainda, são nomeados de acordo com sua condição social e de saúde – Jeca Tatu, homem rural, flagelos endêmicos dos sertões, papudos.

A literatura clássica sobre a questão agrária no Brasil e sobre desenvolvimento nacional mostra que, historicamente, houve lutas sociais protagonizadas pelos camponeses pelo direito à terra, ao trabalho, à renda, à liberdade e à igualdade em contraposição aos danos causados pela estratégia colonizadora de ocupação territorial de regime escravocrata (PONTE, 1999). No entanto, é a partir das primeiras três décadas do século XX, paralelamente ao debate acerca de um projeto de nação, que a cidadania para os povos e as populações “dos sertões”, ainda que regulada, ganha relevância na questão social brasileira (IANNI, 1991).

De acordo com o relatado por Ponte (1999), essa cidadania foi definida no contexto do debate acerca de um projeto para a nação centrado na constituição física e moral do brasileiro, no qual o aprimoramento da raça e das condições de vida da população era tido como o elemento central para alavancar o progresso do país. Associados a esse debate estão os registros das expedições científicas e sanitárias de Oswaldo Cruz aos sertões realizadas entre 1912 e 1917, e da Liga Pró-Saneamento do Brasil, criada em 1918 por Belisário Penna. Podem-se citar, também, as declarações de Carlos Chagas e Miguel Pereira sobre os grandes problemas sanitários do interior do Brasil, qualificado por esses pesquisadores como um “imenso hospital”. Tais expedições e declarações tiveram grande repercussão no debate sobre o projeto de nação baseado na pergunta que à época se fazia: como desenvolver um país com um povo analfabeto, desdentado e doente?

Em seu trabalho de pesquisa “A saúde no campo”, Fernando Ferreira Carneiro (2007) faz um levantamento das políticas oficiais de saúde para as populações rurais desde o início do século XX até a criação do SUS e demonstra que essas políticas foram elaboradas tardiamente, eram específicas e preconceituosas, além de tratar os indivíduos como “pobres” e “informais”. Ou seja, relegavam a classe trabalhadora à margem do desenvolvimento nacional e dos direitos de cidadania. O pesquisador conclui que tais políticas sempre estiveram associadas aos interesses econômicos hegemônicos, visando garantir mão de obra sadia para a exploração dos recursos naturais – como aconteceu na exploração da borracha – ou serviram para apaziguar os ânimos dos movimentos sociais do campo. A iniciativa e o significado dessas políticas são tomados em uma perspectiva cronológica, com base nas considerações de Nísia Trindade Lima et al. (2005: 53): “Recuperação

4 Sobre estas opções ver (VAZQUEZ; SOUZA, 2011, p. 13); (BRASIL, 2011a). Ver também (WELCH et al. 2009, p. 11). Este estudo reconhece o papel das mulheres camponesas/trabalhadoras rurais nas lutas sociais agrárias e pelo direito à saúde; todavia, em cumprimento às exigências gramaticais e da ABNT, a flexão do gênero feminino e masculino será evitada.

da força de trabalho no campo, a modernização rural, a ocupação territorial e a incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista corresponderam à associação entre saúde e desenvolvimento, a primeira ajudando a promover o segundo”.

Em 1918, o marco das políticas oficiais de saúde para essas populações foi a Liga Pró-Saneamento, espécie de campanha pelo saneamento rural com impacto significativo sobre a sociedade brasileira, e em especial sobre o que, na época, constituía o setor produtivo capitalista – monoculturas de café, cana-de-açúcar e algodão.

No início da década de 1940, foram criados os Serviços Nacionais de Combate às Endemias e a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (Fsesp), cuja estratégia foi a interiorização das atividades de saúde pública direcionadas às áreas rurais. Sua finalidade prioritária era o combate à malária e à febre amarela, consideradas as enfermidades que mais dizimavam a mão de obra nos seringais de borracha, na região amazônica brasileira (SCOREL, 1998).

Em 1963, no auge do movimento das Ligas Camponesas, cuja reivindicação central era a reforma agrária, o governo João Goulart instituiu o Estatuto do Trabalhador Rural, que incluiu o Programa Nacional de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural)

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS) e em seguida, em 1956, instituiu-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), com o intuito de aprimorar a organização e a unificação das ações de controle das principais endemias que assolavam o país na época. No mesmo período, no âmbito dos movimentos de trabalhadores rurais, assumia maior expressão a luta por direitos trabalhistas e previdenciários, incluindo a assistência à saúde. Em 1963, no auge do movimento das Ligas Camponesas, cuja reivindicação central era a reforma agrária, o governo João Goulart instituiu o Estatuto do Trabalhador Rural, que incluiu o Programa Nacional de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural).

A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), criada em 1970, resultou da fusão do DNERu, das Campanhas de Erradicação da Varíola e de Erradicação da Malária, passando a ser responsável pela execução direta das atividades de erradicação e controle de endemias. Em 1971, foi criado o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), que garantiu assistência médica àqueles formalmente inseridos no mercado de trabalho, apesar de manter um enfoque

de caráter urbano e curativista, com prestação de serviços pela rede privada, redução progressiva de recursos e restrições de acesso a medicamentos, a exames complementares e à hospitalização (CARNEIRO, 2007).

Em 1976, criou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), ocasião em que o MS procurou implementar projetos de extensão de cobertura, enfocando basicamente as áreas rurais e os programas tradicionais de saúde pública (CARNEIRO, 2007).

Ao analisar, de forma controversa, o processo de construção da cidadania no Brasil, José Murilo de Carvalho (2007) afirma que a categoria de trabalhador rural ficou excluída da proteção social até o início dos anos de 1970 e que essa proteção foi concebida como privilégio e não como um direito. Tal cultura convinha tanto aos donos de terras quanto aos governantes do Estado brasileiro que firmaram um pacto de poder forjado por reciprocidades de interesses. Na ausência de um sistema de proteção social do Estado, em teoria, caberia aos proprietários das terras e às entidades religiosas filantrópicas prestarem assistência social, inclusive médico-hospitalar, aos trabalhadores rurais.

Nesse cenário, aos trabalhadores rurais/camponeses, restaram dois distintos caminhos: a luta organizada da categoria pela reforma agrária e pela garantia de direitos sociais ou a submissão permissiva à exploração de sua força de trabalho pelo capital e a acomodação diante da pequena assistência social prestada pelos proprietários de terras (SOUZA, 2013).

A resposta dos governos militares às reivindicações sociais dos sindicatos dos trabalhadores rurais/camponeses foi a criação da contribuição sindical para o setor rural, exigindo que parte dos recursos arrecadados fosse destinada à assistência dos associados, cabendo às entidades assumirem o papel de prestadores de serviços assistenciais, arcando com as despesas de contratação de profissionais de saúde e com a compra de equipamentos e medicamentos para o funcionamento de ambulatórios e hospitais. À época, esses sindicatos tornaram-se os maiores prestadores de assistência médica e odontológica no interior do país, sendo referência de atendimento não só para os trabalhadores associados, mas para a população rural de modo geral (SOUZA, 2013). Assim, a prática sindical deixou de fazer o enfrentamento da luta de classe e se tornou instrumento das ações próprias de governo.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1986, pode ser tomada como marco para a definição conceitual de um sentido mais abrangente para a saúde, como resultante das condições de: alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (CNS, 1986: 4). Não seria exagero afirmar que as inovações da política de saúde dos anos 1980 foram consideradas como tipos ideais de mudança para as políticas sociais brasileiras, no contexto da transição democrática pós-1985.

A multiplicação de arenas decisórias e de implementação de políticas exigiria uma política de saúde integrada às demais políticas – econômicas e sociais – do país, de forma a assegurar meios que permitissem efetivá-las, pela participação e pelo controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas econômicas pela população. A 8ª Conferência Nacional de Saúde ratificou as teses estruturalistas sobre “as limitações e os obstáculos” ao desenvolvimento e à aplicação do direito à saúde (CNRS, 1986).

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o direito à saúde, como valor de cidadania universal, foi estendido aos trabalhadores rurais/camponeses com e sem vínculo formal

Até 1988, o direito à saúde no Brasil estava associado à inserção do trabalhador no mercado de trabalho formal. Somente mediante contribuição sobre um percentual de sua remuneração, esse trabalhador passou a usufruir de um seguro social de assistência (Lima et al., 2005). Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal, e o direito à saúde, como valor de cidadania universal, foi estendido aos trabalhadores rurais/camponeses com e sem vínculo formal de trabalho. Com a criação do SUS, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. A associação da Reforma Sanitária à determinação social do processo saúde-doença foi apenas parcialmente incorporada a uma política do setor saúde que enfrentava disputas internas e não incorporava adequadamente a promoção da saúde.

Finalmente, esse conceito amplo de saúde é reconhecido na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, em seu artigo 3º:

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).

A mudança do padrão histórico de ação governamental no campo sanitário demandou do Estado: 1) a adoção de políticas sociais e econômicas que propiciassem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população; 2) o financiamento de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário; 3) a descentralização dos serviços de saúde; 4) a normalização e controle das ações de saúde desenvolvidas por qualquer agente, público ou privado.

O novo sistema público de saúde seria orientado para a descentralização da gestão dos serviços, o fortalecimento do papel do município, a participação da população no planejamento e na gestão, execução e avaliação das ações de saúde e para a universalização da cobertura com integralidade da cesta de cuidados (COSTA, 1996; CNRS, 1986).

Importante ressaltar que, no ato da promulgação da Lei nº 8.080, foi retirado do conceito de saúde a menção ao direito à posse e ao acesso à terra, reivindicação histórica e parte da identidade dos povos e populações do campo, da floresta e das águas.

O direito à saúde evoluiu significativamente com a concepção da determinação social do processo saúde-doença, elaborada pelo Movimento de Reforma Sanitária e aprimorada pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que preconizava “saúde para todos até o ano 2000”

Vale ressaltar, no entanto, que o direito à saúde evoluiu significativamente com a concepção da determinação social do processo saúde-doença, elaborada pelo Movimento de Reforma Sanitária e aprimorada pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), que preconizava “saúde para todos até o ano 2000”. Novas práticas, além da assistencial, foram incorporadas ao cuidado com a saúde e também passaram a ser dever do Estado. A previsão era a de que o sistema de saúde fosse organizado, nessas novas bases conceituais, na área rural, tendo em conta a realidade de vida dos povos e populações do campo, conforme suas particularidades e especificidades. Para que essa previsão se concretizasse, era fundamental que o ambiente rural fosse considerado não somente como um espaço de produção e de desenvolvimento, mas também de moradia e sociabilidade. O desafio era garantir aos povos e populações do campo o acesso e a participação integral no SUS, apoiando o processo de organização coletiva como espaço de constituição de tecidos sociais que promovam a saúde, incluindo a retomada e o respeito às práticas e cuidados tradicionais de atenção à saúde (RANGEL, 2015).

2

O CONTEXTO E AS QUESTÕES EM DEBATE

Com a redemocratização do Estado brasileiro, o contexto político, econômico e sociodemográfico alterou as representações sociais, influenciou a atuação dos atores sociais que pensam e agem sobre os territórios em que estão inseridos e, conseqüentemente, a percepção e a visão sobre o significado do desenvolvimento e do ambiente rural das populações que têm seus modos de vida inseridos nesses territórios. José Graziano da Silva utiliza a expressão de Gilberto Freyre para definir urbanização: processo pelo qual o rural deixa de ser “sinônimo de atraso” e se desconecta da agricultura, que passa a ser apenas uma de suas atividades (SCHNEIDER, 2010).

A ampliação do conceito de saúde, sacramentado pela Lei nº 8.080/90, reduziu o risco de doenças e agravos, e reabriu o debate da relação intrínseca que a área da saúde mantém com os modelos de proteção social e de desenvolvimento econômico e territorial rural

A ampliação do conceito de saúde, sacramentado pela Lei nº 8.080/90, reduziu o risco de doenças e agravos, e reabriu o debate da relação intrínseca que a área da saúde mantém com os modelos de proteção social e de desenvolvimento econômico e territorial rural. Podemos destacar alguns aspectos desse novo contexto: 1) a descentralização política e financeira, a partir de 1993,

que fortaleceu os municípios, classificados, a partir de então, como “entes federados” e, portanto, responsáveis pela execução de boa parte das políticas públicas (saúde, educação, segurança); 2) as mudanças da sociedade civil brasileira que impulsionaram a retomada das reivindicações por reforma agrária e a contestação do modelo de desenvolvimento rural, baseado na Revolução Verde e no agronegócio, por parte das organizações e movimentos sociais; 3) as discussões em torno do potencial da agricultura familiar, da agricultura camponesa, da agroecologia, da atividade extrativista e da agricultura orgânica, apontadas como centrais para a construção de um modelo social, econômico e produtivo para a sociedade brasileira; e 4) o processo de reprimarização da economia que transferiu para o campo, a floresta e as águas novas pressões e passivos ambientais.

A atuação das organizações e dos movimentos sociais também foi alterada ou ampliada. Estes passaram a trabalhar com ações proativas e propositivas, que incorporaram a defesa da produção agrícola de base familiar a outras agendas e compromissos políticos locais e internacionais. Destaque para o acompanhamento das proposições emanadas da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD), mais conhecida como Rio-92 e para a defesa do direito à saúde, à segurança alimentar e nutricional, ao trabalho digno e à comercialização dos produtos de forma justa.

Em relação à garantia dos direitos sociais básicos dos habitantes das Unidades de Conservação de Proteção Integral, estudos recentes revelam uma difícil possibilidade de exercício pleno da cidadania, prevalecendo a perspectiva de considerá-los apenas como guardiões de recursos naturais, em vez de cidadãos

Essas e outras agendas foram organizadas de inúmeras formas¹, proporcionando visibilidade aos povos e comunidades tradicionais², detentores de saberes e de técnicas de produção baseadas no uso intensivo de conhecimento, de mão de obra familiar, de base sustentável e de baixo impacto sobre o meio ambiente. Tais grupos humanos revelam diferentes histórias de vida, modos de produção e representações sociais sobre seus territórios, que são, muitas vezes, divergentes

1 As Jornadas Nacionais de Luta, o Grito da Terra Brasil, a Marcha das Margaridas, a Mobilização dos Assalariados Rurais, o Chamado da Floresta, entre outras.

2 Quilombolas, caboclos, ribeirinhos, camponeses, seringueiros, pescadores, extrativistas, moradores e usuários das unidades de conservação, entre outros.

entre si (SCHNEIDER, 2010; CREADO et al., 2008; DIEGUES, 2001). No que tange ao atendimento dos direitos territoriais e das necessidades básicas de saúde, por exemplo, as legislações e os programas sociais dos índios e dos quilombolas são mais estruturados, apesar de divergirem entre si (CREADO et al., 2008). Em relação à garantia dos direitos sociais básicos dos habitantes das Unidades de Conservação de Proteção Integral, estudos recentes revelam uma difícil possibilidade de exercício pleno da cidadania, prevalecendo a perspectiva de considerá-los apenas como guardiões de recursos naturais, em vez de cidadãos (CALEGARE et al., 2013).

O processo de modernização da agricultura brasileira se verificou em contraposição ao modelo tradicional, defendido e praticado por latifundiários, empresários e grandes grupos econômicos, de caráter concentrador de terra e renda, conservador e excludente. Isso motivou o Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (MSTTR) a construir o Projeto Alternativo de Desenvolvimento Rural Sustentável e Solidário (PADRSS) como um instrumento estratégico para operacionalizar aquela contraposição. O 6º Congresso Nacional de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (CNTTR) deliberou pela criação do PADRSS, mas o documento foi aprovado somente durante o congresso seguinte. Além de políticas de assistência à saúde integral para os povos e populações do campo, da floresta e das águas, o PADRSS tem como frentes de luta: a reforma agrária ampla, massiva, de qualidade e participativa; a ampliação e o fortalecimento da agricultura familiar; a erradicação do trabalho escravo; a proteção infanto-juvenil; a educação do campo, pública e gratuita; a defesa da política de assistência técnica diferenciada e eficiente, pública e gratuita; a soberania e a segurança alimentar e nutricional; a proteção do meio ambiente e a ampliação das oportunidades de emprego, trabalho e renda com igualdade de gênero, geração, raça e etnia (CONTAG, 2016).

Além dos sindicatos rurais, os movimentos sociais do campo, surgidos na década de 1980, têm forte atuação na luta contra o sistema global de agricultura e alimentação de viés neoliberal. Constroem, igualmente, um modelo de agricultura alternativo, apoiado em um modo de produção e de reprodução social sustentável, inclusivo e saudável

Além dos sindicatos rurais, como a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), os movimentos sociais do campo, surgidos na década de 1980, têm forte atuação na luta contra o sistema global de agricultura e alimentação de viés neoliberal. Constroem, igualmente,

um modelo de agricultura alternativo, apoiado em um modo de produção e de reprodução social sustentável, inclusivo e saudável. Esse modelo alternativo, vale ressaltar, prioriza a agroecologia e visa a garantir a segurança e a soberania alimentar e energética dos povos. O Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB) e o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), articulados na rede transnacional de movimentos sociais denominada Via Campesina³, mantêm um trabalho consistente na promoção da saúde dos povos do campo há mais de trinta anos. Essas ações podem ter distintos vieses e naturezas institucionais, dependendo do espaço de oportunidade política, dos recursos disponíveis e das articulações e alianças estabelecidas. O MMC, por exemplo, promove processo de recuperação do conhecimento tradicional camponês e a conservação das plantas medicinais e das sementes crioulas – um trabalho fundamental realizado junto à base e em escala local. O MPA, por sua vez, investe na construção de uma soberania alimentar, em suas vertentes teórica e prática, com impactos e reconhecimentos local e internacional, incluindo a recuperação e a preservação de sementes e de conhecimentos tradicionais em seus territórios.

No que tange à educação e à formação para a agroecologia, além dos cursos de especialização, extensão e pós-graduação⁴, construídos mediante parceria com universidades e instituições de ensino, como o mestrado em Saúde e Meio Ambiente da Fiocruz, esses movimentos também investem na criação de espaços próprios de formação, nos quais conjugam o conhecimento camponês com a agroecologia e a formação técnica com a política (NIEMEYER, 2014).

O Grupo da Terra teve por objetivo inicial a elaboração de uma política nacional e um plano operativo com estratégias de implementação dessa política. Constitui-se num espaço de diálogo entre, principalmente, o MS e os movimentos sociais, no qual se busca dar respostas às demandas e às necessidades de saúde dos grupos representados

3 A Via Campesina é um movimento internacional que agrega milhões de camponeses, pequenos e médios agricultores, pessoas sem terra, mulheres agricultoras, indígenas, migrantes e trabalhadores rurais de todo o mundo. Defende a agricultura sustentável de pequena escala como forma de promover a justiça e a dignidade. Opondo-se fortemente à agricultura corporativa e às empresas transnacionais que estão destruindo os povos e o planeta (VIA CAMPESINA). A rede está organizada no Brasil, desde a criação da Regional América do Sul, em sua 1ª Conferência Internacional, em 1993, na Bélgica.

4 Alguns desses espaços têm relação institucional com governos e conferem títulos formais, enquanto outros não têm qualquer relação com os sistemas protocolares de ensino. A maioria recebe estudantes de diferentes países da América Latina e muitos foram viabilizados com a participação de cooperação internacional, por conseguinte, podem ser interpretados como espaços internacionais e multiescolares. São eles: os Espaços de Formação em Agroecologia Camponesa, diversas modalidades de Escolas de Capacitação Camponesa e os Institutos Agroecológicos da América Latina (Iala).

A iniciativa seminal de estreitar o relacionamento entre os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas com o Ministério da Saúde (MS) advém da institucionalização do Grupo da Terra, do qual movimentos e sindicatos supracitados participam. O Grupo da Terra teve por objetivo inicial a elaboração de uma política nacional e um plano operativo com estratégias de implementação dessa política. Constitui-se num espaço de diálogo entre, principalmente, o MS e os movimentos sociais, no qual se busca dar respostas às demandas e às necessidades de saúde dos grupos representados. Para a implementação da PNSIPCF, o MS incentivou financeiramente as equipes que atendiam os territórios priorizados. No entanto, não houve atualização das portarias do MS que definiam essas prioridades, deixando muitos territórios sem incentivos de cobertura. Houve, ainda, a reprodução automática de uma política assistencial planejada para áreas urbanas nos espaços rurais e de comunidades tradicionais. Assim, replicou-se nesses espaços rurais, sem a devida adequação, a mesma composição de equipe, muitas vezes fragilizada e centrada em atendimento ambulatorial, do modelo urbano.

A ampliação da atuação da saúde pública no ambiente rural deu-se, também, com a atualização do quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos por município, para cálculo do teto de repasse financeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁵. Isso resultou na formação de 2.105 equipes de saúde da família e 1.522 equipes de saúde bucal, em 1.112 municípios, atendendo um total de 266.117 famílias quilombolas e 1.829.664 famílias assentadas⁶. Para a região Norte do país, está em fase de implantação um programa de atenção à população ribeirinha, por meio de Unidades Básicas Fluviais (UBFs), que descreveremos mais adiante. A instituição de critérios diferenciados com vistas à implementação, ao financiamento e à manutenção da estratégia de saúde da família para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul preencheu uma lacuna na atuação em áreas com populações extremamente vulneráveis.

Outro marco legal importante para os povos e populações do campo, da floresta e das águas é o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), a partir de um amplo processo de mobilização destas populações. Nela, encontramos uma primeira definição de povos e comunidades tradicionais, a qual explicita a íntima relação entre sua identidade, seu território e o ambiente (BRASIL, 2007):

Art. 3º Para os fins deste Decreto e do seu Anexo compreende-se por:

I - Povos e Comunidades Tradicionais: grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição;

⁵ Portaria nº 90, de 17 de fevereiro de 2008, do Ministério da Saúde.

⁶ Observatório da PNSIPCF: Obteia. Disponível em: http://www.saudecampofloresta.unb.br/?page_id=15

⁷ Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010, do Ministério da Saúde.

II - Territórios Tradicionais: os espaços necessários à reprodução cultural, social e econômica dos povos e comunidades tradicionais, sejam eles utilizados de forma permanente ou temporária, observado, no que diz respeito aos povos indígenas e quilombolas, respectivamente, o que dispõem os arts. 231 da Constituição e 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e demais regulamentações; e

III - Desenvolvimento Sustentável: o uso equilibrado dos recursos naturais, voltado para a melhoria da qualidade de vida da presente geração, garantindo as mesmas possibilidades para as gerações futuras.

Anexa ao decreto, a definição dos princípios que regem a PNPCT traz expressos, entre outros, “o reconhecimento, a valorização e o respeito à diversidade socioambiental e cultural” e “a segurança alimentar e nutricional (...) tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde”.

Dois dos objetivos específicos da PNPCT estão diretamente relacionados à saúde e apresentam um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS): atender à diversidade populacional sem romper com a universalidade do atendimento (BRASIL, 2007):

VII - Garantir aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características socioculturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional; (...)

IX - Criar e implementar, urgentemente, uma política pública de saúde voltada aos povos e comunidades tradicionais.

A presença de representantes do MS, desde 2016⁸, no Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais permitiu o aprofundamento do debate sobre os meios para atingir seus objetivos, com o desdobramento de uma série de estratégias e a inclusão do tema em políticas específicas. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental, em 2009, com o tema a “Saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis”, foi realizada de forma ampliada, com os Ministérios da Saúde, das Cidades e do Meio Ambiente, envolvendo as organizações e os movimentos sociais, com o intuito de atender às diversas demandas do campo, na área de saúde e ambiente.

8 Decreto nº 8.750, de 9 de maio de 2016.

3

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (PNSIPCFA)

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) foi construída com o propósito de promover a saúde e a equidade, relacionadas ao desenvolvimento humano e à qualidade de vida destas populações. Para isso, ela prioriza a melhoria na saúde decorrente da implementação de políticas intersetoriais, que se baseiam na geração de emprego e renda, no acesso à terra, no provimento de saneamento, na construção de habitações, na defesa da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na educação, na cultura, no lazer e no transporte digno. É uma das modalidades de políticas de promoção de equidade, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), que incluem também: a saúde da população negra; a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros; a saúde da população em situação de rua; e a saúde da população cigana (BRASIL, 2013a; PEREIRA, 2011).

Os Comitês Técnicos de Promoção da Equidade em Saúde, no âmbito do SUS, podem ser considerados precursores da PNSIPCFA. Estabeleceram espaços consultivos de gestão e de formulação técnica e participativa para a efetiva implementação das políticas de equidade, nos quais as demandas de gestores, pesquisadores e sociedade civil se expressaram de maneira horizontalizada na construção de consensos. Tais consensos se materializaram em ações de saúde, campanhas educativas, processos de educação permanente para trabalhadores da saúde, entre outros temas discutidos. A proposta operacional para a criação dos comitês advém de uma lógica articuladora entre as forças dos movimentos sociais organizados pela sociedade civil e da dinâmica institucional governamental, promovendo um efetivo pacto de interesses e responsabilidades no processo de construção de políticas de saúde (BRASIL, 2013a).

O processo de construção da PNSIPCFA se baseou nas evidências das desigualdades e necessidades de saúde dessas populações.

Teve caráter participativo, privilegiando o amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais

O processo de construção da PNSIPCFA se baseou nas evidências das desigualdades e necessidades de saúde dessas populações. Teve caráter participativo, privilegiando o amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais (BRASIL, 2013a). Vale lembrar que a PNSIPCFA instituída após seis anos de debate e negociação no âmbito do Grupo da Terra¹ (BRASIL, 2011a), inclui um Plano Operativo, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)², que estabelece estratégias e ações no âmbito do SUS em quatro eixos, a saber:

1º Eixo: Acesso das populações do campo, da floresta e das águas à atenção à saúde. Esse eixo é o principal, por contar com mecanismo que gerencia e planeja a promoção de equidade em saúde nos diversos grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade;

2º Eixo: Ações de promoção e vigilância em saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. Tem como principal objetivo a redução de riscos e agravos resultantes do processo de trabalho, com destaques para as intoxicações, assegurando a saúde do trabalhador e as atuações da vigilância em saúde;

3º Eixo: Educação permanente e educação popular em saúde, com foco nas populações do campo e da floresta e das águas. Neste eixo, é de fundamental importância a inclusão de temas que abordem a saúde do campo, da floresta e das águas no processo de formação permanente dos trabalhadores do SUS, em especial os que atuam na atenção básica; e

4º Eixo: Monitoramento e avaliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, direcionados às populações do campo, da floresta e das águas. As ações e as propostas do plano plurianual, que são a base para o monitoramento e a avaliação da Política, preveem como indicadores principais a morbimortalidade e a promoção destas populações à atenção integral à saúde.

1 O texto da PNSIPCFA foi aprovado por unanimidade no Conselho Nacional de Saúde, em agosto de 2008.

2 Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

A portaria se baseia em definições tanto da Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006, que estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar e Empreendimentos Familiares Rurais, quanto do Decreto nº 6.040, como forma de abranger todos os públicos-alvo, conforme seu autorreconhecimento.

Somente em 2014 foi incluído o termo “águas” na denominação da PNSIPCF³. Essa modificação resultou de uma solicitação de movimentos sociais, representantes dos pescadores artesanais, das marisqueiras e das populações ribeirinhas, durante o II Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta, com o objetivo de dar maior visibilidade às pautas dessas populações (BRASIL, 2016).

Equidade, no âmbito da PNSIPCF, é entendida como “a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente” (STARFIELD, 2001: 546).

A operacionalização dessa política depende fundamentalmente da força e da organização dos movimentos sociais para o estímulo e a cobrança do comprometimento de gestores e técnicos das secretarias estaduais e municipais do SUS, de prefeitos, governadores e outros dirigentes no âmbito da saúde, tendo em vista o desconhecimento destes sobre a dinâmica populacional de quem vive e trabalha no campo, suas relações sociais, seus modos de produção, aspectos culturais e ambientais, o saber e o conhecimento popular e, de um modo geral, sobre a saúde e necessidades dessas populações. Depende, também, da articulação com políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde, como na educação, no saneamento e ambiente, inclusive aprimorando o diálogo com os secretários municipais de Saúde. Porém, esse arranjo é influenciado diretamente pelas relações de poder, relações corporativas e pelo modelo de desenvolvimento econômico do país, que dificultam a plena efetivação da promoção da saúde e da equidade propostas (SILVA, 2016).

No intuito de alcançar os resultados desejados, estabeleceu-se, como objetivo geral da política, promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça, cor, etnia e orientações sexual e religiosa, para ampliar seu acesso aos serviços de saúde, reduzir os riscos e agravos à saúde, decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e para melhorar os indicadores de saúde e qualidade de vida dessas populações.

Assim, a PNSIPCFA reconhece as diferenças nos processos e condições de trabalho das populações-alvo, tendo planejado ações específicas para alcançar cada grupo. Para as populações rurais, implantaram-se programas de vigilância em saúde do trabalhador rural, organizados a partir de Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest), com foco especial na exposição ocupacional relacionada aos agrotóxicos. Para as populações ribeirinhas isoladas, organizaram-se Unidades de Saúde Fluviais. Mais recentemente, para atender aos surtos de arboviroses (dengue, zika, chikungunya e febre amarela), agravos relacionados aos animais peçonhentos, e para atenção às condições de vida das marisqueiras, dos raizeiros e dos pescadores (RANGEL, 2015).

3 Portaria GM/MS nº 2.311, de 24 de outubro de 2014.

A PNSIPCFA expressa o compromisso político do Estado brasileiro de garantir o direito e o acesso à saúde, por meio do SUS, e traduz o desafio dessa garantia. Contempla o atual momento de desenvolvimento do campo, de forma a incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde, voltadas para a melhoria das condições sanitárias desses grupos populacionais (RANGEL, 2015). A decisão político-institucional de fortalecer a participação social na condução das políticas de saúde deve ser valorizada como uma forma de qualificação da gestão pública. Quando esta se abre aos diversos olhares e vozes, democratiza e compatibiliza as ações em saúde pública com as reais demandas sociais, especialmente para os povos e populações do campo, da floresta e das águas.

O primeiro relatório da PNSIPCFA, produzido pelo Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia), abrigado na Universidade de Brasília a partir de 2014, objetivou identificar seu caráter intra e intersetorial no âmbito do SUS e de outras políticas de meio ambiente e de desenvolvimento social, considerando 22 políticas intra e intersetoriais e suas interfaces com os quatro eixos do seu Plano Operativo (2013-2015).

No que diz respeito ao eixo 1, identificou interfaces com o Plano Nacional de Saúde e a Política Nacional Integrada da População Negra. No eixo 2, constatou avanços em determinadas áreas, como a implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), incluindo o apoio à ativação da Rede Nacional de Atenção em Saúde do Trabalhador (Renast) e ao Programa de Vigilância em Saúde das Populações Expostas aos Agrotóxicos (PVSPEA), com indução financeira para ambas as iniciativas.

O primeiro relatório da PNSIPCFA, produzido pelo Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, concluiu que essas populações ainda permanecem invisíveis no que tange ao desenvolvimento e à operacionalidade das políticas públicas

O referido relatório concluiu que essas populações ainda permanecem invisíveis no que tange ao desenvolvimento e à operacionalidade das políticas públicas, o que talvez retrate a distância entre a decisão (as políticas) e a ação, cabendo, notadamente, aos governos municipais e estaduais implantar as políticas e implementar as ações (OBSERVATÓRIO, 2014).

4

ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS AGENDA, CONCEITOS, BASE TEÓRICA, MODELOS

A prática de uma ciência cidadã afirma uma posição ética e solidária com as populações, reconhecendo que os problemas e conflitos que enfrentam são complexos e exigem soluções de curto, médio e longo prazos, incluindo mudanças estruturais nos sistemas de produção e consumo das sociedades modernas, bem como nas políticas públicas e práticas das organizações (LEROY; PACHECO; PORTO, 2013; PORTO; FINAMORE, 2012).

O conceito de promoção da saúde, associado ao de justiça ambiental, implica incorporar a defesa de direitos humanos fundamentais, a redução das desigualdades e o fortalecimento da democracia na defesa da vida e da saúde. Isso engloba, igualmente, o direito à terra, a alimentos saudáveis, à democracia, à cultura e às tradições, em especial das populações atingidas, frequentemente discriminadas. Neste caso, a concepção de saúde e ambiente transcende as variáveis do saneamento básico, da contaminação ambiental por poluentes e das doenças e mortes decorrentes desses fatores.

A promoção da saúde significa não somente a construção de ambientes mais saudáveis, mas de uma sociedade mais fraterna e igualitária, em que a dignidade humana seja intocável. Tais objetivos são abalados quando investimentos econômicos, políticas e decisões governamentais acabam por prejudicar os direitos fundamentais das diversas comunidades

A promoção da saúde significa não somente a construção de ambientes mais saudáveis, mas de uma sociedade mais fraterna e igualitária, em que a dignidade humana seja intocável. Tais objetivos são abalados quando investimentos econômicos, políticas e decisões governamentais acabam por prejudicar os direitos fundamentais de comunidades indígenas e quilombolas, agricultores familiares, pescadores artesanais, comunidades tradicionais diversas, e também de trabalhadores e moradores das cidades que vivem nas “zonas de sacrifício”¹.

Os modelos produtivos dominantes atuais avançam sobre os ecossistemas, mercantilizam seus bens, geram acumulação desigual de riquezas enquanto espoliam o trabalho e o ambiente. Além disso, provocam conflitos sociais e impactam vidas, com consequências para o processo saúde-doença, com graves implicações sobre o bem-estar, o adoecer, a vida e a morte, especialmente dos grupos sociais mais vulneráveis, tais como indígenas, quilombolas, comunidades tradicionais, camponeses, trabalhadores de baixa renda, moradores das zonas de sacrifício no campo, nas florestas, nas águas e nas cidades (SCHUTZ; MIRANDA; WAISSMAN, 2014).

Em 2016, foram registrados 61 assassinatos em conflitos no campo, o que equivale à média de cinco por mês. Do total de mortes, 13 foram de indígenas, quatro de quilombolas, seis de mulheres e 16 de jovens entre 15 e 29 anos. Nos últimos 25 anos, o número de assassinatos só foi maior em 2003, quando foram registrados 73 assassinatos (CPT, 2016).

Os direitos humanos, a justiça ambiental e as políticas públicas devem embasar análises sobre a territorialidade dos coletivos sociais, sobre as consequências da desregulamentação do Estado e sobre a flexibilização do mundo do trabalho e da legislação ambiental. Essas análises permitirão discutir alternativas ao modelo hegemônico e à violência associada aos povos e populações do campo. O Estado não tem reduzido os conflitos gerados por esse modelo nem protegido os direitos fundamentais das populações mais atingidas; ao contrário, quando se reconhece a existência de uma crise socioambiental, priorizam-se instrumentos que não rompam com os processos de acumulação ambientalmente desastrosos. O que costuma ocorrer é o estímulo à produção mercantil energética e economicamente mais eficiente (SCHUTZ; MIRANDA; WAISSMAN, 2014).

O Brasil e, em particular, a Fiocruz têm assumido, na última década, o desafio de fortalecer e operacionalizar o modelo teórico que prevê a inter-relação entre saúde, ambiente, trabalho e sustentabilidade, e entre os sistemas de vigilância sanitária e saúde². Temos ainda de superar as dificuldades de formação de equipes multiprofissionais e multidisciplinares, de construção de sistemas de informação e de gestão consistentes, capazes de auxiliar a análise de situações de saúde, processos de tomada de decisões e intervenções territoriais, participativas e intersetoriais.

1 Mapa da Injustiça Ambiental, projeto que descreve conflitos ambientais e de saúde no Brasil. <https://www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br>

2 De preferência, seriam dois subsistemas integrados, vigilância sanitária e vigilância em saúde, sendo que o tipo de integração e de gestão ainda não está devidamente pactuado.

Devemos também reconhecer ou mesmo criar tecnologias sociais a serem incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de fortalecer as dimensões de formulação e de produção de conhecimento teórico-metodológico, de políticas, governança e controle social, articulando-as no processo operacional (RANGEL, 2015).

As abordagens teóricas e práticas podem ser distintas, construídas em diferentes perspectivas, uma vez que alguns autores consideram a abordagem social pouco científica e redutora das desigualdades em saúde a dimensões puramente individuais (BARATA, 2001).

O modelo hegemônico de ciência sofre o mesmo direcionamento mercantilista em que o produtivismo imposto é traduzido por fragmentação de objetos, neles incluídos a natureza, a saúde e a vida

O modelo hegemônico de ciência sofre o mesmo direcionamento mercantilista em que o produtivismo imposto é traduzido por fragmentação de objetos, neles incluídos a natureza, a saúde e a vida. Assim, é importante para a saúde coletiva discutir os rumos da tecnociência numa perspectiva alternativa, que contemple a produção compartilhada de conhecimentos orientados pelas necessidades da sociedade, e não pelo mercado (SCHUTZ; MIRANDA; WAISSMAN, 2014).

Questões como a vulnerabilidade às doenças e à exposição a contaminantes e seus efeitos sobre a saúde distribuem-se de maneira diferente entre os indivíduos, regiões e grupos sociais, e estão relacionadas, entre outros aspectos, à situação econômica, incluindo a pobreza, e ao acesso a serviços de educação e saúde. Formular e produzir conhecimento neste campo teórico envolve a investigação sobre as trajetórias sociais, a interação e os contextos, incorporando fatores culturais, ambientais, econômicos e políticos das sociedades, as várias maneiras de atuação e também as relações entre indivíduos e entre os indivíduos e as sociedades, configurando, assim, uma melhor interpretação dos territórios vivos e de suas relações com a saúde (MUÑOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; SANTOS, 2010).

As atividades antropogênicas vêm alterando o ciclo biogeoquímico do mercúrio, metal pesado altamente tóxico e prejudicial à saúde humana, o que tem afetado principalmente populações vulneráveis que consomem peixes ou que trabalham diretamente com a utilização de mercúrio no garimpo de ouro (COSTA et al., 2012).

Diversos trabalhos têm sido publicados pelas equipes de pesquisas da Fiocruz referentes aos estudos sobre mercúrio e as consequências de seu uso e emissão na saúde das populações ribeirinhas. (CÂMARA; HACON; PIVETTA, 1993; HACON, 1999; COSTA et al., 2012). A questão de saúde pública envolvendo esse tema em nível mundial culminou na Convenção de Minamata sobre mercúrio³, adotada em 2013 e ratificada em 2017 pelo Brasil⁴. A iniciativa abre uma oportunidade para a realização de pesquisas com o objetivo de melhorar as condições de saúde das populações garimpeiras e ribeirinhas, abordando ações que minimizem a presença e o uso de mercúrio por populações vulneráveis da floresta e das águas. O conceito de determinação social da saúde permite discutir a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, considerando epidemiologia inserida em seus contextos histórico, social e ambiental. Explicita, assim, as relações entre o biológico e o social, trazendo uma nova perspectiva à abordagem dos determinantes sociais em saúde (ROCHA; DAVID, 2015).

Jaime Breilh (2013) destaca que o caráter crítico da teoria da determinação social da saúde se fundamenta na vinculação com as lutas dos povos para superar um regime social centrado na acumulação de riquezas e no reconhecimento da incompatibilidade do sistema social hegemônico e a civilização que o reproduz com modos de viver saudáveis. Nesse sentido, não é possível falar de saúde – nem de seus determinantes, isoladamente – sem pensar a organização social, política e econômica em que estamos inseridos, ou seja, é necessário compreender o modo de produção, o grau de desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais estabelecidas (RÜCKERT, 2012; ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

A determinação social da saúde não consiste em compreender apenas que a saúde depende do acesso aos objetos humanos, mas que as possibilidades de realização do humano e o acesso aos produtos necessários para alcançar essa realização dependem do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em cada formação social (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014; SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Alguns autores afirmam a importância de se rediscutir a determinação social da saúde, no sentido de superar a noção positivista expressa no conceito de determinantes sociais de saúde como um fator causal empírico, uma vez que a teoria da produção social da saúde abarca o caráter histórico-social do processo saúde-doença, propiciando explicitar a relação entre o biológico e o social e entre o individual e coletivo.

Os termos “determinação social” e “determinante social” têm sentidos diferentes. O primeiro pressupõe uma compreensão mais descritiva e densa dos contextos de saúde e um questionamento não apenas sobre as bases teóricas e metodológicas dos estudos que sustentam o conceito de

3 <http://www.mercuryconvention.org/>

4 <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=738303>

determinantes, mas também sobre a sua base epistemológica, isto é, sobre as bases que sustentam uma ciência voltada para as questões relativas à vida e ao adoecimento. Pode-se afirmar que o primeiro é entendido como uma perspectiva de campo mais amplo, na qual os processos saúde-doença se produzem, buscando trazer para o plano da consciência uma compreensão das mediações entre a realidade fragmentada e a totalidade social, ao passo que o segundo prioriza a identificação de variáveis sociais mensuráveis⁵ (ROCHA; DAVID, 2015).

O conceito de determinação social pode ser considerado orientador da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), constituindo importante inovação no marco legal e institucional de saúde pública no Brasil.

Outro conceito importante trazido na PNSIPCFA é o de territorialização, que permite reconhecer a ordem da realidade, do que ela tem: uma totalidade concreta. Territorializar é um fenômeno social, um ato de estar, fazer ou fixar em um espaço geográfico, delimitando um território. É um processo de apropriação baseado na capacidade dos atores sociais de exercer algum tipo de poder ou ação para construir identidade, regras, vínculos, normas e ordenamento de seu território (GONDIM; MONKEN, 2017).

O processo de territorialização é construído e ressignificado na interação permanente entre sujeitos e histórias, hábitos, normas, costumes, pertences e pertencimentos, projetos, desejos, dúvidas e o próprio ambiente no qual se produzem as formas de apropriação e uso dos espaços. Essa dinâmica encontra e recebe no território um conjunto de elementos semelhantes e diversos, que, em interação, contribuem (positiva ou negativamente) para a territorialização. Define-se assim, um processo pelo qual pessoas se fixam em determinada área ou recorte espaçotemporal, se organizam e (re)configuram relações sociais, (re)criando identidades e pertencimentos dos povos e populações do campo, das florestas e das águas (a partir de GONDIM; MONKEN, 2017).

Devemos considerar também que as zonas nas quais modelos de uso e ocupação do território entram em conflito são danosas para a saúde da população por provocarem condições extremas de violência e estresse tanto sociais quanto ambientais

⁵ Em 2006, criou-se no Brasil, por decreto presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta define tais determinantes como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, P.; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Devemos considerar também que as zonas nas quais modelos de uso e ocupação do território entram em conflito são danosas para a saúde da população por provocarem condições extremas de violência e estresse tanto sociais quanto ambientais. Isso se verifica, por exemplo, nas fronteiras urbano-rural, nas fronteiras agrícolas, nas frentes de desmatamento e de implantação de grandes obras, com impactos diretos sobre os povos e populações do campo, das florestas e das águas e sobre povos e comunidades tradicionais.

O *Dicionário da Educação do Campo*⁶ é uma importante referência para pesquisas acadêmicas no âmbito da saúde dos povos e populações do campo, das florestas e das águas, e para terminologias específicas da PNSIPCFA. O livro é uma síntese da compreensão teórica da Educação do Campo, com base na concepção produzida e defendida pelos movimentos sociais camponeses. Os verbetes se referem prioritariamente a conceitos ou categorias que constituem ou permitem entender o fenômeno que a matéria representa ou que estão no entorno da discussão de seus fundamentos filosóficos e pedagógicos. Alguns verbetes têm referência direta com experiências, sujeitos individuais/coletivos e lutas concretas, que constituem a dinâmica educativa do campo na atualidade (CALDART et al., 2012).

A partir do final dos anos 1990, com o reconhecimento da crise socioambiental e dos riscos ecológicos globais, tornaram-se mais conhecidos os conceitos associados ao desenvolvimento sustentável e foram firmados vários acordos internacionais, como a Convenção da Diversidade Biológica, a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima, que pautaram agendas políticas, movimentos sociais, políticas públicas e a própria saúde coletiva (PORTO, 2005). Está claro que a mudança climática, a destruição dos ecossistemas naturais – em especial das florestas – e a perda da biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais a elas associados têm impacto direto sobre a saúde e o bem-estar da população. A consciência de que a degradação ambiental está associada à degradação das condições de vida da população, atingindo mais fortemente os mais pobres e marginalizados, dá visibilidade ao conceito de justiça ambiental ao mesmo tempo que os movimentos socioambientais se fortalecem no Brasil e no mundo.

A revolução tecnológica não é externa às relações sociais e de poder, e os maiores perigos já não mais advêm da peste ou da fome, mas sim das próprias intervenções operadas mediante os novos sistemas técnico-científicos (HAESBAERT; PORTO-GONÇALVES, 2006).

O movimento de enfrentamento dos paradigmas e racionalidades hegemônicos da biomedicina, da biotecnologia e da epidemiologia clássica, bem como o resgate e a atualização do debate teórico

⁶ Obra de produção coletiva, coordenada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) e pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Sua elaboração envolveu um número significativo de militantes de movimentos sociais e profissionais da Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio e de diferentes universidades brasileiras, dispostos a sistematizar experiências e reflexões sobre a Educação do Campo em suas interfaces com análises já produzidas acerca das relações sociais, do trabalho, da cultura, das práticas de educação politécnica e das lutas pelos direitos humanos no Brasil.

e político que fundou a medicina social latino-americana e a saúde coletiva⁷, têm levado a Fiocruz a avançar na compreensão da situação de saúde, seus determinantes, contextos e identificação, e na construção e consolidação de políticas públicas. Como alternativas de produção de conhecimentos, seus objetos de pesquisa incorporam e consideram as populações e movimentos sociais como sujeitos coletivos, com seus saberes e projetos de sociedade, de forma intra e intersetorial.

Alguns pesquisadores da Fiocruz trabalham também com os conceitos de ecologia dos saberes⁸ e sociologia das ausências, considerando necessário assumir o que consideram ser o enorme desafio ético e histórico de contribuir na construção de uma ciência emancipatória, rompendo com o “epistemicídio” posto pela ciência moderna, em direção à “ecologia de saberes” que portem mais sabedoria (SANTOS, 2010).

A ideia central da sociologia das ausências é que não há ignorância em geral nem saber em geral, mas uma “credibilidade contextual”, a qual deve ser suficiente para legitimar um saber para participar de debates epistemológicos com outros saberes, nominalmente com o saber científico

A ideia central da sociologia das ausências é que não há ignorância em geral nem saber em geral, mas uma “credibilidade contextual”, a qual deve ser suficiente para legitimar um saber para participar de debates epistemológicos com outros saberes, nominalmente com o saber científico. Do princípio de incompletude de todos os saberes decorre a possibilidade de diálogo e de disputa epistemológica entre os diferentes saberes.

“O confronto e o diálogo entre os saberes [equivale a] um confronto e diálogo entre diferentes processos, através dos quais práticas diferentemente ignorantes se transformam em práticas diferentemente sábias”. Neste domínio, a sociologia das ausências visa substituir a monocultura do saber científico por uma ecologia de saberes, na qual a ideia de normalidade substitui a de norma.

7 Carta Política. 2014. In: Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente, Belo Horizonte. Rio de Janeiro: Abrasco. Disponível em. . Acessado em 27 de setembro de 2016.

8 “A lógica da monocultura do saber tem de ser questionada pela identificação de outros saberes e de outros critérios de rigor, que operam credivelmente em contextos e práticas sociais declarados não existentes pela razão metonímica” (SANTOS, 2002: 249)

A concepção, a magnitude e as especificidades do mundo rural brasileiro contemporâneo e sua incidência sobre as políticas públicas de desenvolvimento vêm sendo objetos de crescente preocupação de pensadores e gestores governamentais (MIRANDA; SILVA, 2013).

A definição do que seja rural no Brasil, incluindo sua caracterização, suas tipologias e os dados censitários, requer um aprofundamento do conceito de ruralidade, de forma a compreender as diversas formas de distribuição dos povos e populações do campo, da floresta e das águas, seja em aglomerados contíguos às áreas urbanas, isolados ou mesmo dispersos. Os critérios devem abranger mais do que a densidade populacional, considerando modos de vida e aspectos culturais distintos dos grupos urbanos.

A garantia do direito à saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas passa inicialmente pelo reconhecimento da sociobiodiversidade espelhada na cartografia social do Brasil, o que implica a valorização da multiculturalidade e da diversidade de modos de vida. Uma relevante contribuição nesse mapeamento está registrada nos fascículos “Povos e Comunidades do Brasil”, elaborado pelo Projeto Nova Cartografia Social dos Povos e Comunidades Tradicionais do Brasil⁹.

Por fim, o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da política compete ao Estado. Entretanto, as fundações públicas podem utilizar métodos específicos para aprimorar sua gestão com o objetivo de auxiliar a implementação da PNSIPFCA.

⁹ <http://novacartografiasocial.com/fasciculos/povos-e-comunidades-tradicionais-do-brasil/>

5

LEVANTAMENTO DE PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA ASSOCIADA A PESQUISAS DESENVOLVIDAS NA FIOCRUZ

A Plataforma Lattes¹ integra as bases de dados de currículos, grupos de pesquisa e instituições do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em um único sistema de informações. Sua dimensão atual se estende não só às ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento do CNPq, mas também às de outras agências de fomento federais e estaduais, das fundações estaduais de apoio à ciência e tecnologia, das instituições de ensino superior e dos institutos de pesquisa. Além disso, se tornou estratégica não apenas para as atividades de planejamento e gestão, mas para a formulação das políticas do Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações e de outros órgãos governamentais abrangidos pela área.

O Currículo Lattes se tornou um padrão nacional no registro da vida acadêmica e profissional dos estudantes e pesquisadores do país, e é hoje adotado como fonte de informação pela maioria das instituições de fomento, universidades e institutos de pesquisa brasileiros. Por sua riqueza, sua crescente confiabilidade e sua abrangência, é elemento indispensável e compulsório na análise de mérito e competência dos pleitos de financiamento na área de ciência e tecnologia.

Desse modo, a Plataforma Lattes constituiu importante ferramenta para o desenvolvimento e o estudo das relações de cooperação entre os pesquisadores e colaboradores, nos âmbitos interno e externo da Fiocruz. Na construção de seu mapeamento, a Gerência Regional de Brasília (Gereb-Fiocruz) adotou a Plataforma Stela Experta², com buscas não booleanas, utilizando os termos campo, floresta,

1 <http://lattes.cnpq.br/>

2 A base de dados a explorada foi a Plataforma Stela Experta, customizada pela Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação (VPEIC), que utiliza a base Lattes para a Fiocruz - Projeto Observatório A Fiocruz na Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico.

água, reforma, popular, movimento, agrotóxico, sustentável, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), rural e trabalho. Foram consideradas as publicações entre 1980 e outubro de 2016. A metodologia empregada na pesquisa de campo e de busca foi aprovada na avaliação do grupo executivo da Vice-Presidência de Ambiente, Atenção e Promoção à Saúde (VPAAPS) da Fiocruz^{3, 4}.

Foram encontradas 30.845 publicações. Após a primeira etapa de refinamento⁵, foram selecionadas 9.101 publicações agrupadas de produções similares e também segundo a relevância da busca. A segunda etapa selecionou 1.175 publicações, com base em palavras-chave referentes às temáticas dos povos e populações do campo, da floresta e das águas, incluindo somente estudos que envolvessem diretamente a PNSIPCFA. Em seguida, foram aplicados os seguintes critérios para a classificação das publicações a serem utilizadas na elaboração do documento: qualidade (classificação Qualis), data (se atualizada), fator de impacto, relevância dos resultados obtidos e a participação de colaboradores externos à Fiocruz.

A seleção das publicações evidenciou um grande número de periódicos acadêmicos com alta representatividade na área na saúde pública. Entretanto, o emprego da Plataforma Stela Experta com buscas não booleanas dificultou a aproximação aos termos propostos para cada tema, fornecendo um número excessivo de publicações fora do campo de interesse deste trabalho e impedindo a busca por expressões, própria dos assuntos em tela.

A metodologia da busca pôde considerar a geração de indicadores internacionais de produção científica. Além disso, forneceu informações detalhadas sobre afiliação e/ou endereços dos autores, o que possibilita acompanhamento do comportamento colaborativo destes, em especial dos que publicam em revistas de alto impacto.

O número de publicações encontradas na pesquisa bruta para cada palavra-chave se encontra na Tabela 1. Agrotóxicos e saúde do trabalhador foram as mais encontradas, com cerca de 200 publicações cada, seguidas do tema saúde ambiental, com 97. Agroecologia e saneamento rural foram as menos encontradas.

3 Os povos indígenas não foram tratados neste documento por terem política específica, forma própria de controle social e por fazerem parte de um subsistema específico do SUS. É, no entanto, entendimento dos autores que deveriam ser considerados como parte de uma política para povos e populações do campo, das florestas e das águas.

4 O levantamento/sistematização dos conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil, feito pelo Fiocruz, é complementar às informações aqui apresentadas. O estudo pode ser encontrado em: <https://www.conflitoambiental.icict.fiocruz.br>.

5 As etapas de refinamento consistiram na leitura de cada referência, para verificação de sua adequação aos parâmetros de busca e a pertinência à proposta deste documento.

Tabela 1**Número de publicações encontradas por palavra-chave**

PALAVRAS-CHAVE	TOTAL
Agrotóxico	207
Saúde do trabalhador	206
Saúde ambiental	97
Movimentos sociais	40
Educação popular	27
Educação popular em saúde	20
Populações do campo	12
Reforma agrária	10
Saneamento rural	5
Agroecologia	1
TOTAL	625

Dessa forma, foi possível analisar todas as publicações referentes às políticas de equidade para os povos e populações do campo, da floresta e das águas que envolvem reforma agrária e saúde, educação popular em saúde e movimentos sociais, relação entre agrotóxicos e povos e populações do campo, desenvolvimento sustentável, PNSIPCFA, saneamento rural, saúde do trabalhador do campo, justiça social e controle social.

Os dados estão organizados de forma a permitirem a criação de sociogramas⁶.

Importante destacar documentos de síntese sobre o tema que não aparecem nestes levantamentos, por exemplo, o *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*⁷, importante instrumento na sustentação técnica e política à instituição do Programa Nacional de Redução de Agrotóxicos (Pronara).

A partir do documento final, buscar-se-á também a identificação de outros meios de publicação – livros ou revistas.

6 Os sociogramas constituem importante técnica de sociométrica, que permite melhor compreensão das relações entre indivíduos de um grupo ou entre grupos (VAZ, 2009). Normalmente, os sociogramas são utilizados em conjunto com testes sociométricos. Porém, podem também ser utilizados para, por exemplo, fornecer “uma visão sintética dos grupos”, “dar indicação sobre o grau de coesão entre os membros de determinada sociedade e a afinidade ou agressividade entre duas sociedades de ordem similar”, revelar “a posição que cada indivíduo ocupa no grupo, assim como as inter-relações dos diversos indivíduos” e permitir “a observação da estrutura dos grupos, assim como a dinâmica de suas evoluções” (ALVES, 1974).

7 Organizado pelos pesquisadores Fernando Ferreira Carneiro (Fiocruz CE), Raquel Maria Rigotto (Núcleo Tramas/UFC), Lia Giraldo da Silva Augusto (Fiocruz PE), Karen Friedrich (Ensp/Fiocruz) e André Búriço (EPSJV/Fiocruz), respaldou campanhas nacionais contra o uso de agrotóxicos impulsionadas por redes da sociedade civil e movimentos sociais. A experiência bem-sucedida de produção do dossiê estimulou ainda uma iniciativa análoga em âmbito latino-americano, que promete se desdobrar em ações articuladas entre a saúde coletiva e a agroecologia no continente (CARNEIRO et al., 2015).

6

ASPECTOS POLÍTICOS: POLÍTICA PÚBLICA, CONVENÇÕES, IMPLEMENTAÇÃO, PROGRAMAS

6.1 PRINCIPAIS ESPAÇOS DE ARTICULAÇÃO

Além dos órgãos de governos e do Legislativo, vários atores sociais estão envolvidos na elaboração, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde para povos e populações do campo, das florestas e das águas.

6.2 MOVIMENTOS SOCIAIS: ARTICULAÇÕES E MOBILIZAÇÕES

- Grito da Terra Brasil: organizado pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, apresenta propostas para a construção do desenvolvimento rural sustentável e solidário para o Brasil, na forma de uma pauta anualmente apresentada aos governos federal e estaduais (CONTAG, 2003);
- Marcha das Margaridas: articulação entre mulheres dos movimentos sociais e sindicais, coordenado pela Secretaria de Mulheres da Contag, é um processo de mobilização estratégico das mulheres do campo, da floresta e das águas para conquistar visibilidade, reconhecimento social, político e cidadania plena, na forma de pauta apresentada a cada quatro anos aos governos federal e estaduais;
- Abril Vermelho: coordenado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), reivindica a reforma agrária, a luta pela agroecologia e a mudança do modelo de desenvolvimento intensivo no uso dos ecossistemas, poluidor e concentrador de riquezas e terras, contra os agrotóxicos e transgênicos, entre outras ações, e dá visibilidade aos conflitos existentes no campo;

- Chamado da Floresta: mobilizado pelo Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS), organização das populações extrativistas de todo o país, mas principalmente da Amazônia, discute políticas para o desenvolvimento sustentável destas populações e o modelo de desenvolvimento insustentável a elas imposto;
- Jornada da Agricultura Familiar: coordenada pela Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (Fetraf-Brasil), luta pelo fortalecimento da agricultura familiar e de comunidades tradicionais;
- ASA Brasil: articulação de organizações e movimento do Nordeste¹, defende a convivência com o Semiárido. Promove o direito à água e uma agricultura adaptada e de matriz agroecológica como formas de propiciar a permanência e a vida digna das populações em seus territórios. Foi iniciadora e inspiradora dos programas Um Milhão de Cisternas (P1MC), Uma Terra e Duas Águas (P1+2), Cisternas nas Escolas e Sementes do Semiárido;
- Campanha Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida²: articulação nacional de organizações, movimentos, instituições e pessoas, promove a agroecologia como modelo de produção de alimentos e chama a atenção para os impactos dos agrotóxicos e transgênicos na vida de produtores e consumidores³;
- Campanha Nacional em Defesa do Cerrado: de criação recente e coordenada pela Comissão Pastoral da Terra (CPT), se propõe a pautar e conscientizar a sociedade, em nível nacional e internacional, sobre a importância do Cerrado e os impactos dos grandes projetos sobre a região e os povos e as populações que a habitam, além de fortalecer a identidade destes; e
- Articulação Nacional de Agroecologia (ANA)⁴: espaço de articulação e convergência entre movimentos, redes e organizações da sociedade civil brasileira envolvidas na promoção da agroecologia, no fortalecimento da produção familiar e na construção de alternativas sustentáveis de desenvolvimento rural.

1 A ASA é uma rede que defende, propaga e põe em prática, inclusive por meio de políticas públicas, o projeto político da convivência com o Semiárido. Constitui uma rede por ser formada por mais de 3 mil organizações da sociedade civil, de distintas naturezas – sindicatos rurais, associações de agricultores e agricultoras, cooperativas, ONGs, Oscips etc. Sua missão é fortalecer a sociedade civil na construção de processos participativos para o desenvolvimento sustentável e a convivência com o Semiárido referenciados em valores culturais e de justiça social.

2 Criada em 2011, tem o objetivo de sensibilizar a população brasileira para os riscos que os agrotóxicos representam e, a partir daí, tomar medidas para frear seu uso no Brasil. A Campanha aglutina dezenas de organizações da sociedade civil, com forte protagonismo dos movimentos sociais do campo, além de associações acadêmicas e instituições de ensino e pesquisa do campo da saúde: – a Fiocruz, o Inca – e, ainda, pesquisadores do campo da saúde que atuam em universidades públicas.

3 O *Dossiê Abrasco*, supracitado, também contribui para a sustentação técnica e para a difusão da temática desta Campanha.

4 Articula 23 redes estaduais e regionais, com centenas de grupos, associações e organizações não governamentais em todo o país, além de 15 movimentos sociais de abrangência nacional. Atua em três frentes: articula iniciativas das organizações em programas de desenvolvimento local/territorial, promovendo intercâmbios e fomentando reflexões coletivas; incide sobre políticas públicas; comunica e mobiliza a sociedade em torno da realidade da agricultura familiar e das propostas do campo agroecológico.

Conselhos Municipais de Saúde

Os Conselhos Municipais de Saúde trazem para o cenário político um potencial transformador em dois planos: o do Estado e o da própria sociedade, além do seu papel de guardiões do serviço público de saúde

A manutenção de espaços democráticos de vocalização das demandas sociais, de negociação entre os atores sociais envolvidos, de transparência e garantia do acesso à informação são requisitos necessários ao amadurecimento do processo político de construção e aprofundamento das instâncias do exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1995, já existiam mais de três mil Conselhos Municipais de Saúde implantados (CARVALHO, 1995). Em 2012, já eram 5.565. Estes trazem para o cenário político um potencial transformador em dois planos: o do Estado e o da própria sociedade, além do seu papel de guardiões do serviço público de saúde.

A heterogeneidade nos processos específicos e próprios de cada Conselho, antes de ser um sintoma negativo, parece natural, necessária e historicamente configurada, guardando relação direta com o amadurecimento político de cada municipalidade, sem relação direta com seu tamanho, mas, antes, com sua cultura política. Esse aspecto relevante na implantação do SUS é campo fértil para a realização de estudos e pesquisas sobre suas singularidades e generalidades, para benefício dos gestores e usuários.

Apesar da extensão territorial brasileira e de sua diversidade social, essas estruturas vêm se consolidando e implicam o envolvimento direto de pelo menos cem mil pessoas. Para além do direito à participação, cabe exercitá-la da forma mais plena possível (MOYSES, 1998).

Conferências Nacionais de Saúde

As Conferências Nacionais de Saúde (CSNs) são espaços de diálogo entre a sociedade civil e os diferentes gestores e atores do SUS. Permitem trocas de informações, identificação de problemas e prioridades, além de subsidiar ações das três esferas de governo, inclusive no controle e na regulação do fluxo de recursos financeiros.

Historicamente, as Conferências de Saúde constituíram fórum privilegiado para o debate e as proposições de políticas públicas de saúde para o campo

Historicamente, as Conferências de Saúde constituíram fórum privilegiado para o debate e as proposições de políticas públicas de saúde para o campo (ANDRADE; NAGY, 2004). Em 1975, a 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tratou a questão como um dos eixos temáticos. Na 6ª CNS (1977), continuou-se a discutir a extensão das ações de saúde para as populações rurais, no contexto da proposição de um sistema nacional de saúde e da expansão de cobertura dos serviços de saúde e de saneamento pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass). Durante a 7ª CNS (1980), os debates se voltaram para a interiorização das ações, como preconizado no Piass; no saneamento ambiental; nas políticas educacionais e de formação de recursos humanos para a saúde; na integração com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); na articulação com os projetos agropecuários e as ações para saúde, habitação e construção de postos de saúde na zona rural; e na inserção do tema saúde na discussão dos projetos de desenvolvimento.

Na 8ª CNS (1986) indicou-se a necessidade de se implantar uma reforma agrária que respondesse às reais necessidades e às aspirações dos trabalhadores rurais, realizada sob seu controle. Essa Conferência significou o marco político de construção da Reforma Sanitária Brasileira, fornecendo as bases para as definições da Constituição de 1988 (AROUCA, 2002) e do SUS. O conceito de saúde construído na 8ª CSN envolveu: ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde. Seu grande diferencial em relação às anteriores foi a presença de mais de quatro mil pessoas, todas buscando transformações profundas na saúde pública.

Na origem desse movimento estavam profissionais de saúde ligados a partidos e movimentos progressistas que tinham um referencial médico-social e práticas políticas, ideológicas e teóricas transformadoras. Alguns ocupavam postos-chave no aparelho de Estado, ou seja, passaram a utilizar as áreas institucionais como lócus da construção contra-hegemônica (SCOREL, 1998). A criação do SUS foi, portanto, resultado de um movimento de contracorrente das reformas de saúde de cunho neoliberal, baseadas no conceito de ajuste estrutural defendida pelo Banco Mundial na década de 1980 (VIANNA, 1998; COHN, 2005).

Importante lembrar que existe uma forte conexão entre os objetivos da reforma agrária, as reivindicações dos movimentos sociais do campo e a luta histórica pela reforma sanitária, assim como a conquista do SUS. Em sua origem, a reforma sanitária traz um compromisso histórico de enfrentar as desigualdades e construir a democracia no país, o que está expresso no referencial dos determinantes sociais da saúde.

Nas CNSs seguintes (9ª, em 1992; 10ª, em 1996; 11ª, em 2000; e 12ª, em 2003), a reforma agrária e sua relação com a saúde foi tratada sistematicamente, apesar de não ser priorizada como eixo temático: questões de saúde no campo apareceram de forma detalhada em várias propostas. A maioria reforçava a garantia dos direitos básicos da cidadania, bem como a implementação de medidas de acesso às ações de saúde para as populações rurais.

Em relação aos povos e populações do campo, das florestas e das águas, o relatório da 13ª CNS (2008) assinalou, entre outras deliberações: defesa da educação do campo; priorização de financiamento e de ações voltadas para a atenção primária, a fim de garantir a resolubilidade e a qualidade adequadas e diferenciadas na região amazônica, atendimento dos povos da floresta e do campo; proposta de convocatória da I Conferência Nacional de Saúde para os Povos do Campo e das Florestas (não efetivada); efetivação de políticas de preservação dos recursos naturais, reflorestamento, arborização e despoluição dos rios, proibindo a privatização do patrimônio natural; ampliação do acesso à saúde dessas populações.

A 14ª CNS, com o tema central “Todos usam o SUS; SUS na seguridade social; Política pública, patrimônio do povo brasileiro”, teve, entre as principais propostas aprovadas para os povos e populações do campo, das florestas e das águas: implantação, nos municípios da região amazônica, da Farmácia Popular, do Serviço de Urgência e de Emergência, a fim de atender às comunidades ribeirinhas, do campo e da floresta; implantação e implementação das políticas de saúde integral da população negra, dos povos indígenas e ciganos, dos povos do campo e da floresta, em todas as unidades da federação.

Nas Conferências Nacionais temáticas, destacaram-se as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (CNSTs). Em 1994 e 2005, na segunda e terceira edições, no eixo específico de política agrária e saúde do trabalhador rural, ressaltaram-se o apoio à realização da reforma agrária e de ações intersetoriais voltadas para a qualidade de vida e a proteção da saúde desse trabalhador. A quarta, realizada em 2014, incorporou as trabalhadoras em seu nome e trouxe a saúde no campo, na floresta e nas águas como tema de seus diálogos transversais (RANGEL, 2015).

Conferências Nacionais de Meio Ambiente

As Conferências Nacionais de Meio Ambiente (CNMAs) ocorreram em 2003, 2005, 2008 e 2013, tendo respectivamente os seguintes eixos centrais: Fortalecimento do Sistema Nacional do Meio Ambiente; Gestão Integrada das Políticas Ambientais e Uso dos Recursos Naturais; Mudanças Climáticas; e Resíduos Sólidos. De modo sistemático, os delegados deliberaram sobre temas que envolviam direta ou indiretamente as questões de saúde, em especial de povos e populações do campo, das florestas e das águas e de povos e comunidades tradicionais, especialmente sobre agrotóxicos, organismos geneticamente modificados (OGMs), biossegurança, recursos hídricos, saneamento, resíduos sólidos e efluentes, mudança climática, acesso a políticas públicas de saúde em áreas protegidas, entre outros.

Conferência Nacional de Saúde Ambiental

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA), realizada em 2009, cujo tema foi “A saúde ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis” (CNSA, 2010), envolveu três ministérios: Saúde, Meio Ambiente e Cidades. Resultou na articulação entre profissionais das áreas da saúde, do ambiente e do saneamento e inúmeras organizações da sociedade civil, para fundamentar uma política pública de saúde ambiental no Brasil, deliberando sobre suas diretrizes. Cabe destacar a que foi aprovada com o maior número de votos na Conferência:

Mudança no modelo de desenvolvimento econômico, de modo a promover a qualidade de vida e a preservação do ambiente, e a saúde desta e das futuras gerações com a proteção da agrobiodiversidade e da biodiversidade urbana e rural, visando à sustentabilidade socioambiental responsável (CNSA, 2010).

Um de seus desdobramentos foi a realização de Simpósios Brasileiros de Saúde e Ambiente (Sibsas), organizados pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), espaços de amplo debate da situação e perspectivas da saúde ambiental. No 2º Sibsas, a participação dos movimentos sociais foi mais estimulada e se intensificou (CARTA POLÍTICA, 2014).

Políticas públicas relacionadas: espaços de construção participativa

Uma série de políticas, programas e planos tem interface com a implementação das políticas para povos e populações do campo, das florestas e das águas, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Política de Educação Popular em Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, o Programa Mais Médicos, entre outros. Escolhemos aqui destacar aquelas com maior interação e impactos positivos.

A Fiocruz tem contribuído de forma destacada em quase todas as etapas de debate, elaboração, formação, acompanhamento e monitoramento e avaliação das políticas, programas e planos apresentados a seguir.

A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, definindo as instâncias colegiadas, Conferência de Saúde e Conselho de Saúde (compostos por usuários, representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde).

Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais

A Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), instituída em 2007 por meio do Decreto nº 6.040, visa, entre outros objetivos específicos,

garantir aos povos e comunidades tradicionais o acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às suas características socioculturais, suas necessidades e demandas, com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional.

Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica: a promoção da saúde pela agroecologia como alternativa ao uso de agrotóxicos

Desde 2008, o Brasil tem ocupado o primeiro lugar no *ranking* mundial no consumo de agrotóxicos⁵. Corroborando suas ações na abordagem de fomento da agroecologia, a instituição da Política Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Pnapo) marcou o compromisso do governo federal com a ampliação e a efetivação de ações que devem orientar o desenvolvimento rural sustentável, impulsionado pelas crescentes preocupações das organizações sociais do campo e da floresta, e da sociedade em geral, a respeito da necessidade da produção de alimentos saudáveis com a conservação dos recursos naturais. Nessa perspectiva, o Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo)⁶ 2013-2015 prevê a implementação de programas e iniciativas indutoras da transição agroecológica, da produção orgânica e de base agroecológica, possibilitando à população a melhoria de qualidade de vida por meio da oferta e do consumo de alimentos saudáveis, e do uso sustentável dos recursos naturais, constituindo-se em instrumento de operacionalização da Pnapo e de monitoramento, avaliação e controle social das ações promovidas (CIAPO, 2013).

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT)⁷ tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Essa política tem caráter universal, abrangendo desde o trabalho de menores e aprendizes até os/as aposentados/as, os trabalhos formal e informal, e os/as desempregados/as. Assim, ela representa ao mesmo tempo uma consolidação do direito à saúde do trabalhador e da trabalhadora

5 Segundo o *Dossiê Abrasco* de 2015, eram 58% de herbicidas, 21% de inseticidas, 12% de fungicidas, 3% de acaricidas e 7% de outros tipos.

6 O Planapo foi elaborado pela Câmara Interministerial de Agroecologia e Produção Orgânica (Ciapo), com ampla representação da sociedade na Comissão Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (CNAPO).

7 Portaria nº 1.823/2012.

como responsabilidade do Estado, mas também, e em particular, dos trabalhadores/as rurais, povos e populações do campo, das florestas e das águas, por tanto tempo invisíveis – como cidadãos e trabalhadores – aos olhos do governo.

Programa Nacional de Saneamento Rural e o Plano Nacional de Saneamento Básico

O Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR) e o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) estão interligados em seus objetivos e contam com o acompanhamento do já mencionado Grupo da Terra. Como etapa do processo de elaboração desse plano, as universidades UFMG, UFRJ e UFBA, sob a coordenação da primeira, elaboraram o Panorama do Saneamento Básico no Brasil. Aprovado em 2013, o Plansab tem objetivos e metas nacionais e regionais, de curto, médio e longo prazos, voltados para a universalização dos serviços de saneamento básico, assim como a proposta de programas para o alcance dos objetivos e metas da política federal de saneamento básico, inclusive com a identificação das fontes de financiamento (BRASIL, 2013b).

O Plansab determina a elaboração dos programas de Saneamento Básico Integrado, de Saneamento Rural e de Saneamento Estruturante para a implementação do PNSR⁸, que tem como propósito definir as diretrizes gerais e as estratégias para execução das ações de saneamento básico em áreas rurais, objetivando a universalização do acesso.

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa), responsável por sua implantação em articulação com municípios, estados e o Ministério do Meio Ambiente, está traçando (2017) o Panorama do Saneamento Rural no Brasil, fazendo uma análise situacional e definindo, de forma participativa e interinstitucional⁹, as macrodiretrizes e estratégias, metas de curto, médio e longo prazos, as necessidades de investimentos em um horizonte de vinte anos e os programas e ações a serem implementados em consonância com o referencial do Plansab.

Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

O Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf)¹⁰ financia projetos individuais ou coletivos que gerem renda para os agricultores familiares e assentados da reforma agrária. O programa tem as mais baixas taxas de juros dos financiamentos rurais e apresenta as

8 Endereço eletrônico desenvolvido numa parceria (Termo de Execução Descentralizada [TED]) entre a Funasa e a UFMG, e traz dados sobre a implementação do Programa Nacional de Saneamento Rural – PNSR. O Grupo da Terra fez indicações de territórios para esta pesquisa, que envolveu 12 comunidades nos estados do Paraná, Goiás, Rio de Janeiro, Pernambuco, Paraíba, São Paulo, Acre (duas), Santa Catarina (duas), Bahia, (duas). Esse endereço eletrônico, também chamado de caderno do campo, é um livro aberto, onde se compartilha o dia a dia dos trabalhos, pesquisas e estudos. Pretende ser também um veículo de construção das diretrizes do PNSR.

9 <http://pnsr.desa.ufmg.br/>

10 Pronaf: Acesso em: 13 set. 2016.

menores taxas de inadimplência entre os sistemas de crédito do país. Entre as linhas de crédito que orbitam em torno da PNSIPCFA estão: Pronaf Floresta¹¹, Pronaf Agroecologia¹², Microcrédito Rural (Pronaf Grupo B)¹³.

O financiamento de projetos que fomentam a agroecologia e a transição agroecológica tem impacto direto sobre a promoção da saúde, na soberania alimentar e na qualidade de vida dos povos e das populações do campo, das florestas e das águas. No mesmo sentido do Pronaf e diretamente voltado para o atendimento a esses atores sociais, está o Plano de Promoção dos Produtos da Sociobiodiversidade¹⁴.

11 Pronaf Floresta: prevê financiamento de investimentos em projetos para sistemas agroflorestais; exploração extrativista ecologicamente sustentável; plano de manejo florestal; recomposição e manutenção de áreas de preservação permanente e reserva legal; e recuperação de áreas degradadas.

12 Pronaf Agroecologia: linha para o financiamento de investimentos dos sistemas de produção agroecológicos ou orgânicos, incluindo-se os custos relativos à implantação e à manutenção do empreendimento.

13 Microcrédito Rural (Pronaf Grupo B): criado em 2000, no âmbito do Pronaf, para combater a pobreza rural, é estratégico para os agricultores familiares pobres, pois valoriza o potencial produtivo deste público e permite estruturar e diversificar a unidade produtiva. Pode financiar atividades agrícolas e não agrícolas geradoras de renda. São atendidas famílias agricultoras, pescadoras, extrativistas, ribeirinhas, quilombolas e indígenas que desenvolvam atividades produtivas no meio rural. Elas devem ter renda bruta anual familiar de até R\$ 20 mil, sendo que no mínimo 50% da renda devem ser provenientes de atividades desenvolvidas no estabelecimento rural.

14 <http://www.mda.gov.br/sitemda/secretaria/saf-biodiv/plano-nacional-de-promo%C3%A7%C3%A3o-das-cadeias-de-produtos-da-sociobiodiversidade>

7

POLÍTICA AMBIENTAL INTERNACIONAL, CONVENÇÕES E SEUS PROCESSOS DE IMPLEMENTAÇÃO

7.1 OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: PARÂMETROS PARA A AGENDA AMBIENTAL DAS NAÇÕES UNIDAS (1992-2030)

Em setembro de 2000, durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, 191 nações firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade, no qual estabeleciam os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) a serem alcançados até 2015. Em 2010, o mundo renovou seu compromisso de acelerar o progresso em direção ao cumprimento desses objetivos.

A ONU recomendava a desagregação dos indicadores de cumprimento desses objetivos por sexo (feminino/masculino) e pelo meio onde vive a população analisada (rural/urbana) (IPEA, 2014). O V Relatório ODM Brasil seguiu essa diretriz, além de acrescentar outras características que definem grupos vulneráveis.

Em 2015, a despeito dos esforços concentrados de governos nacionais, da comunidade internacional, da sociedade civil e do setor privado, os ODMs não haviam sido plenamente alcançados, apesar da esperança e das oportunidades que geraram ao redor do mundo. O trabalho em conjunto ainda não havia atingido milhões de pessoas, sendo necessários mais esforços para, por exemplo, acabar com a fome, alcançar a plena igualdade de gêneros, a melhoria dos serviços de saúde e a totalidade das crianças na escola.

Sobre essas bases, em 2015 foi aprovada a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que contém 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) e 169 metas relacionadas¹. Os ODSs vão da erradicação da pobreza extrema e da fome no mundo à industrialização inclusiva, sustentável e inovadora, energia sustentável, proteção do meio ambiente, igualdade de acesso à educação e outros, tendo como princípio uma articulação transversal e, como base, a equidade: “Não deixar ninguém para trás”.

Infelizmente, o ODS referente à saúde – “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades” – tem suas metas reduzidas a elementos de atenção médica individual e curativa, não considerando elementos fundamentais da saúde pública, ou seja, “assegurar saúde e promover o bem-estar” se reduz, nesse caso, a “enfrentar doenças”. Além disso, a promoção da saúde e o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde sequer são mencionados.

As metas de implementação pecam por serem fragmentadas e desarticuladas dos demais ODSs – o oposto da governança intersetorial necessária para seu cumprimento. Existe uma demanda latente de se identificar melhor o papel central da saúde nos ODSs – como indicador, resultado e contribuinte para o desenvolvimento sustentável (KICKBUSCH; BUSS, 2014).

De modo geral, as metas dos ODSs têm levado a ações mensuráveis quantitativamente e aplicáveis em todos os países, sendo este um limite claro a respostas direcionadas mais especificamente a povos e populações do campo, da floresta e das águas

De modo geral, as metas dos ODSs têm levado a ações mensuráveis quantitativamente e aplicáveis em todos os países, sendo este um limite claro a respostas direcionadas mais especificamente a povos e populações do campo, das florestas e das águas. No entanto, essas poderiam ser alcançadas a partir dos objetivos de melhoria nas condições de vida saudável, promoção do bem-estar para todos e igualdade de gênero, empoderando em especial as mulheres.

¹ PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015.html>>. Acessado em 26 de julho de 2016.

7.2 O CICLO DE CONFERÊNCIAS SOCIOAMBIENTAIS: ESTOCOLMO, RIO DE JANEIRO, JOHANNESBURGO E RIO DE JANEIRO

As questões ambientais que envolvem aspectos de saúde passaram a ter atenção global em 1972, quando as Nações Unidas convocaram a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, em Estocolmo. Os países em desenvolvimento e os industrializados estabeleceram as bases para os direitos da família humana em um meio ambiente saudável e produtivo. Vinte anos depois, como parte do ciclo das grandes conferências que encerrou o século XX, a ONU promoveu a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD ou, como é mais conhecida, Rio-92), que produziu dois documentos fundamentais de orientação da sociedade²: a Agenda 21, conjunto de ações que dizem respeito a responsabilidades de todos sobre diversos temas ambientais, econômicos e sociais, incluindo a saúde; e a Carta da Terra (BRILHANTE; CALDAS, 1999). Também foram negociadas a Convenção da Biodiversidade, a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima e a Declaração de Princípios sobre Florestas. Importante notar que a sociedade civil e, em particular, as organizações não governamentais, os movimentos sociais e também a academia se organizaram para acompanhar a CNUMAD e, em eventos paralelos, escreveram e assinaram seus próprios tratados sobre os temas socioambientais, inclusive os não discutidos na conferência oficial. À Rio 92 se seguiram as reuniões Rio+5 (Rio de Janeiro), Rio+10 (Johannesburgo) e Rio +20 (Rio de Janeiro), onde se buscou avançar no entendimento dos documentos firmados em 1992 e principalmente em sua aplicação prática e seu financiamento.

Com as conferências, a questão ambiental passou a ser uma pauta da sociedade e de governos. Em particular no Brasil, seu caráter socioambiental se firmou e dá subsídio às políticas públicas, notadamente a de saúde ambiental.

7.3 CONTRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Um dos objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) é a promoção de um ambiente saudável, a intensificação da prevenção primária e a influência em políticas públicas em todos os setores para enfrentar os determinantes socioambientais da saúde³.

2 Com a Rio-92, a ONU pretendeu dialogar com toda a sociedade: governos em todos os níveis, movimentos sociais, ambientais, cientistas, ativistas e a população em geral.

3 A OMS tem, entre outros, mandato para avaliar e realizar a gestão dos riscos ambientais à saúde e a formulação de normas e orientações baseadas em dados probatórios acerca dos principais perigos ambientais para a saúde. Além disso, é responsável por elaborar orientações e criar instrumentos e iniciativas para facilitar a formulação e a aplicação de políticas de saúde em setores prioritários http://www.who.int/phe/about_us/es/

Trata-se, na verdade, de um exíguo espaço institucional dedicado às complexas relações entre saúde e ambiente, mas com um portfólio temático amplo, que inclui, entre outros, a água, o saneamento e a saúde, a saúde ambiental e a infância e as iniciativas da Aliança Ambientes Saudáveis para Crianças⁴ e Saúde Ambiental em Emergências⁵. Saúde ocupacional, segurança química, acidentes radiológicos, resíduos de serviços de saúde, saúde e ecossistemas, doenças por contaminação alimentar, agrotóxicos e saúde humana, e muitos outros temas conexos também são tratados pela OMS, por meio de gestão compartilhada com agências especializadas da ONU ou de governos e centros colaboradores.

No Brasil, a Fiocruz, a Fundação Jorge Duprat e Figueiredo (Fundacentro), além de várias universidades, são exemplos de Centros Colaboradores em Saúde e Ambiente da OMS e da Opas

No Brasil, a Fiocruz, a Fundação Jorge Duprat e Figueiredo (Fundacentro), além de várias universidades, são exemplos de Centros Colaboradores em Saúde e Ambiente da OMS e da Opas⁶.

O advento das ações das agências reguladoras, por sua competência técnica, bem como planos e programas do MS – entre as quais a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) – permitiu ao SUS integrar de maneira consistente a abordagem de risco ambiental em suas práticas preventivas, articuladas à atenção básica e à vigilância em saúde.

Pela natureza de suas atividades e formas de vida, os povos e populações do campo, das florestas e das águas constroem a política nacional, mas ainda têm pouca interação com as formulações na OMS.

4 <http://www.who.int/heca/en/>

5 http://www.who.int/environmental_health_emergencies/en/

6 http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=1715&Itemid=763



INFORMAÇÃO PARA A AÇÃO

Consideráveis esforços estão sendo realizados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Datasus, para fortalecer as grandes bases de dados nacionais. No âmbito do Reforsus, vem sendo implantada a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), que busca desenvolver a capacidade informacional para a operação dos cinco maiores sistemas de informações: Hospitalar (SIH), da Atenção Básica (Siab), de Mortalidade (SIM), de Nascidos Vivos (Sinasc) e de Agravos de Notificação (Sinan). Complementarmente, há a iniciativa da Rede de Informações para a Saúde (Ripsa), que visa articular as principais instituições responsáveis pela produção de indicadores e dados básicos de interesse para a saúde, objetivando a análise da situação de saúde e suas tendências.

Outro sistema de informação relevante é o de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), que tem como objetivo fornecer informações sobre o estado nutricional da população e de fatores que o influenciam. O módulo municipal encontra-se implantado em quase todas as cidades brasileiras. Disponibiliza informações para o monitoramento do estado nutricional de diferentes grupos populacionais atendidos nos estabelecimentos de saúde e por profissionais da Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A partir de 2006, foi disponibilizada a inserção de dados de usuários do Programa Bolsa Família acompanhados pelo setor da saúde (mulheres em idade fértil e crianças menores de 7 anos).

A depender das necessidades dos programas de controle de algumas doenças e agravos, outros sistemas de informação complementares foram desenvolvidos e são úteis à vigilância:

- Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua);
- Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Sissolo);

- Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL);
- Sistema de Informações de Insumos Estratégicos (Sies);
- Sistema de Registro de Câncer de Base Populacional (SisBasepop);
- Sistema Integrador de Registros Hospitalares de Câncer (SisRHC);
- Sistema de Gerenciamento de Amostras (SGA);
- Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (Para);
- Programa de Análise de Resíduos de Medicamentos Veterinários em Alimentos de Origem Animal (Pamvet);
- Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), vinculado à Fiocruz;
- Sistema de Informação de Agrotóxicos Fitossanitários (Agrofit); e
- Relação Anual de Informações Sociais (Rais).

A grande questão é como conseguir que os bancos de dados permitam a identificação clara de que as informações se referem a povos e populações do campo, da floresta e das águas, o que viabilizaria não somente o diagnóstico das situações específicas, mas o encaminhamento de providências para prevenção e tratamento dos reais problemas de saúde nos territórios onde acontecem

A grande questão é como conseguir que os bancos de dados permitam a identificação clara de que as informações se referem a povos e populações do campo, das florestas e das águas, o que viabilizaria não somente o diagnóstico das situações específicas, mas o encaminhamento de providências para prevenção e tratamento dos reais problemas de saúde nos territórios onde acontecem.

Um exemplo de adequação dos instrumentos para a atenção integral aos povos e populações das águas são as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSFs)¹. Trata-se de embarcações que comportam equipes de Saúde da Família Fluvial, providas com os materiais necessários para atender a população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul-Mato-Grossense. Elas buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações, como previsto na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab).

1 As UBSF funcionam 20 dias por mês em área delimitada para a atuação, compreendendo o deslocamento fluvial até as comunidades e o atendimento direto à população ribeirinha. Nos outros dias, a embarcação fica ancorada em solo, na sede do município, para que as equipes possam fazer atividades de planejamento e educação permanente, junto com outros profissionais. Ela é composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um técnico de saúde bucal e um bioquímico ou técnico de laboratório. Para garantir a maior qualidade do cuidado e resolutividade, considerando a especificidade territorial da população ribeirinha que a torna singular, o município pode solicitar a ampliação da equipe. Além disso, há a possibilidade de solicitar custeio para apoio logístico (unidade de apoio/satélites e embarcações de pequeno porte para transporte exclusivo de profissionais). http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_ubsf.php.

9

INICIATIVAS INSTITUCIONAIS: COOPERAÇÕES, PROJETOS, OBSERVATÓRIOS, ENSINO, PESQUISA, ASSESSORIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS

9.1 PROJETO ESTAÇÃO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Desde 1996, o Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (LavsA/EPSJV/Fiocruz), vem trabalhando o tema território e territorialização em saúde nos currículos e nas práticas de campo dos cursos de formação técnica voltados para a vigilância em saúde. Em 2009, o LavsA propôs o Projeto Estação de Territorialização (ET): educação e pesquisa em saúde e ambiente, criando uma estrutura para possibilitar a ampliação de processos formativos que utilizam a metodologia da territorialização em saúde e fomentando a pesquisa e a inovação em processos de “trabalho territorializado” (GONDIM et al., 2008). A perspectiva de vigilância em saúde desse grupo tem um olhar atento sobre a situação de saúde de populações que compreende doença, saúde e cuidado como manifestações indissociáveis da existência humana, resultantes de processos histórico-culturais que ocorrem nos territórios, sejam eles urbanos ou do campo, das florestas e das águas.

9.2 CURSO TÉCNICO EM MEIO AMBIENTE

O Curso Técnico em Meio Ambiente (CTMA)¹, com ênfase em saúde ambiental para populações

¹ <http://www.EscolaPolitécnicaDeSaúdeJoaquimVenâncio.fiocruz.br/noticias/tag/curso-tecnico-em-meio-ambiente>

do campo, tem por base três projetos² e foi realizado entre setembro de 2012 e dezembro de 2013, pelo Lavsa/EPSJV. O projeto do curso foi fruto da parceria entre a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, o Núcleo Tramas da Universidade Federal do Ceará (UFC), da Universidade Federal da Fronteira Sul, do *campus* Laranjeiras do Sul/PR e do Centro de Desenvolvimento Sustentável e Capacitação em Agroecologia (Ceagro/PR), dos movimentos sociais – como MST, MAB, entre outros –, além de contar com a cooperação sociotécnica de diversas entidades. O curso tinha como objetivos: 1) formar, profissionalizar e certificar trabalhadores(as) rurais membros dos assentamentos ou que atuem nos territórios camponeses como técnicos em meio ambiente, de modo a qualificar suas atuações na interface trabalho, ambiente e saúde, fortalecendo a luta dos movimentos sociais do campo na construção de ambientes saudáveis e sustentáveis, com ênfase nos problemas de saúde ambiental de seus territórios, e potencializando seu papel na transformação da sociedade; e 2) refletir sobre o processo de formação do técnico em meio ambiente, a fim de sistematizar e aprimorar estratégias pedagógicas deste curso e de realizar um levantamento de elementos que colaborem para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Esta experiência foi sistematizada na publicação, em cinco fascículos,³ *Curso Técnico em Meio Ambiente, com Ênfase em Saúde Ambiental dos Povos e Populações do Campo: tramas e tessituras sobre o território, saúde, ambiente e educação*. O programa expressa uma estratégia de fortalecimento da educação do campo (CALDART, 2012) e da saúde no campo (CARNEIRO; BÚRIGO; DIAS, 2012), assumida pela EPSJV.

9.3 PROJETO FORMAÇÃO DE LIDERANÇAS PARA A GESTÃO PARTICIPATIVA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Este projeto tem como principal desafio a formação de lideranças do campo⁴ para a participação na construção das políticas de atenção à saúde e protagonismo no debate sobre os impactos do modelo de produção agropecuário vigente sobre a saúde da população. A formação envolve tanto

2 “Demandas de Saúde no Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra – MST: elementos para formulação de proposta didático-pedagógica voltada para a promoção à saúde da população do campo” (Papes IV/Fiocruz, 2006-2007); “Determinantes Sociais da Saúde nos Territórios de Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): elementos para a elaboração de proposta de formação em saúde ambiental para a população do campo” (Papes V/FIOCRUZ, 2008-2011); “Formação de Formadores em Saúde Ambiental nos Territórios dos Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST): uma contribuição para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde da população do campo” (2008-2009).

3 Fascículos: 1. O Curso; 2. A Gestão; 3 Metodologias; 4. Territórios; 5. Saberes.

4 Lideranças de entidades de representação dos trabalhadores rurais da Contag, Movimento de Mulheres Camponesas (MCC), MST e do Movimento de Luta pela Terra (MLT).

o processo de qualificação para participação e controle social nas instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – a gestão participativa – quanto o debate acerca da sustentabilidade do modelo agropecuário vigente – o agronegócio baseado no uso intensivo de agrotóxicos para o combate de pragas – e seus impactos sobre o meio ambiente e a saúde da população – produtores e consumidores.

Para a Fiocruz Brasília, o melhor desafio foi realizar um processo de formação em espaços não formais, executado em parceria com movimentos populares

Para a Fiocruz Brasília, o melhor desafio foi realizar um processo de formação em espaços não formais, executado em parceria com movimentos populares. Essa aproximação gerou um sentido transformador da ação pedagógica na perspectiva da construção participativa do SUS.

Tais práticas de formação popular possibilitam a materialização de articulações intra e inter-setoriais, e a aproximação entre profissionais da saúde e usuários trabalhadores e trabalhadoras nos territórios, a partir de suas necessidades e demandas, levando a uma melhor promoção de suas próprias questões políticas.

Na mesma direção, têm sido apoiadas atividades para capacitação de agentes de saúde, formação de mulheres em questões de gênero e saúde, além de suporte aos coletivos e grupos locais de saúde e sistematização de experiências em educação e saúde do campo⁵.

9.4. MESTRADO PROFISSIONAL EM TRABALHO SAÚDE, AMBIENTE E MOVIMENTOS SOCIAIS DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP/FIOCRUZ)

O curso de mestrado nasceu de uma reivindicação dos movimentos sociais do campo, em especial do MST, da Via Campesina e da Campanha Nacional Permanente contra os Agrotóxicos e pela Vida.

⁵ Sistematização das experiências acumuladas na realização dos cursos de “Técnico em Saúde Comunitária”, em parceria com o Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária – Iterra e com a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), e de “Técnicas Alternativas e Tradicionais em Saúde”, em parceria com a Associação Sino Brasileira de Acupuntura, Moxabustão e Terapias Holísticas – Asbamtho/RJ.

Foi construído mediante parceria entre a Escola Nacional Florestan Fernandes, a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, envolvendo instituições, pesquisadores e movimentos sociais (inclusive urbanos). Integrando a estratégia de implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), o curso afirma a decisão política de estender a abrangência da oferta de formação acadêmica para movimentos sociais, legitimando o compromisso social e ético que toda gestão pública deve trazer para o âmbito de sua responsabilidade (MIRANDA et al., 2014).

O programa propõe o retorno do conhecimento à sociedade, promovendo uma relação circular entre aprender e ensinar, bem como entre a experiência dos trabalhadores rurais e a reflexão dela decorrente.

O objetivo geral deste mestrado profissionalizante é formar e qualificar profissionais graduados atuantes nos campos da saúde, da educação do campo, das ciências agrárias, em áreas voltadas para a reforma agrária e comunidades camponesas, com vistas à consolidação de conhecimentos acerca da teoria crítica e do desenvolvimento de investigações sobre os temas do trabalho, saúde, ambiente e movimentos sociais.

O curso segue os pressupostos da educação do campo – entendida como processo e resultado das contradições e conflitos em que camponeses e trabalhadores rurais estão envolvidos – e da pedagogia da alternância, que respeita a dinâmica de trabalho dos educandos em seus territórios (MIRANDA et al., 2014).

9.5 PROJETO MAPA DE CONFLITOS ENVOLVENDO INJUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE NO BRASIL

O objetivo deste projeto⁶, de natureza conceitual e política, é tornar públicas vozes que lutam por justiça ambiental, além de listar territórios onde riscos e impactos ambientais afetam as diferentes populações, como frisado no capítulo sobre o marco conceitual deste documento. Os mapas evidenciam como tais populações são ameaçadas e vítimas de violência quando buscam exercer sua cidadania defendendo seus direitos à terra, à saúde, aos ecossistemas, à cultura e à construção de uma sociedade mais humana, saudável e democrática.

Nesse sentido, os casos identificados no mapa⁷ revelam situações decorrentes de um modelo de desenvolvimento que despreza a vida das populações nos territórios em que implanta seus

6 <http://www.confliotoambiental.icict.fiocruz.br/>

7 As fontes de informação privilegiadas e sistematizadas provêm, em grande parte, do acúmulo da Rede Brasileira de Justiça Ambiental (RBJA), incluindo a experiência de suas entidades, suas discussões e seus grupos de trabalho (GTs). Entre eles, destacamos o GT Químicos e o GT Racismo Ambiental, sendo deste último um levantamento inicial do Mapa do Racismo Ambiental no Brasil.

empreendimentos – sejam eles indústrias petroquímicas, hidrelétricas, agronegócios para exportação, hotéis “ecológicos” de luxo ou aterros sanitários. As políticas intersetoriais que podem reverter tais vulnerabilidades e promover saúde são fundamentais para a construção de uma sociedade socialmente justa e ambientalmente sustentável. Coerente com tais premissas, o mapeamento dos conflitos ambientais realizado tem por foco a visão das populações atingidas, suas demandas, estratégias de resistência e propostas de encaminhamento.

As informações destacadas nos casos revelam posições assumidas por parcela expressiva das populações atingidas, com base seja em suas experiências, seja em relatórios e artigos desenvolvidos por entidades, ONGs e instituições parceiras, inclusive grupos acadêmicos, instituições governamentais, Ministérios Públicos ou órgãos do Judiciário. O fato de tais posições serem muitas vezes contraditórias com as versões apresentadas por outras instituições ou empresas envolvidas expressa, mais que o grau de incertezas e falta de informações existentes, o nível de conflito e de dificuldades no encaminhamento de soluções que atendam aos interesses legítimos das populações atingidas.

O Mapa, em sua disposição final na internet, é uma ferramenta criada por equipe técnica do Icict/Fiocruz.

9.6 PROJETO DE INDICADORES DE VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO À MUDANÇA DO CLIMA

O Projeto Vulnerabilidade à Mudança do Clima é um esforço conjunto do Ministério do Meio Ambiente, por intermédio do Fundo Nacional de Mudanças Climáticas, e da VPAAPS para a elaboração de uma proposta de modelo de análise da vulnerabilidade dos municípios, em relação aos impactos da mudança climática global.

Além do desenvolvimento de um modelo conceitual para essa avaliação de vulnerabilidade, é construída uma ferramenta (Índice Municipal de Vulnerabilidade), que consiste em um *software*, aplicado em caráter piloto aos municípios de seis estados brasileiros: Paraná, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Maranhão e Amazonas.

O índice inclui componentes ambientais, sociais, demográficos, epidemiológicos e climáticos. Da elaboração da ferramenta participam técnicos e pesquisadores de diferentes instituições e áreas do conhecimento, incluindo representantes dos governos dos estados abrangidos pelo projeto.

Espera-se que seus produtos possam subsidiar a implementação do Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima, sob a responsabilidade do governo federal, e orientar as políticas dos governos estaduais, visando à proteção da população em seus territórios.

9.7 PROJETO OBSERVATORIUM

A avaliação dos efeitos sobre a saúde relacionados aos impactos das mudanças climáticas é extremamente complexa e requer análise integrada e abordagem interdisciplinar dos profissionais de saúde, climatologistas, cientistas sociais, biólogos, físicos, químicos, epidemiologistas, entre outros, para avaliar as relações entre os sistemas sociais, econômicos, biológicos, ecológicos e físicos, e deles com as alterações climáticas (McMICHAEL, 2003).

A Fiocruz atua no tema das mudanças climáticas e seus efeitos na saúde humana, considerando a promoção da saúde no âmbito da PNSIPCFA, por meio do Observatório Nacional de Clima e Saúde (Projeto Observatorium), em parceria com o Inpe e com o apoio da Opas

A Fiocruz atua no tema das mudanças climáticas e seus efeitos na saúde humana, considerando a promoção da saúde no âmbito da PNSIPCFA, por meio do Observatório Nacional de Clima e Saúde (Projeto Observatorium), em parceria com o Inpe e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

O Projeto Observatorium oferece:

- Análises de situação e identificação de tendências e padrões de clima, e de condições de saúde, ainda que básicas, com apresentação de gráficos de tendência qualitativos;
- Contribuição para os sistemas nacionais de alerta e acompanhamento de situações de emergência associadas a eventos climáticos relativos às emergências de saúde pública;
- Suporte para ampliar pesquisa, desenvolvimento e inovação, envolvendo as relações entre mudanças ambientais e climáticas, e seus efeitos sobre a saúde da população, ainda incipiente no Brasil; e
- Possibilidade de acompanhamento, por parte do cidadão e da sociedade civil, das condições climáticas, ambientais e de saúde, bem como de participação ativa nesse acompanhamento por meio de inserção de informações sobre ocorrências de saúde e sobre eventos climáticos ou tendências (BARCELLOS et al., 2009).

9.8 OBSERVATÓRIO DA PNSIPCFA

O monitoramento é o eixo quarto do plano operativo da PNSIPCFA. O Observatório da PNSIPCFA (Obteia⁸) foi criado para avaliar e contribuir para a implantação desta política por meio de uma teia de saberes e práticas que envolve movimentos sociais do campo, das florestas e das águas, gestoras/es e trabalhadoras/es do SUS e a academia. Tem como principais atribuições: avaliar a implementação da PNSIPCFA; apresentar indicadores e novos métodos de análise; realizar pesquisas quantitativas e qualitativas e pesquisa-ação; produzir artigos, livros, vídeos e material educativo; e promover cooperação técnica.

O Obteia tem três instâncias principais: um comitê gestor⁹, uma equipe executiva e a teia de saberes e práticas. Como forma de chamar a atenção para a situação de saúde das populações-alvo e destacar sua invisibilidade em dados institucionais, o observatório priorizou as seguintes estratégias: a criação de um portal na internet (www.saudecampofloresta.unb.br); o desenvolvimento de pesquisas documentais (com enfoque quantitativo e qualitativo) e pesquisas empíricas (participativas e baseadas na ação); a produção de notícias semanais e de um informe web periódico; a organização de uma revista científica, de um livro, de um caderno popular e de vídeos.

O Obteia tem três grandes desafios:

- Dar visibilidade a essas populações, ainda pouco visíveis em suas necessidades de saúde e condições de vida nas estatísticas oficiais e como sujeitos de direitos nas políticas públicas;
- Colocar em prática uma nova forma de se estruturar um observatório, em que o “observado” também “observa” e vice-versa. Aqui, sujeito e objeto se alternam numa perspectiva dialética de construção de análises que induzem à ação do Estado e dos próprios movimentos sociais. E, para que isso se efetive plenamente:
- O desenvolvimento e a articulação de métodos de produção do conhecimento coerentes com essa proposta.

Atualmente, o Obteia está sediado no Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp)/UnB e na Fiocruz Ceará, onde estabeleceu seu grupo de pesquisa principal. O observatório está envolvido na organização da Rede Saúde, Água, Saneamento e Direitos Humanos para o Semiárido (Ressadh), apresentada a seguir.

8 <http://www.saudecampofloresta.unb.br/>

9 O comitê gestor, coordenado pela Universidade de Brasília (UnB), é composto por membros do MS, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), e de outras secretarias com interesse na temática; três representantes dos movimentos sociais, membros do Grupo da Terra e da Fiocruz. Tem como funções coordenar, articular, executar, acompanhar e mobilizar movimentos sociais na implantação do Obteia.

9.9 REDE SAÚDE, SANEAMENTO, ÁGUA E DIREITOS HUMANOS NO SEMIÁRIDO

O modelo de desenvolvimento e os processos de produção demandam elevado consumo de água, um agravante no contexto do Semiárido (TEIXEIRA, 2008; PESSOA, 2010; PESSOA; RIGOTTO, 2012; ROSA; RIGOTTO, 2013; TEIXEIRA; RIGOTTO, 2013; BEZERRA et al., 2014).

Além desse aspecto, destaca-se o saneamento como uma dimensão relevante na prevenção da tríplice epidemia – de dengue, zika e chikungunya – e de outras doenças relacionadas às condições ambientais, sociais e econômicas (AUGUSTO et al., 2000, 2016; CARNEIRO et al., 2016; BRASIL, 2016; REIS, 2016).

É importante a concepção de pesquisas com base em metodologias participativas, as quais pressupõem a construção dialógica com os diversos agentes sociais relacionados ao tema ou problema a ser investigado, com vistas à produção compartilhada de conhecimento

Salienta-se a importância da concepção de pesquisas com base em metodologias participativas, as quais pressupõem a construção dialógica com os diversos agentes sociais relacionados ao tema ou problema a ser investigado, com vistas à produção compartilhada de conhecimento (TEIXEIRA et al., 2011; THIOLENT, 2008; PORTO, FINAMORE, 2012).

Com base na ecologia de saberes (SANTOS, 2007), as pesquisas têm o propósito de contribuir para dar visibilidade aos modos de vida e de trabalho, bem como de valorizar a leitura das comunidades afetadas sobre os impactos socioambientais e os riscos e danos à saúde humana advindos dos processos de desenvolvimento em curso e dos problemas da seca e da escassez hídrica.

A criação da Rede Saúde, Saneamento, Água e Direitos Humanos no Semiárido (Ressadh), iniciada em 2016, tem como marco oficial a oficina¹⁰ realizada em março de 2017, a partir de uma parceria da Fiocruz Ceará com a Secretaria de Saúde do Estado (Sesa-CE), o Instituto Federal do Ceará (IFCE), a Caritas Brasileira Regional Ceará, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e o Centro de Estudos do Trabalho e de Assessoria ao Trabalhador (Cetra), com apoio da VPAAPS e da Fiocruz Brasília. A Ressadh se propõe a atuar de modo articulado em formação, pesquisa e cooperação.

10 <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/rede-sobre-saude-agua-e-direitos-humanos-e-criada-no-ceara>

Com foco no desenvolvimento de processos educativos – por meio de atividades pedagógicas que estimulem nos educandos a reflexão numa perspectiva crítica e problematizadora da realidade onde atuam, com vistas a transformá-la (THOMAS; WANG; FAN, 2000; FREIRE, 2005) –, a Ressadh pretende estruturar um mestrado em saúde, saneamento, água e direitos humanos.

O conhecimento, a tecnologia e a inovação a serem produzidos no âmbito da Ressadh visam subsidiar a formulação de políticas públicas setoriais e intersetoriais promotoras de saúde e de qualidade de vida. Nesse sentido, as estratégias teórico-metodológicas participativas e os novos conhecimentos gerados poderão ser úteis no desenvolvimento de tecnologias sociais e estratégias de convivência com o Semiárido, na elaboração de planos diretores de unidades de conservação, de terras indígenas, de áreas onde vivem ribeirinhos, quilombolas e camponeses, de municípios, bacias hidrográficas e outras categorias de análise e gestão territorial.

Em relação à cooperação técnica e social, a Ressadh visa apoiar a organização do SUS nas ações de prevenção de doenças, atenção, promoção e vigilância da saúde, e contribuir com entidades e movimentos sociais no desenvolvimento e fortalecimento de estratégias de convivência com o Semiárido.

9.10 GRUPO DE TRABALHO SOBRE AGROTÓXICOS DA FIOCRUZ

Desde 2008, o Brasil ocupa o lugar de maior consumidor de agrotóxicos do mundo. Os impactos dos agrotóxicos na saúde pública são amplos, atingem vastos territórios e envolvem diferentes grupos populacionais, como trabalhadores em diversos ramos de atividades, moradores do entorno de fábricas e fazendas, além de todos os brasileiros que consomem alimentos contaminados. Tais impactos estão associados ao modelo de desenvolvimento, voltado prioritariamente para a produção de bens primários para exportação.

A decisão de usar agrotóxicos deveria ser tomada levando-se em consideração circunstâncias extremas, de crise, e não como ato corriqueiro e extensivo. E mesmo assim, quando tomada tal decisão, fatores como a alta toxicidade dos produtos, a necessidade de uso adequado de equipamentos de proteção e o princípio da precaução e de redução dos riscos devem orientar sua aplicação, sempre acompanhada de perto por mecanismos de vigilância em saúde.

A exposição ocupacional e/ou ambiental a agrotóxicos está relacionada com diversos efeitos sobre a saúde humana, incluindo alterações subclínicas (alterações de biomarcadores de exposição, efeito e suscetibilidade), intoxicação aguda e/ou crônica, podendo ser fatais. A depender do agrotóxico e da exposição, as manifestações ocorrem nos diversos aparelhos e sistemas, e evoluem de forma específica.

A Fiocruz reúne vários grupos que se relacionam de alguma forma com o tema dos agrotóxicos, seus impactos e sua relação com o modelo de desenvolvimento. Como forma de melhorar a integração entre o conhecimento gerado e a capacidade de intervenção da instituição, a VPAAPS criou um grupo de trabalho sobre o tema. A experiência deste GT será melhor apresentada em documento específico do grupo executivo de Agrotóxicos.

9.11 PESQUISAS RELEVANTES DA ÁREA, ENVOLVENDO SAÚDE E AGENDAS TEMÁTICAS

A saúde é definida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença. O que se almeja é que as pessoas possam viver com qualidade. Nessa perspectiva, o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, bem como a formação de profissionais e de trabalhadores para este setor permitem identificar outra dimensão da saúde, a área do saber. Ao lado do saber popular sobre a saúde, universidades, escolas e institutos de pesquisas produzem conhecimento, tecnologias e inovações, garantindo sua transmissão e difusão mediante atividades de ensino e de extensão ou cooperação técnica (PAIM, 2015).

9.12 IMPACTOS SOBRE O MEIO AMBIENTE RELACIONADOS À PNSIPCFE

Os problemas causados pelas atividades humanas no meio ambiente afetam de forma desproporcional os grupos mais vulneráveis, como os povos e populações do campo, das florestas e das águas.

A vulnerabilidade populacional é característica dos grupos expostos a situações de risco, cujas condições gerais de vida e de trabalho são precárias. Isso ocorre, por exemplo, em função da inexistência de serviços básicos de saneamento, de saúde e de educação, dos baixos e instáveis rendimentos familiares, da inexistência de canais abertos de comunicação com as instituições públicas, da falta de acesso à informação e aos processos decisórios e da existência de problemas sociais que prejudicam a capacidade de organização da população (FERNANDES; NUNES; PORTO, 2016), ao que se deve acrescentar as dificuldades de acesso à água em quantidade e qualidade suficientes e a insegurança quanto à posse da terra ou território.

Eventos extremos – secas e cheias mais frequentes e intensas – relacionados à mudança climática, consequência do aquecimento global, afetam a qualidade de vida, de trabalho e de uso dos conhecimentos tradicionais como referência para o manejo dos sistemas de produção dos povos e populações do campo, das florestas e das águas, com efeitos diretos e indiretos sobre sua saúde, seu acesso a recursos hídricos e a disponibilidade de alimentos.

As perturbações causadas ao ambiente que têm consequências na saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas passam também pelos efeitos da poluição em níveis local, regional e global

As perturbações causadas ao ambiente que têm consequências na saúde dos povos e populações do campo, das florestas e das águas passam também pelos efeitos da poluição em níveis local, regional e global (BRILHANTE; CALDAS, 1999). Esses diferentes níveis interagem e se potencializam mutuamente. A congruência, a intensidade e os efeitos cumulativos de tais perturbações podem levar a efeitos em cascata ou sinérgicos. Além disso, deve-se lembrar que há limiares que, uma vez atingidos, se configuram como pontos de não retorno.

Uma rápida análise da situação dos impactos das atividades humanas sobre o meio ambiente permite constatar os seguintes problemas diretamente relacionados aos povos e populações do campo, das floresta e das águas: chuvas ácidas em áreas de florestas e no campo; aumento do teor de amoníaco proveniente principalmente da agropecuária; aumento da taxa de ozônio na troposfera; diminuição da camada de ozônio na estratosfera, provocando acumulação em alta altitude de clorofluorcarbonos (CFC); aumento dos teores de amônia (NH₃) e metano provenientes principalmente da agropecuária; acumulação do dióxido de carbono proveniente, entre outros, da utilização de combustíveis fósseis, contribuindo com o aquecimento global; aumento de 10 a 15 vezes da concentração de nitrato e fosfatos em águas interiores, que provocam a proliferação incomum de algas e, assim, afetam o equilíbrio natural dessas águas; presença de nitratos e agrotóxicos no lençol freático, contaminando recursos hídricos; acumulação de metais pesados e pesticidas, principalmente nos sedimentos dos corpos hídricos, afetando zoo e fitoplânctons, macrófitas aquáticas, peixes, mamíferos, enfim, toda a base da cadeia alimentar aquática e, por consequência, ecossistemas inteiros; contaminação por nitrogênio, fosfato e potássio – provenientes, em grande parte, da agricultura – das águas subterrâneas, do solo e de grande parte das águas superficiais; acúmulo de substâncias não biodegradáveis, como os metais pesados, agrotóxicos, fertilizantes e outros compostos orgânicos, afetando a qualidade do solo e dos lençóis freáticos; e poluição sonora proveniente das circulações rodoviária, ferroviária e aérea.

A essa já longa lista de temas, que merecem ser pesquisados a fundo, devem ser acrescentados o desmatamento, a erosão dos solos e consequente eutrofização de cursos de água, a violência gerada pelos conflitos pela terra e a perda dos territórios tradicionais dos povos da floresta, além da insegurança alimentar causada por secas e enchentes e pela expansão do atual modelo de desenvolvimento agrícola no país.

9.13 INDICADORES DE SAÚDE AMBIENTAL

A existência de indicadores ambientais e de saúde desagregados que permitam identificar povos e populações do campo, das florestas e das águas em toda a riqueza sociocultural que estes representam é fundamental para a efetiva implantação da PNSIPCFA. No entanto, estas informações não apresentam o detalhamento necessário e podem em muito ser melhoradas.

No Quadro 1 estão reunidos indicadores que poderiam ser aprimorados e alguns estudos que podem subsidiar esse aprimoramento.

Quadro 1

Exemplos de indicadores relacionados à PNSIPCFA

INDICADORES	PUBLICAÇÃO IDENTIFICADA
Bioindicadores de avaliação de impacto e no monitoramento da contaminação de rios por agrotóxicos	ARIAS et al., 2007.
Cobertura domiciliar de acesso à rede geral de água	IBGE, 2006.
Cobertura domiciliar de acesso à rede geral de coleta de lixo	IBGE, 2006.
Cobertura domiciliar de acesso à rede geral de esgoto	IBGE, 2006.
Consumo e utilização de agrotóxicos e afins (Kg/ha)	IBGE, 2006.
Focos de calor e queimadas	IBGE, 2006.
Indicadores de contaminação antrópica	FERREIRA, 2012.
Indicadores de desenvolvimento sustentável	IBGE, 2004, 2008, 2010, 2012, 2015.
Indicadores de exposição de agrotóxicos	BARCELLOS; RIBEIRO, 2002.
Indicadores de morbimortalidade	DIAS; GUERRERO; MEDEIROS, 2009.
Indicadores de qualidade de água de rios e de abastecimento	BARCELLOS et al., 1998.
Indicadores de risco para vigilância de agrotóxicos	CUNHA et al., 1995.
Indicadores de riscos químicos ambientais	AUGUSTO; FREITAS, 1998.
Indicadores de saneamento ambiental	FRANCO NETTO et al., 2009.
Indicadores de saúde ambiental	BARCELLOS et al., 2011.

INDICADORES	PUBLICAÇÃO IDENTIFICADA
Indicadores de saúde e ambiente para nível local	OLIVEIRA, 1997.
Indicadores epidemiológicos	BARCELLOS; MACHADO, 1991. ANDREAZZI; BARCELLOS; HACON, 2007.
Indicadores para o desenvolvimento sustentável (ODSs)	FREITAS et al., 2011.
Indicadores para saúde do trabalhador	AUGUSTO; FREITAS, 1998.
Indicadores para vigilância em saúde ambiental	PEDROSO; RIPSA, 2007. BRASIL, 2011c.
Indicadores socioambientais	BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006.
Indicadores territorializados	PEDROSO, 2006.
Indicadores de Vulnerabilidade da População à Mudança Climática	PROJETO, 2016
Índice de desenvolvimento humano (IDH)	UNDP, 1999.
Índice de Gini	THOMAS, 2000. CARNEIRO et al., 2012.
Macroinvertebrados como indicadores de ecossistemas aquáticos contaminados por agrotóxicos	BAPTISTA; BUSS; EGLER, 2003.
Migração de resíduos tóxicos como indicador de injustiça ambiental	VEIGA; VEIGA, 2004.
Participação das terras em uso agropastoril na superfície territorial	IBGE, 2006.
Taxa de desflorestamento acumulado da superfície territorial 1991 a 2010	IBGE, 2006.

A importância do uso de indicadores para orientar as políticas de saúde pública pode ser constatada em estudo realizado por Fernando Ferreira Carneiro et al. (2012). Foram selecionados os municípios que apresentavam os mais baixos índices de desenvolvimento humano (IDHs) no ano de 2000 e comparada sua evolução temporal entre 2000 e 2010 relacionada aos pilares econômico, ambiental e social do desenvolvimento sustentável, utilizando-se, além do IDH, indicadores sociais, econômicos, ambientais e de saúde. Esses municípios de baixo IDH – ou seja, com classificação <0,500 – correspondem a países como Laos, Lêmen, Haiti e Madagascar.

Para alcançar o desenvolvimento sustentável e com qualidade de vida, o Brasil deve ter como prioridade melhorar os indicadores de saneamento e de educação

No âmbito nacional, verificou-se, entre o início dos anos 2000 e o fim dessa década, uma importante melhora do indicador do pilar econômico (diminuição de 23,9% para 8,9% de pessoas vivendo com menos de 1/4 de salário mínimo), sendo que os indicadores referentes aos pilares social (aumento de 86,5% para 90,2% de mulheres alfabetizadas) e, de alguma forma, o ambiental (aumento de 81% para 85% no acesso à rede geral de água), também evoluíram, embora em menor grau. Para alcançar o desenvolvimento sustentável e com qualidade de vida, o Brasil deve ter como prioridade melhorar os indicadores de saneamento e de educação.

Chama a atenção o fato de não existirem indicadores de implementação da PNSIPCF. Sugere-se que sejam pactuados no âmbito dos trabalhos do Grupo da Terra indicadores de implementação por eixo, conforme o previsto no próprio eixo 4 do plano operativo: “o monitoramento e a avaliação devem ocorrer com base nas ações propostas por este plano”, considerando suas prioridades e metas.

Os indicadores devem ter como referência a morbimortalidade e o acesso dessas populações à atenção integral à saúde, incluindo: a Estratégia Saúde da Família; as ações de atenção voltadas à criança, ao/a adolescente e ao/a jovem, à mulher, ao homem, ao/a idoso/a, ao/a trabalhador/a e à saúde bucal; ao controle de doenças; e à promoção da saúde (alimentação saudável, redução do uso abusivo de álcool, tabagismo, outras drogas e violências) (BRASIL, 2013a: 39).

Para exemplificar a real possibilidade de construção de indicadores apropriados para este acompanhamento, propomos aqui dois indicadores de universalização e cobertura da política: proporção do território com presença de povos e populações do campo, das florestas e das águas equipados com unidades de saúde de atenção básica que desenvolvam ações e programas voltados para este segmento; proporção de municípios com menos de 50 mil habitantes com planos de saneamento rural pactuados.

9.14 EDUCAÇÃO POPULAR NO CAMPO COMO PROMOÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

O campo da saúde coletiva e o referencial da educação popular convergem para a construção histórica do objeto saúde-doença numa relação dialética e processual com a totalidade social. Por isso, é necessário que a saúde seja entendida dentro da estrutura social em que se encontra inserida e dialogue com o projeto de sociedade que se procura efetivar. A relação entre a educação popular e a saúde coletiva tem sido estudada por pesquisadores da Fiocruz que buscam aprimorar os mecanismos de aproximação e sinergia entre elas.

O movimento da saúde coletiva amplia e renova suas bases conceituais e se nutre de perspectivas que valorizam a integralidade, a complexidade, a dialogicidade e vislumbram uma prática que fortaleça as lutas contra as iniquidades sociais (CAMPOS, 2000). É nesse contexto, e em consonância com a contra-hegemonia dessa perspectiva, que se sistematiza o referencial teórico e prático da educação popular na área da saúde (VASCONCELOS, 2010).

O reconhecimento da necessidade de superar o modelo de desenvolvimento agrícola hegemônico, na busca de relações sociedade-natureza responsáveis e promotoras da saúde e da extensão de ações e serviços de saúde que atendam aos povos e populações do campo, das florestas e das águas respeitando suas especificidades, subsidia o fortalecimento da educação do campo. A PNSIPCF (BRASIL, 2011a) se alimenta desse referencial e nele se apoia para concretizar suas ações. Para isso, a atuação de técnicos em meio ambiente, com ênfase em saúde ambiental para áreas de reforma agrária ou comunidades agrícolas direcionadas à juventude rural, é uma alternativa que não apenas caminha para a promoção de ambientes saudáveis com destaque para a produção agroecológica, saneamento ambiental e saúde, mas especialmente incentiva e contribui para a permanência dos jovens em seus territórios. Tal solução confere visibilidade a esse segmento social, reduzindo sua participação nas taxas migratórias e trazendo novas perspectivas de trabalho no contexto das realidades locais (BRAGA et al., 2014).

Políticas permanentes de educação do campo que considerem o conhecimento e a experiência dos trabalhadores rurais, agricultores familiares e dos povos e comunidades tradicionais precisam ser efetivadas

Políticas permanentes de educação do campo que considerem o conhecimento e a experiência dos trabalhadores rurais, agricultores familiares e dos povos e comunidades tradicionais precisam ser efetivadas. Neste aspecto, o desenvolvimento de atividades específicas e periódicas, principalmente com as crianças, a serem realizadas nas escolas locais, certamente se constituirá num excelente modo para combater, a médio prazo, a situação desfavorável encontrada (JACOB et al., 2002).

A educação em saúde tem a finalidade de promover patamares mais elevados de autonomia e corresponsabilização por meio da reflexão crítica, contribuindo para os sujeitos identificarem e intervirem sobre as questões de saúde e meio ambiente, o que lhes outorga complexidade (ALVES, 2005).

A educação do campo e a educação politécnica em saúde, informadas por processos históricos diferentes e com nuances teóricas e pedagógicas diversas, fundamentam o Projeto Estação de Territorialização, apresentado no início deste capítulo. As afinidades políticas e teóricas entre essas duas experiências pedagógicas são muitas e formam um legado a ser observado na educação profissional em saúde no âmbito da PNSIPCFA (MST, 2000).

9.15 INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS PARA PROMOVER A REDUÇÃO DO USO DE AGROTÓXICOS

O processo educativo é fundamental para a autogestão dos riscos inerentes à manipulação de agrotóxicos. Uma intervenção educacional deve alcançar objetivos maiores que unicamente a garantia de produtividade, sendo capaz de observar, incentivar e avaliar a combinação dos saberes e racionalidades dos diferentes atores sociais, na condição de usuários diretos, com os conceitos e conhecimentos técnico-científicos.

A participação ativa da comunidade no desenvolvimento de estratégias de intervenção é um importante caminho para uma revisão crítica em relação à necessidade do uso intensivo de agrotóxicos, o que poderia levar a mudanças de comportamento e a benefícios para a saúde humana e ambiental.

Muitos trabalhos têm sido desenvolvidos em comunidades rurais do Brasil e do mundo para melhor compreender os determinantes nas práticas relacionadas ao uso de agrotóxicos (KARLSSON, 2004; PASIANI et al., 2012). Um dos principais objetivos é avaliar o nível de conhecimento, as crenças, práticas e percepções dos trabalhadores rurais sobre os riscos da exposição a esses agentes químicos (RECENA et al., 2006).

Souza, Lopes e Sarcinelli (2015) buscaram identificar a eficácia de intervenções educacionais na redução da exposição aos agrotóxicos. Por meio de uma revisão integrativa, identificaram dois

grandes grupos temáticos: conhecimentos, atitudes e práticas¹¹ e participação ativa da comunidade. Concluíram que existem fortes evidências da eficácia dessas intervenções em diferentes populações.

No entanto, é necessária uma análise de intervenções a longo prazo, bem como o levantamento de trabalhos realizados em uma mesma localidade, de modo a identificar fatores culturais e socioeconômicos que possam interferir de maneira significativa na eficácia dos programas de educação.

Para Brani Rozemberg e Frederico Peres (2003), um dos maiores desafios de estudos de exposição aos agrotóxicos está em conseguir unir dados qualitativos e quantitativos de forma a inter-relacionar percepção e concretude. Para tal, deve-se trabalhar com as narrativas e os relatos dos indivíduos sujeitos da pesquisa como ponto central. Avaliações da percepção dos riscos para a saúde, conhecimentos, atitudes, práticas vigentes e o desejo de conhecer práticas alternativas ao uso de agrotóxicos permitem um diagnóstico inicial e futuras análises.

Frederico Peres et al. (2001) analisaram os aspectos de comunicação relacionados aos procedimentos no uso de agrotóxicos em uma região agrícola da microbacia do Córrego de São Lourenço - RJ¹², que levantam as seguintes questões: o histórico de desinformação na região; a linguagem técnica empregada em ações educativas e de treinamento, que impossibilita a apropriação do conhecimento por parte do trabalhador rural; e a pressão da indústria/comércio, que cria “necessidades” para legitimar a venda desses produtos. Tudo isso resulta num processo de comunicação que realimenta a inserção desfavorável do homem do campo em uma economia de mercado mais ampla.

9.16 EXPLORAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL E ADOLESCENTE E ASPECTOS DE SAÚDE PÚBLICA

A exploração de trabalho infantil é frequentemente identificada em áreas rurais onde existe um contingente populacional marginalizado, dependente e economicamente refém de atividades exploratórias de mão de obra barata, como as da produção de cana-de-açúcar, das carvoarias e de várias atividades agropecuárias.

Em que pesem as restrições referentes ao trabalho da criança e do adolescente – como a proibição de trabalho de qualquer natureza a menores de 14 anos (salvo na condição de aprendiz) e a vedação ao adolescente empregado e ao aprendiz de trabalho noturno, perigoso, insalubre ou penoso, realizado em locais prejudiciais a sua formação e seu desenvolvimento físico, psíquico,

11 Knowledge, attitude and practice – KAP.

12 Pesquisa baseada em triangulação metodológica, utilizando: entrevistas semiestruturadas e observações de uma amostra da população residente na área de estudo, com questionário elaborado para a caracterização do perfil da comunidade, e registro de palestras proferidas por agrônomos e outros profissionais do comércio e do poder público para a comunidade.

moral e social, e realizado em horários e locais que não permitam a frequência na escola –, ainda é necessário garantir a saúde dessa classe trabalhadora, inclusive com a prevenção de acidentes (BRASIL, 1990).

Para povos e populações do campo, das florestas e das águas, coloca-se a delicada questão de onde termina a transmissão identitária e cultural e onde começa a exploração do trabalho infantil e adolescente pelo próprio grupo ao qual pertencem

Para povos e populações do campo, das florestas e das águas, coloca-se a delicada questão de onde termina a transmissão identitária e cultural e onde começa a exploração do trabalho infantil e adolescente pelo próprio grupo ao qual pertencem.

De modo geral, sugerimos a realização de pesquisas e coleta de informações para melhorar as intervenções nesta temática, em articulação com instituições e entidades das áreas de saúde, trabalho, meio ambiente, tais como:

- Identificação, em parceria com essas populações, dos limites a serem aplicados em cada contexto cultural/identitário;
- Identificação e análise das atividades laborais que apresentem risco de acidentes de trabalho grave, incluindo fatais, e a menores de 18 anos; e
- Realização e análise de inspeções de vigilância nos ambientes de trabalho, com objetivo de buscar a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores em atividades com riscos associados, de forma participativa e territorializada.

Interessante mencionar aqui a parceria do Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB) com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), para estabelecer os limites entre trabalho infantil e convivência e repasse dos conhecimentos e técnicas tradicionais de uso do coco babaçu entre as mulheres quebradeiras de coco e suas filhas e filhos. O projeto foi realizado com o apoio de pesquisadores e com metodologia clara. Essa experiência poderia ser modelo para outros trabalhos com povos e populações do campo, das florestas e das águas.

9.17 QUILOMBOLAS

As consequências históricas do processo de escravidão e a forma como esta foi extinta têm influenciado o acesso diferenciado a bens e serviços, constituindo fatores condicionantes da situação de insegurança alimentar dos quilombolas

Os quilombos são núcleos populacionais que, diante da condição de escravidão, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil (PARODI, 2001). Segundo a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial (Seppir),

Comunidades quilombolas são grupos com trajetória histórica própria, cuja origem se refere a diferentes situações, a exemplo de doações de terras realizadas a partir da desagregação de monoculturas; compra de terras pelos próprios sujeitos, com o fim do sistema escravista; terras obtidas em troca da prestação de serviços; ou áreas ocupadas no processo de resistência ao sistema escravista.

Estas comunidades são encontradas em várias regiões do país, notadamente nas áreas rurais; apresentam um relativo grau de isolamento geográfico e vivem desigualdades sociais e de saúde quando comparadas ao conjunto da população brasileira. As consequências históricas do processo de escravidão e da forma como esta foi extinta têm influenciado o acesso diferenciado a bens e serviços, constituindo fatores condicionantes da situação de insegurança alimentar¹³ dos quilombolas.

O reconhecimento legal dessas comunidades foi estabelecido a partir da Constituição de 1998 e a gestão de todas as questões referentes a quilombos foi delegada à Fundação Cultural Palmares. Uma comunidade é definida como quilombo com base na autoatribuição, levando-se em conta trajetória histórica própria, relações territoriais específicas e a presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão historicamente sofrida (BRASIL, 2007; SILVA et al., 2008).

Denise Oliveira e Silva et al. (2008) elaboraram um modelo de determinação causal de forma participativa e abrangente sobre a rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional resultante da abertura da Rodovia BR-163¹⁴.

13 A insegurança alimentar se refere à dificuldade de acesso à alimentação adequada e à incapacidade destas comunidades de se autossustentarem no que se refere à produção, à comercialização e ao consumo de alimentos.

14 Pesquisa realizada em seis comunidades quilombolas no município de Santarém – PA.

Os resultados do estudo demonstraram que a utilização de abordagens participativas estimula a autoestima da comunidade e o empoderamento sobre os fatores que geram seus problemas. O modelo construído revela aspectos fundamentais na compreensão da rede de determinação causal da insegurança alimentar e nutricional para as comunidades, que se estabelece a partir de fatores históricos relacionados à posse da terra e a seu uso atual, baseado em práticas predatórias. Conclui também que o racismo e suas nuances sociais têm contribuído para a invisibilidade social dessas comunidades nas políticas públicas brasileiras. Por fim, as comunidades quilombolas consideram que a BR-163 pode ser uma ameaça ao etnodesenvolvimento sustentável na região e que o desenvolvimento econômico esperado com a abertura dessa rodovia, se não for fomentado com base na participação da comunidade, pode aumentar a fome, a miséria e o racismo locais.

9.18 POPULAÇÃO POMERANA

As comunidades pomeranas estão presentes em vários estados brasileiros: Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rondônia e Espírito Santo, concentrando apenas neste último 140 mil habitantes. Bastante isolados, os pomeranos – descendentes de população alemã advinda na Pomerânia, na área do Mar Báltico, entre as atuais Alemanha e Polônia – mantiveram sua cultura e idioma preservados. Ainda hoje, seus descendentes mantêm um estilo de vida muito semelhante ao dos imigrantes do fim do século XIX, dedicando-se basicamente à agricultura de subsistência e frequentando cultos religiosos tradicionais. A participação das crianças nas atividades agrícolas é uma tradição da cultura pomerana, outro exemplo da questão tratada no item referente ao trabalho infantil.

Pesquisa realizada por Ludmila S. V. Jacobson et al. (2009) caracteriza socioeconomicamente a comunidade pomerana do Alto Santa Maria, localizada no município de Santa Maria de Jetibá – ES, e investiga aspectos relacionados aos processos de produção de alimentos dessa comunidade, seus conhecimentos e os principais fatores de sua exposição aos agrotóxicos¹⁵. O uso dessas substâncias nas lavouras começou na década de 1980.

Os resultados associam a presença de problemas de saúde com o tipo de limpeza da terra, o emprego de agrotóxicos, a frequência com que são aplicados e o uso de equipamento de proteção, que varia conforme o grau de escolaridade. Os pesquisadores concluíram que os hábitos culturais dos pomeranos não incluem elementos de prevenção da contaminação por agrotóxicos.

¹⁵ Estudo transversal realizado a partir de um questionário semiestruturado, reunindo informações de 151 famílias. A análise foi baseada em estatísticas descritivas e modelos de regressão logística.

9.19 PESCA ARTESANAL

No Brasil, a categoria de pescadores artesanais foi reorganizada nos termos da Lei nº 11.699/2008, que dispõe sobre as colônias, federações e a Confederação Nacional dos Pescadores¹⁶.

A atividade se caracteriza como economia fundamental na manutenção dos arranjos produtivos locais de modo extrativo, tanto nos ecossistemas litorâneos como nos fluviais, do território brasileiro. Por definição, pesca artesanal é aquela em que, na captura e no desembarque de toda classe de espécies aquáticas, os trabalhadores atuam sozinhos e/ou utilizam mão de obra familiar ou não assalariada, explorando ambientes naturais localizados próximos à região costeira, com embarcações de baixa autonomia. A captura é feita com técnicas de reduzido rendimento relativo e sua produção é total ou parcialmente destinada ao mercado (FREITAS; RODRIGUES, 2014).

Na Amazônia, região onde o consumo de peixe por pessoa é o maior do Brasil, os pescadores artesanais se encontram ao longo de rios, igarapés, lagos e paranãs, além da região costeira, e seus produtos se destinam à alimentação de suas famílias e comunidades, além da venda. A pesca faz parte de um complexo conjunto de atividades de uso do território e, muitas vezes, o pescador artesanal faz parte de comunidade tradicional chamada “ribeirinha”.

Em uma atividade em que os riscos à saúde são inerentes a um processo de trabalho extenuante e extremamente informal, sem proteção e garantias trabalhistas, a exposição dos pescadores artesanais a ocorrências de danos ocupacionais se potencializa

Em se tratando de atividade em que os riscos à saúde são inerentes a um processo de trabalho extenuante e extremamente informal, sem proteção e garantias trabalhistas, a exposição dos pescadores artesanais a ocorrências de danos ocupacionais se agrava. Com base na observação dos processos de trabalho de pescadores artesanais, estudos afirmam que eles estão expostos a riscos tais como: intensa radiação solar, intempéries, trabalho noturno, acidentes com apetrechos da pesca e animais com potencial de ocasionar cortes e perfurações, ruídos contínuos de motorização,

16 Lei nº 11.699, de 13 de junho de 2008 – que dispõe sobre as colônias, Federações Estaduais e a Confederação Nacional dos Pescadores, regulamentando o parágrafo único do art. 8o da Constituição Federal e revogando dispositivo do decreto-lei nº 221, de 28 de fevereiro de 1967.

afofamentos e sobrecarga de peso (GARRONE-NETO; CORDEIRO; HADDAD, 2005; GONÇALVES et al., 2008; ROSA; MATOS, 2010). Além disso, a inexistência de instalações sanitárias nas embarcações de médio porte, como as traineiras, contribui para o aumento do desconforto e para a insalubridade a bordo. Ademais, a situação muitas vezes informal da atividade gera riscos sociais nas ocorrências de afastamento por doenças e acidentes de trabalho. Os problemas identificados indicam a necessidade de pesquisas voltadas para essas populações.

O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh/Fiocruz), a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e as mulheres marisqueiras cooperam para a realização de pesquisas que já foram objeto de publicações e vídeo temático¹⁷ sobre sua situação de vida e trabalho (MARTINS; PENA, 2014).

9.20. FITOTERAPIA

A implantação de políticas de saúde depende de um conjunto de informações essenciais, que subsidiam a construção da situação da saúde local e a orientação do modelo de atenção para povos e populações do campo, das florestas e das águas, constituindo uma estratégia importante para a melhoria da qualidade de vida da população.

A fitoterapia, prática de saúde tradicional e de eficácia terapêutica comprovada, é parte de um saber utilizado e difundido pelas populações ao longo de várias gerações

As plantas medicinais são de grande importância para a manutenção das condições de saúde das pessoas. A fitoterapia, prática de saúde tradicional e de eficácia terapêutica comprovada, é parte de um saber utilizado e difundido pelas populações ao longo de várias gerações. Poderia assim atender, adequadamente, a demandas de saúde da população.

Cabe às pesquisas identificar os casos em que a prática da medicina tradicional pode ser prejudicial, dando visibilidade aos seus aspectos positivos e verificando eventuais limitações e problemas.

¹⁷ "Mulheres das águas" – www.youtube.com/watch?v=P62sFlw7K8

Um programa adequado de fitoterapia deve incorporar um conjunto de atitudes, valores e crenças que constituem uma filosofia de vida, e não meramente uma porção de remédios (HUFFORD, 1997). No entanto, esses fatores geralmente não têm sido considerados pelos gestores locais de saúde na implantação do uso de fitoterápicos nos programas de Atenção Primária à Saúde (LEITE, 2000).

Seria importante haver pesquisas complementares e ações de vigilância sanitária sobre a qualidade dos produtos fitoterápicos ofertados ao mercado (qualidade, dosagens recomendadas, partes da planta com maior efeito terapêutico), além de cursos sobre a preparação de xaropes, pomadas, bálsamos. Como exemplo, vale citar pesquisa sobre o entendimento da relação com o uso de plantas medicinais de comunidade da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, no município de Cascavel – PR, visando subsidiar a implantação do uso de fitoterápicos na rede pública de saúde (SANTOS et al., 2013).

As dificuldades criadas pela Anvisa e a oposição da indústria farmacêutica reduzem o acesso e a disponibilidade de fitoterápicos acompanhados de correta orientação à população.

9.21 SANEAMENTO RURAL

Dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que apenas 15,6% da população do país é rural. Em 2013, o IBGE identificou mais de 1.600 municípios brasileiros com maior população rural do que urbana, ou seja, por volta de 28%. Repensar esses espaços em diferentes dimensões é traçar estratégias para a qualidade de vida e de saúde dessas populações (CARNEIRO et al., 2014).

O acompanhamento da implementação do programa de saneamento rural, já citado, deveria ser objeto de estudos específicos. Além disso, métodos adequados aos diversos territórios e tecnologias apropriáveis pelos povos e populações em pauta deveriam ser identificados, desenvolvidos e divulgados amplamente para uso nos planos de saneamento rural nos municípios.

9.22 MORADIA EM ÁREA DE RISCO: O CASO DOS MANGUEZAIS

Segundo Vera Lúcia de Azevedo Dantas et al. (2012), a temática da moradia em área de risco problematiza, por meio da experiência com as Cirandas da Vida¹⁸, os determinantes da ocupação do mangue e seus impactos sobre a vida das pessoas que lá residem ou trabalham. Ficou clara

¹⁸ As Cirandas da Vida são uma atividade de educação popular na qual os participantes são orientados a fazer uma suspensão crítica sobre a realidade social vivenciada, como forma de gerar conexões entre os microuniversos das comunidades e atores envolvidos com a complexidade do tecido social.

a ausência de políticas de geração de emprego e renda. O confronto entre as leis de proteção ambiental e a realidade concreta dos que vivem em meios hostis parece ser gerado pela falta de oportunidades, causando agressões ao ambiente e impactos sobre a saúde das pessoas. Por outro lado, a participação de atores institucionais de vários setores da gestão municipal no processo trouxe, para os que residem nesses territórios, a possibilidade de escutas referentes às suas necessidades e algumas conquistas práticas, tais como a coleta de lixo, a liberação de casas para os que viviam na área de maior vulnerabilidade e a atuação da equipe de saúde da família no território.

9.23 LICENCIAMENTO AMBIENTAL, IMPACTOS DE EMPREENDIMENTOS HIDRELÉTRICOS E DE TRANSPOSIÇÃO DE RIOS

O licenciamento ambiental tem acolhido em seus relatórios aspectos que vão muito além das questões puramente ambientais. Assim, questões sociais, de saúde e de infraestrutura frequentemente vêm à tona no processo de análise “ambiental” de grandes obras e empreendimentos. O tema é objeto de um documento específico que apresenta essas questões em detalhe.

Citamos aqui algumas pesquisas mais diretamente ligadas aos povos e populações do campo, das florestas e das águas.

Adriana Queiroz e Marcelo Motta-Veiga (2012) analisaram os impactos sociais e sobre a saúde resultantes da construção dos complexos de usinas hidrelétricas de Tucuruí, no Pará, e de James Bay, no Quebec, Canadá. Foi aplicado o método comparativo empregado na análise da revisão bibliográfica, visando extrair lições das experiências nacional e internacional, para uma gestão sustentável de futuros grandes empreendimentos energéticos no Brasil. Estes afetam diretamente populações das águas e das florestas, por sua influência na organização local e social, demandando muitas vezes descolamento habitacional das populações mais vulneráveis. No estudo, foi observado um desencadeamento sucessivo de impactos sociais nas categorias trabalho e renda, educação, saneamento, ambiente físico e cultura, associados aos agravos à saúde como estresse, distúrbios nutricionais, distúrbios psicossociais, cardiopatias, doenças respiratórias e digestivas. As ações mitigadoras e compensatórias nesses dois locais foram tardiamente implementadas. Contudo, decorridas três décadas, essas iniciativas se mostraram ineficientes para a resolução de todos os problemas socioambientais e, em particular, dos impactos sobre a saúde.

O licenciamento de atividade de grande porte em regiões costeiras, como a construção de estaleiros e de portos e atividade petrolífera em plataformas marítimas, corresponde a um instrumento de participação de povos e populações “das águas”, especialmente comunidades de pescadores, diretamente impactadas por empreendimentos desse tipo, alcançando também aspectos de saúde pública (MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

Um dos problemas atuais que envolvem populações das águas são as transposições de rios, em especial a do Rio São Francisco. José Marcos da Silva et al. (2015) realizaram um estudo¹⁹ sobre conflitos ambientais por água nos estados diretamente envolvidos no Projeto de Integração do Rio São Francisco, adotando uma abordagem orientada pela determinação social da saúde, na qual se analisam as relações entre o uso de recursos naturais, dominação política e apropriação econômica. Verificaram a existência de conflitos em todos os estados investigados, principalmente no Ceará e em Pernambuco, concluindo que o projeto de transposição das águas do São Francisco agudiza conflitos ambientais que envolvem populações indígenas e outros grupos radicados nos territórios e que reivindicam o acesso e o uso da água.

No São Francisco, a qualidade das águas está comprometida devido a complexos problemas de contaminação hídrica oriundos de múltiplas fontes de poluição, relacionadas a descargas de efluentes orgânicos provenientes de parques de indústrias e de fontes pontuais, como os serviços urbanos de destinação de resíduos sólidos e esgotamento municipal

No São Francisco, a qualidade das águas está comprometida devido a complexos problemas de contaminação hídrica oriundos de múltiplas fontes de poluição, relacionadas a descargas de efluentes orgânicos provenientes de parques de indústrias, e de fontes pontuais, como os serviços urbanos de destinação de resíduos sólidos e esgotamento municipal de carga moderada de concentração em áreas de elevado potencial de degradação da qualidade das águas (RODRIGUES et al., 2004).

Esses são apenas alguns exemplos. Recomenda-se a leitura completa volume 5 desta coleção, *Grandes Empreendimentos e Impactos sobre a Saúde*.

19 Procedeu-se a um estudo exploratório de caráter descritivo, observacional, transversal. A base de dados para a produção de informações foi a da Comissão Pastoral da Terra que monitora os conflitos por água. Tomou-se como a área de estudo os estados do Ceará, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte. Caracterizaram-se os conflitos segundo estados, situação do conflito e números de famílias afetadas.

10 DESAFIOS: ENSINO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO, COOPERAÇÃO, SERVIÇOS

Encontramo-nos em um cenário de retrocessos e de crise multifacetada – política, econômica e ambiental –, no qual se insere a luta pelo direito à saúde pública de qualidade. No âmbito do Ministério da Saúde (MS), processos participativos continuam dando suporte para que o Sistema Único de Saúde (SUS) avance, reafirme seus propósitos e contribua para diminuir as desigualdades socioambientais. Esses processos são reforçados em outras instâncias de governo e da sociedade.

Resgatar o sentido amplo de saúde, recuperar a compreensão e identificar as alianças são ações necessárias para reconfigurar o cenário político em torno do direito universal à saúde, do acesso às ações e serviços com qualidade e, no caso dos povos e populações do campo, das florestas e das águas, com capacidade de abarcar as necessidades vinculadas à sua diversidade cultural, territorial e social. Essa é uma responsabilidade do poder público, uma vez que o SUS, como sistema de atenção e cuidado, é extremamente necessário, mas não o suficiente para garantir saúde com equidade. Tal conquista não se resume à consolidação do SUS. Assim, combater as desigualdades e as iniquidades é fundamental na ação política por saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; LOBATO, 2012; SILVA, 2016).

O SUS não consegue alcançar satisfatoriamente o ambiente rural (campo, florestas e águas) em suas complexidade e amplitude geográfica. A ausência de muitos serviços e de infraestrutura é considerável e prejudicial tanto para essas populações quanto para a economia do país

A qualificação do SUS e seu controle social são necessidades permanentes, o que demanda processos formativos para contribuir com o pleno atendimento do direito à saúde, ou seja, o avanço na materialização do princípio da equidade e da democratização da saúde. O SUS não consegue alcançar satisfatoriamente o ambiente rural (campo, florestas e águas) em sua complexidade e amplitude geográfica. A inexistência de muitos serviços e de infraestrutura é considerável e prejudicial tanto para essas populações quanto para a economia do país, conforme aponta a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (SILVA, 2016).

A garantia do acesso universal ao SUS deve ser associada a estratégias específicas para o atendimento à diversidade sociocultural, territorial e de situações de vulnerabilidade socioambiental, aprofundando e disseminando ações e reflexões que qualificam a luta da população do campo, das florestas e das águas por reconhecimento de seus direitos, inclusive à saúde.

Nesse sentido, devem ser consideradas tanto as demandas institucionais, das instâncias de governos, ministérios e secretarias de estado como as demandas que vêm diretamente dos territórios, dos atingidos e das populações com vulnerabilidades socioambientais, nas áreas de ensino, pesquisa, cooperação e serviços.

Tanto as demandas vindas “de cima para baixo” quanto aquelas vindas de “baixo para cima” precisam ser analisadas de forma crítica pelas unidades técnico-científicas da Fiocruz e de suas redes de cooperação. As demandas vindas dos povos e populações do campo, das florestas e das águas precisam ser consideradas, internamente e externamente, como pedidos estratégicos, potencialmente geradores de políticas públicas ou atualização, efetivação e ressignificação daquelas já existentes. Por fim, coloca-se o desafio de maior aproximação das instituições acadêmicas e de pesquisa com os territórios vivos.

A análise da perspectiva da saúde coletiva requer também a inclusão da identificação de conflitos socioambientais envolvendo grupos humanos, de modo a propiciar o debate sobre o modelo de desenvolvimento adotado pelo governo brasileiro e a produção de injustiça ambiental. Diante da flexibilização das legislações trabalhista e ambiental e da ampliação da violência no campo (CPT, 2015), amplia-se também a necessidade de aprofundar estudos para melhor identificar, caracterizar e interpretar os sentidos, as motivações, as implicações, os afetos e as representações que envolvem os atores dos conflitos, com a finalidade de mediá-los e estabelecer medidas de proteção dos grupos vulneráveis a partir da proposição de políticas de proteção social (SILVA et al., 2015).

Em muitos casos, associada à vulnerabilidade socioambiental nos territórios verifica-se uma vulnerabilidade institucional e dos poderes públicos em razão das ações insuficientes para interromper as poluições hídrica, edáfica e atmosférica de empreendimentos na área rural, bem como nas medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A ênfase na participação e na saúde preventiva da PNSIPCFA cria oportunidades para a Fiocruz contribuir com a execução de pesquisa-ação, projetos de intervenção e oficinas para fortalecer

essas abordagens. Além disso, permite a qualificação e o fortalecimento dos sistemas de saúde tradicional e de suas relações com o SUS, o que coloca mais um desafio: a mediação entre a gestão do SUS e a sociedade civil para o diálogo entre os dois sistemas.

Com relação à divulgação dos resultados de pesquisas, percebe-se, pelo perfil das publicações, a fragmentação e a dispersão da produção científica da área, com as conseqüentes dificuldades e barreiras que geram à implementação das políticas públicas em saúde coletiva e, especificamente, do trabalhador e da trabalhadora no SUS.

Nota-se a participação da Fiocruz em pesquisas que envolvem a temática de povos e populações do campo, das florestas e das águas, com a colaboração de pesquisadores de universidades em estreita cooperação com os movimentos e organizações representativos dessas populações, e a aplicação de métodos envolvendo comunidades e profissionais de saúde nos territórios de observação-ação.

Na vertente do ensino, a PNSIPCFA tem se consolidado por meio da adoção de cursos de formação que aprimoram as lideranças locais e regionais na construção participativa no âmbito dos Conselhos de Saúde do SUS, como já discutido neste documento. Entretanto, ainda é pequena a presença da Fiocruz na execução das capacitações do PNSIPCFA, identificando-se potencial área de atuação da instituição na promoção de um plano estratégico para o SUS no país.

Em relação à alimentação saudável como parte da promoção da saúde, devemos reforçar propostas de mudança do modelo de produção e consumo de alimentos, em particular contra o uso indiscriminado de agrotóxicos e pela agroecologia e produção orgânica, associados a uma mudança do modelo de desenvolvimento do país.

Diversos desafios no âmbito de ações específicas que envolvem a PNSIPCFA foram elencados ao longo deste trabalho. Listamos esses desafios no anexo, como forma de não perder a riqueza das informações levantadas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 38(103): 953-965, 2014.
- ALMEIDA, W. F.; GARCIA, E. G. Exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 72: 7-11, 1991.
- ALVES, D. J. *O Teste Sociométrico: sociogramas*. Porto Alegre: Globo, 1974.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16): 39-52, 2005.
- ANDRADE, P. A.; NAGY, M. R. *Saúde e Qualidade de Vida no Campo: a luta dos (as) trabalhadores (as) da Contag e dos (as) participantes do MST*. Monografia de Especialização em Saúde Coletiva - Educação em Saúde, 2004. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.
- ANDREAZZI, M. A. R.; BARCELLOS, C; HACON, S. Velhos indicadores para novos problemas: a relação entre saneamento e saúde. *Pan American Journal of Public Health*, 22: 211-217, 2007.
- ARENDDT, H. *O que é Política?* 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.
- ARIAS, A. R. L, et al. Utilização de bioindicadores na avaliação de impacto e no monitoramento da contaminação de rios e córregos por agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12: 61-72, 2007.
- AROUCA, S. Radis entrevista: Sergio Arouca. *Radis Comunicação e Saúde*, (3): 18-21, out. 2002.
- ARTICULAÇÃO SEMIÁRIDO BRASILEIRO (ASA). Disponível em: <<http://www.asabrasil.org.br/sobre-nos/historia>>.
- AUGUSTO, L. G. S.; FREITAS, C. M. O princípio da precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2): 85-95, 1998.

- AUGUSTO, L. G. S. et al. Avaliação crítica do programa de erradicação do *Aedes aegypti*: contribuições técnicas para medidas de controle. *Revista IMIP*, 14(1): 90-97, 2000.
- AUGUSTO, L. G. S. et al. *Aedes aegypti* control in Brazil. *Lancet*, 387(10.023): 1.052-1.053, 2016.
- BAPTISTA, D. F.; BUSS, D. F.; EGLER, M. *Macroinvertebrados como Bioindicadores de Ecossistemas Aquáticos Contaminados por Agrotóxicos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, 51: 138-145, 2001.
- BARCELLOS, C. et al. Inter-relacionamento de dados ambientais e de saúde: análise de risco à saúde aplicada ao abastecimento de água no Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(3): 597-605, 1998.
- BARCELLOS, C. et al. A saúde frente às mudanças ambientais e climáticas. *Democracia Viva*, 43: 64-69, 2009.
- BARCELLOS, C. et al. Aplicabilidade dos indicadores em saúde ambiental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Saúde Ambiental: guia básico para construção de indicadores*. Brasília: MS, 2011.
- BARCELLOS, C.; MACHADO, J. H. M. Seleção de indicadores epidemiológicos para o saneamento. *Bio, revista da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária*, 37(3): 37-41, 1991.
- BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(1): 170-177, 2006.
- BARCELLOS, C.; RIBEIRO, A. A. Seleção de indicadores de risco para a vigilância dos agrotóxicos no estado do Rio de Janeiro. SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE, II, Rio de Janeiro, 2002. *Anais...*
- BASTOS, E. R. *As Ligas Camponesas*. Petrópolis: Vozes, 1984.
- BEZERRA, M. G. V. et al. Implicações do desenvolvimento econômico no trabalho, ambiente e saúde em comunidades portuárias no Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10): 4.023-4.030, 2014.
- BRAGA, L. Q. V. et al. Educação do campo & juventude rural no contexto dos conflitos socioambientais: reflexões sobre a questão ambiental a partir da experiência do Curso Técnico em Meio Ambiente/ EPSJV/Fiocruz. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE SAÚDE E AMBIENTE, 2, Belo Horizonte, 2014. *Direitos, Justiça Ambiental e Políticas Públicas*, 1(1): 1-9, 2014.
- BRASIL. Lei n. 8069, de 13 jul. 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jul. 1990 e retificado em 27 set. 1990.
- BRASIL. Portaria n. 719, de 16 abr. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pm_719_2004.pdf>.

BRASIL. Portaria n. 2.460, de 12 dez. 2005. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 dez. 2005.

BRASIL. Decreto n. 6.040, de 7 fev. 2007, pelo qual é instituída a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais – PNPC. *Diário Oficial da União*, Brasília, 08 fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 90, de 17 fev. 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://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria90_17_01_08.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.191, 3 ago. 2010. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 ago. 2010.

BRASIL. Portaria n. 2.866, de 2 dez. 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral dos Povos e Populações do Campo e da Floresta, bem como seu respectivo Plano Operativo para 2012-2015. Brasília: MS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 3, de 6 dez. 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). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0003_06_12_2011.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Saúde Ambiental: guia básico para construção de indicadores*. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Portaria n. 1.823, de 23 ago. 2012a. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, Brasília, 24 ago. 2012.

BRASIL. Portaria n. 3.071, de 27 dez. 2012b. Redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3071_27_12_2012.html>.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Documento orientador para a implementação da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral dos Povos e Populações do Campo e da Floresta. Brasília: MS, 2013a.

BRASIL. Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab). Brasília: Ministério das Cidades, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.311, de 24 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento orientador do Seminário Nacional Saúde, Ambiente e Comunidades Tradicionais: Acesso às Redes de Atenção à Saúde e ao Saneamento. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Decreto n. 8.750, de 9 maio 2016. Institui o Conselho Nacional dos Povos e Comunidades Tradicionais. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus da zika. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Agrotóxicos na Ótica do SUS*. Brasília: MS, 2016.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, supl. 1: S13-S27, 2013.

BRILHANTE, O. M.; CALDAS, L. Q. A. *Gestão e Avaliação em Saúde Ambiental*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

BUSS, P. M. et al. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17: 1.479-1.491, 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1): 77-93, 2007.

CALDART, R. S. Educação do campo. In: CALDART, R. S. et al. (Orgs.). *Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro, São Paulo: EPSJV, Expressão Popular, 2012.

CALDART, R. S. et al. (Orgs.). *Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro, São Paulo: EPSJV, Expressão Popular, 2012.

CALEGARE, M. G. A. et al. Acesso a bens e serviços sociais como inclusão/exclusão social em UC no Amazonas. *Novos Cadernos NAEA*, 16(1), 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/899/1774>>.

CÂMARA, V.; HACON, S.; PIVETTA, F. Avaliação preliminar da exposição de trabalhadores que queimam amálgama de mercúrio e ouro: um estudo de caso em alta floresta - MT. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TOXICOLOGIA, VIII. *Revista Brasileira de Toxicologia*, 6: 152, 1993.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE AGROECOLOGIA E PRODUÇÃO ORGÂNICA (CIAPO). Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo). Brasília: MDS, 2013.

CÂMARA INTERMINISTERIAL DE AGROECOLOGIA E PRODUÇÃO ORGÂNICA (CIAPO). Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica – Planapo: relatório de balanço 2013-2015. Brasília: Ciapo, 2016.

CAMPANHA PERMANENTE CONTRA OS AGROTÓXICOS E PELA VIDA. Disponível em: <<http://contraosagrototoxicos.org/>>.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2): 219-230, 2000.

CARNEIRO, F. F. *A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias-frias” em Unaí, Minas Gerais*, 2005. Tese de Doutorado, 2007. Belo Horizonte: Escola Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais.

CARNEIRO, F. F.; BÚRIGO, A. C.; DIAS, A. P. A saúde no campo. In: CALDART, R. S. et al. (Orgs.). *Dicionário da Educação do Campo*. Rio de Janeiro, São Paulo: EPSJV, Expressão Popular, 2012.

CARNEIRO, F. F. et al. Saúde ambiental e desigualdades: construindo indicadores para o desenvolvimento sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6): 1419-1425, 2012.

CARNEIRO, F. F. et al. Teias de um observatório para a saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 8: 275-293, 2014.

CARNEIRO, F. F. et al. Experiência bem-sucedida no controle do *Aedes aegypti* sem uso de venenos no sertão cearense. *Vigilância Sanitária em Debate*, 4(2): 126-131, 2014.

CARNEIRO, F. F. et al. (Orgs.). *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Rio de Janeiro, São Paulo: EPSJV, Expressão Popular, 2015.

CARNEIRO, F. F. et al. Experiência bem-sucedida no controle do *Aedes aegypti* sem uso de venenos no sertão cearense. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 4(2): 126-131, 2016.

CARTA POLÍTICA do 2º Simpósio Brasileiro de Saúde e Ambiente. Abrasco, Belo Horizonte, 22 out. 2014. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/condarta-politica-do-2-simposio-brasileiro-de-saude-e-ambiente-da-abrasco/7432/>>. Acesso em: jan. 2017.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fase, Ibam, 1995.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

COHN, A.; ELIAS, P. E. M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COMISSÃO DA PASTORAL DA TERRA (CPT). *Conflitos no Campo Brasil 2016*. Goiânia: CPT Nacional, 2016.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). Documento I. Rio de Janeiro: CNRS, 1986.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA (CNRS). Documento I. Relatório Final. Brasília: Imprensa Oficial, 1986.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA (CONTAG). Pauta do Grito da Terra Brasil. Contag, 2003. Disponível em: <<http://www.contag.org.br/index.php?modulo=portal&acao=interina&codpag=281&dc=1&ap=1&nw=1>>. Acesso em: set. 2016.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA – (CONTAG), 2016. Disponível em: <<http://www.contag.org.br/index.php?modulo=portal&acao=interna&codpag=227&nw=1>>. Acesso em: set. 2016.

CONFERÊNCIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE O MEIO AMBIENTE E O DESENVOLVIMENTO - RIO-92, Rio de Janeiro, Brasil, 1992.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 8, Brasília, 1986. Brasília: MS, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 12, Brasília, 2003. Conferência Sergio Arouca. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL (CNSA), 1, Brasília, 2010. Relatório Final. Brasília: MS, 2010.

COSTA, M. F. et al. Mercury in tropical and subtropical coastal environments. *Environmental Research*, 119: 88-100, 2012.

COSTA, N. R. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. *Dados*, 39(3): 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300007>.

CREADO, E. S. J. et al. Entre “tradicionais” e “modernos”: negociações de direitos em duas unidades de conservação da Amazônia brasileira. *Ambiente & Sociedade*, 11(2): 255-271, 2008.

CUNHA, J. C. et al. Avaliação de indicadores de exposição a agrotóxicos em uma população indígena do estado do Pará. CONGRESSO BRASILEIRO DE TOXICOLOGIA, IX, Ribeirão Preto, 1995. *Anais...*

DANTAS, V. L. A. et al. Cirandas da vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. *Saúde e Sociedade*, 21, supl. 1: 46-58, 2012.

DIAS, K. P. B.; GUERRERO, C. H.; MEDEIROS, M. S. Carga de doença ambiental: nova perspectiva para análise da situação de saúde das populações. In: REUNIÃO ANUAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17, Rio de Janeiro, 2009.

DIEGUES, A. C. *O Mito Moderno da Natureza Intocada*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIA, N. M. X. et al. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1): 115-128, 2000.

FERNANDES, L. O.; NUNES, J. A.; PORTO, M. F. S. Contaminação química: respostas das instituições responsáveis e ações das populações atingidas no Brasil e em Portugal. *Saúde e Sociedade*, 25(1): 218-232, 2016.

FERREIRA, A. P. Qualidade higiênico-sanitária das águas de irrigação de estabelecimentos produtores de hortaliças no município de Teresópolis, RJ. *Revista Uniandrade*, 13: 15-29, 2012.

FRANCO NETTO, G. et al. Impactos socioambientais na situação de saúde da população brasileira: estudo de indicadores relacionados ao saneamento ambiental inadequado. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 4(4): 53-71, 2009.

FREITAS, C. M. et al. Indicadores de saúde ambiental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Saúde Ambiental: guia básico para construção de indicadores*. Brasília: MS, 2011.

FREITAS, M. B.; RODRIGUES, S. C. A. As consequências do processo de desterritorialização da pesca artesanal na Baía de Sepetiba (RJ, Brasil): um olhar sobre as questões de saúde do trabalhador e o ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19: 4.001-4.009, 2014.

FURTADO, C. *Análise do Modelo Brasileiro*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1972.

GARRONE-NETO, D.; CORDEIRO, R. C.; HADDAD, J. R. V. Acidentes do trabalho em pescadores artesanais da região do Médio Araguaia, Tocantins, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 795-803, 2005.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FREIRE, P. A. A concepção “bancária” da educação como instrumento da opressão, seus pressupostos, sua crítica. In: FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 40. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GONÇALVES, E. G.; NOGUEIRA, L. S. M.; BRASIL, S. S. Segurança e saúde dos pescadores artesanais no estado do Pará. SEMANA DE PESQUISA DA FUNDACENTRO, VIII, São Paulo, 2008. *Anais...*

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, G. M. M. et al. (Orgs.). *Técnico em Vigilância em Saúde: contexto e identidade*. Programa de Formação Técnica de Nível Médio em Saúde - Profaps/MS. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2017.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. et al. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GONZAGA, M. C.; SANTOS, S. O. Avaliação das condições de trabalho inerentes ao uso de agrotóxicos nos municípios de Fátima do Sul, Glória de Dourados e Vicentina - Mato Grosso do Sul. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 20: 42-46, 1992.

HACON, S. S. Avaliação do risco potencial para a saúde humana da exposição Hg na área urbana de Alta Floresta, MT. In: CONGRESSO INTERNACIONAL: MERCURY AS A GLOBAL POLLUTANT, 1999, Rio de Janeiro, Brasil.

HAESBAERT, R.; PORTO-GONÇALVES, C. W. *A Nova Des-ordem Mundial*. São Paulo: Editora Unesp, 2006.

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1998.

HUFFORD, D. J. Folk medicine and health culture in con-temporary society. *Primary Care*, 24(4): 723-741, 1997.

IANNI, O. A questão social. *São Paulo em Perspectiva*, 5(1): 2-10, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Agropecuário 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável 2004. IBGE. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/ids_2004.shtm>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável 2008. IBGE. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/default_2008.shtm>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável 2010. IBGE. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/default_2010.shtm>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável 2012. IBGE. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/default_2012.shtm>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores de Desenvolvimento Sustentável 2015. IBGE. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/default_2015.shtm>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: V Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília: Ipea, 2014.

JACOBSON, L. S. V. et al. Comunidade pomerana e uso de agrotóxicos: uma realidade pouco conhecida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6): 2.239-2.249, 2009.

KARLSSON, S. I. Agricultural pesticides in developing countries: a multilevel governance challenge. *Environment*, 46: 22-41, 2004.

KICKBUSCH, I.; BUSS, P. M. Saúde na agenda pós-2015: perspectivas a meio do caminho. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(10): 1-3, 2014.

LEITE, S. N. *Além da Medicação: a contribuição da fitoterapia para a saúde pública*, 2000. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

LEROY, J. P.; PACHECO, T.; PORTO, M. F. S. *Injustiça Ambiental e Saúde no Brasil: o mapa dos conflitos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p. 306.

LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MAGALHÃES, N.; MACHADO, C. J. S. Educação ambiental: uma proposta para o fortalecimento da participação popular no licenciamento de atividades petrolíferas no Brasil. *Revista de Políticas Públicas*, 19: 117-131, 2015.

MARTINS, J. S. *Os Camponeses e a Política no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1981.

MARTINS, V.; PENA, P. *Sofrimento Negligenciado*. Edufba, 2014.

MCMICHAEL, A. J. Global climate change and health: an old story writ large. In: MCMICHAEL, A. J. et al. (Eds.). *Climate Change and Human Health: risks and responses*. Geneva: WHO, 2003.

MIRANDA, A. C. et al. Curso de mestrado profissional em Trabalho, Saúde, Ambiente e Movimentos Sociais: um desafio na educação transformadora. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 8(2): 317-329, 2014

MIRANDA, C.; SILVA, H. *Concepções da Ruralidade Contemporânea: as singularidades brasileiras*. Brasília: IICA, 2013. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável, 21).

MOISÉS, M. et al. Reflexões e contribuições para o Plano Integrado de Ações de Vigilância em Saúde do MS de Populações Expostas a Agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16: 3453-3460, 2011.

MOVIMENTO DOS PEQUENOS AGRICULTORES (MPA). O Plano Camponês. Blog no Wordpress. Disponível em: <<https://mpabrasiles.wordpress.com/plano-campones/>>.

MOVIMENTO DOS PEQUENOS AGRICULTORES, ASSOCIAÇÃO NACIONAL DA AGRICULTURA CAMPONESA. *Campesinato e a Agricultura Camponesa no Brasil: plano camponês por soberania alimentar e poder popular*. Brasília: Caderno de Estudo, II, 2013.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA (MST). Construindo o conceito de saúde do MST. *Cartilha da Saúde*, (5), 2000.

MOYSES, N. M. N. Conselhos Municipais de Saúde: o direito de participação da sociedade civil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3: 10-20, 1998.

MUÑOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 319-324, 2007.

NIEMEYER, C. B. *Movimentos Sociais como Produtores de Conhecimento: a soberania alimentar no Movimento de Pequenos Agricultores (MPA)*, 2014. Tese de Doutorado em Sociologia, Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NOGUEIRA, R. P. *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DOS POVOS E POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (OBTEIA). Primeiro relatório da Política Nacional de Saúde Integral dos Povos e Populações do Campo, da Floresta, da Água. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

OLIVEIRA, R. M. Construindo indicadores sobre saúde e ambiente no nível local: uma proposta de incorporação do conhecimento/práticas populares na análise do processo saúde-doença. In: CONGRESSO DA ASSOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL, VII, Buenos Aires, 1997. *Anais...*

OREIRO, J. L.; FEIJÓ, C. A. Desindustrialização: conceituação, causas, efeitos e o caso brasileiro. *Revista de Economia Política*, 30(2): 219-232, 2010.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Temas em Saúde).

PARODI, T. C. *Equidad en Salud: una mirada desde la perspectiva de la etnicidad*. Washington DC: OPS/OMS; 2001.

PASIANI, J. O. et al. Knowledge, attitudes, practices and biomonitoring of farmers and residents exposed to pesticides in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(9): 3.051-3.068, 2012.

PEDROSO, M. M. Construção de indicadores territorializados: desafios para a Vigilância em Saúde Ambiental. MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS (EXPOEPI), 6, Brasília, 2005. *Anais...* Brasília: MS, 2006.

PEDROSO, M. M.; RISPA, C. S. E. A. *Vigilância em Saúde Ambiental: dados e indicadores selecionados*. Brasília: MS, 2007.

PEREIRA, E. D. S. *Participação Social e a Construção da Equidade em Saúde: o Conselho Nacional de Saúde e Direitos da População LGBT*, 2011. Dissertação de Mestrado, Brasília: Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

PERES, F. et al. O processo de comunicação sobre agrotóxicos em área rural do estado do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 35(6): 21-37, 2001.

PESSOA, V. M. *Tecendo Atenção Integral em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde em Quixeré, Ceará*, 2010. Dissertação de Mestrado, Fortaleza. Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 125(37): 65-77, 2012.

PONTE, C. F. *Médicos, Psicanalistas e Loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil*, 1999. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Orgs.). *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, EPSJV, 2010.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 829-839, 2005.

PORTO, M. F.; FINAMORE, R. Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6): 1.493-1.501, 2012.

PRADO JR., C. A. *A Questão Agrária no Brasil*. São Paulo: Brasiliense; 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Brasil. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/>>.

PROGRAMA NACIONAL DE SANEAMENTO RURAL (PNSR). Disponível em: <<http://pnsr.desa.ufmg.br/>>.

PROJETO Vulnerabilidade à Mudança do Clima. Fiocruz, 24 ago. 2016. Disponível em: <<https://projetovulnerabilidade.fiocruz.br/o-projeto>>.

QUEIROZ, A. R. S.; MOTTA-VEIGA, M. Análise dos impactos sociais e à saúde de grandes empreendimentos hidrelétricos: lições para uma gestão energética sustentável. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6): 1.387-1.397, 2012.

RANGEL, V. et al. Considerações para uma agenda estratégica de Saúde e Ambiente e Sustentabilidade: horizontes da Fiocruz para 2022. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Saúde e Ambiente para os Povos e Populações do Campo, da Floresta e das Águas*. Brasília: MS, 2015.

RECENA, M. C. P. Pesticides exposure in Culturama/Brazil: knowledge, attitudes and practices. *Environmental Research*, 102(2): 230-236, 2006.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR (RENATS). 6 set. 2016. Disponível em: <<http://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/rede-nacional-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-sa%C3%BAde-trabalhador-renast>>. Acesso em: 5 set. 2016.

REIS, V. Nota técnica sobre microcefalia e doenças vetoriais relacionadas ao *Aedes aegypti*: os perigos das abordagens com larvicidas e nebulizações químicas – fumacê. Abrasco, 02 fev. 2016. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/nota-tecnica-sobre-microcefalia-e-doencas-vetoriais-relacionadas-ao-aedes-aegypti-os-perigos-das-abordagens-com-larvicidas-e-nebulizacoes-quimicas-fumace/15929/>>.

- RIGOTTO, R. M. et al. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6): 1.533-1.542, 2012.
- ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1): 129-135, 2015.
- RODRIGUES, G. S. et al. Diagnóstico ambiental das fontes pontuais de poluição das águas nas bacias hidrográficas do norte de Minas e do submédio São Francisco. Jaguariúna: Embrapa Meio Ambiente, 2004.
- ROSA, I. F.; RIGOTTO, R. M. Conflito socioambiental no entorno de fábrica de agrotóxicos no Ceará, Brasil. *Em Pauta*, 32(11): 197-213, 2013.
- ROSA, M. F. M.; MATTOS, U. A. O. A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1): 1.543-1.552, 2010.
- ROZEMBERG, B.; PERES, F. Reflexões sobre a educação relacionada aos agrotóxicos em comunidades rurais. In: PERES, F.; MOREIRA, J. C. *É Veneno ou é Remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- SANTOS, A. et al. Fitoterapia popular: passado e presente. *Espacios (Caracas)*, 34: 2-7, 2013.
- SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63: 237-280, 2002.
- SANTOS, B. S. The future of the World Social Forum: the work of translation. *Development*, 48(2): 15-22, 2005.
- SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal - das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estudos Cebrap*, 79: 71-94, 2007.
- SANTOS, B. S. A filosofia à venda, a doura ignorância e a aposta de Pascal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80: 11-43, 2008.
- SANTOS, B. S. *Um Discurso sobre as Ciências*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos Ippur/UFRJ*, ano XII(2): 15-25, 1999.
- SCHNEIDER, S. Situando o desenvolvimento rural no Brasil: o contexto e as questões em debate. *Revista de Economia Política*, 30(3): 511-531, 2010.
- SCHUTZ, G.; MIRANDA, A. C.; WAISSMAN, W. (Eds.) *Justiça Ambiental: integrando ciência e movimentos sociais*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19: 3.628-3.628, 2014.

- SILVA, D. O. et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Revista de Nutrição*, 21: 1-184, 2008.
- SILVA, F. C. C. M. *Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: luta, conquista e direito*, 2016. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- SILVA, J. M. et al. Conflitos ambientais e as águas do rio São Francisco. *Saúde e Sociedade*, 24: 1208-1216, 2015.
- SILVA, R. B. O “Jeca Tatu” de Monteiro Lobato: identidade do brasileiro e visão do Brasil. *19&20*, II(2): 1, 2007.
- SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE COMUNIDADES AFRO-BRASILEIRAS (SICAB). Fundação Cultural Palmares, 2007. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br>>. Acesso em: set. 2016.
- SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde e Sociedade*, 22(1): 44-56, 2013.
- SOUZA, D. S.; LOPES, R. M.; SARCINELLI, P. N. Intervenção educacional na exposição a agrotóxicos: uma revisão integrativa. *Trabalho & Educação*, 24(2): 247-265, 2015.
- SOUZA, M. S. *Questão Agrária e Direito à Saúde: o lugar da saúde no projeto político do Movimento Sindical de Trabalhadores(as) Rurais*, 2013. Dissertação de Mestrado, Brasília: Programa de Pós-Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.
- STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, 13(3): 545-566, 2001.
- TEIXEIRA, A. A. T. et al. Conceitos, olhares e primeiras interpretações sobre o problema em estudo. In: RIGOTTO, R. M. (Org.). *Agrotóxicos, Trabalho e Saúde: vulnerabilidade e resistência no contexto da modernização agrícola no Baixo Jaguaribe/CE*. Fortaleza: Expressão Popular, 2011.
- TEIXEIRA, A. C. A.; RIGOTTO, R. M. Territorialização em saúde: estudo das relações produção, ambiente, saúde e cultura na atenção primária à saúde. Relatório Técnico-científico. Prodoc/Capes, 2013.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- THOMAS, V.; WANG, Y.; FAN X. *Measuring Education Inequality: Gini coefficients of education*. Washington, D.C.: World Bank, 2000. (Policy, Research Working Paper, WPS 2525).
- TOMAZ, J. B. O desenho de currículo. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Orgs.). *Aprendizagem Baseada em Problema: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec, 2001.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). *Human Development Report*. New York: Oxford University Press, 1999.

VALVERDE, R.; OLIVEIRA, R. C. Primarização da pauta de exportações, desindustrialização e doença holandesa no Brasil. CIRCUITO DE DEBATES ACADÊMICOS, I, 2011. *Anais...* Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area4/area4-artigo9.pdf>>.

VASCONCELOS, E. M. A riqueza multifacetada da vida dos pobres e a pobreza unidimensional da medicina dos ricos. In: VASCONCELOS, E. M. *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec, 2010.

VAZ, G. J. A construção dos sociogramas e a teoria dos grafos. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 17: 67-78, 2009.

VAZQUEZ, P. S.; SOUZA, M. S. *Controle Social e Mobilização pelo Direito à Saúde das Populações do Campo e Floresta*. Brasília: Contag, 2011.

VEIGA, L. B.; VEIGA, M. M. Migração de resíduos tóxicos como indicador de injustiça ambiental. In: CONGRESSO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM RESÍDUOS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, 2004, Florianópolis. Instituto de Ciência e Tecnologia em Resíduos e Desenvolvimento Sustentável.

VIA CAMPESINA. Disponível em:<<https://viacampesina.org/en/>>.

VIANNA, M. L. T. W. *A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, Luperj/Ucam, 1998.

WELCH, C. A. et al. (Orgs.). *Camponeses Brasileiros*. 1: Leituras e interpretações clássicas. São Paulo, Brasília: Editora Unesp, Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The WHO Recommended Classification of Pesticides by Hazard and Guidelines to Classification*. Geneva: WHO, 2009.

ANEXO I

DESAFIOS

Entre os diversos desafios no âmbito de ações específicas que envolvem a PNSIPCFA, foram elencadas ao longo deste trabalho algumas melhorias, listadas a seguir.

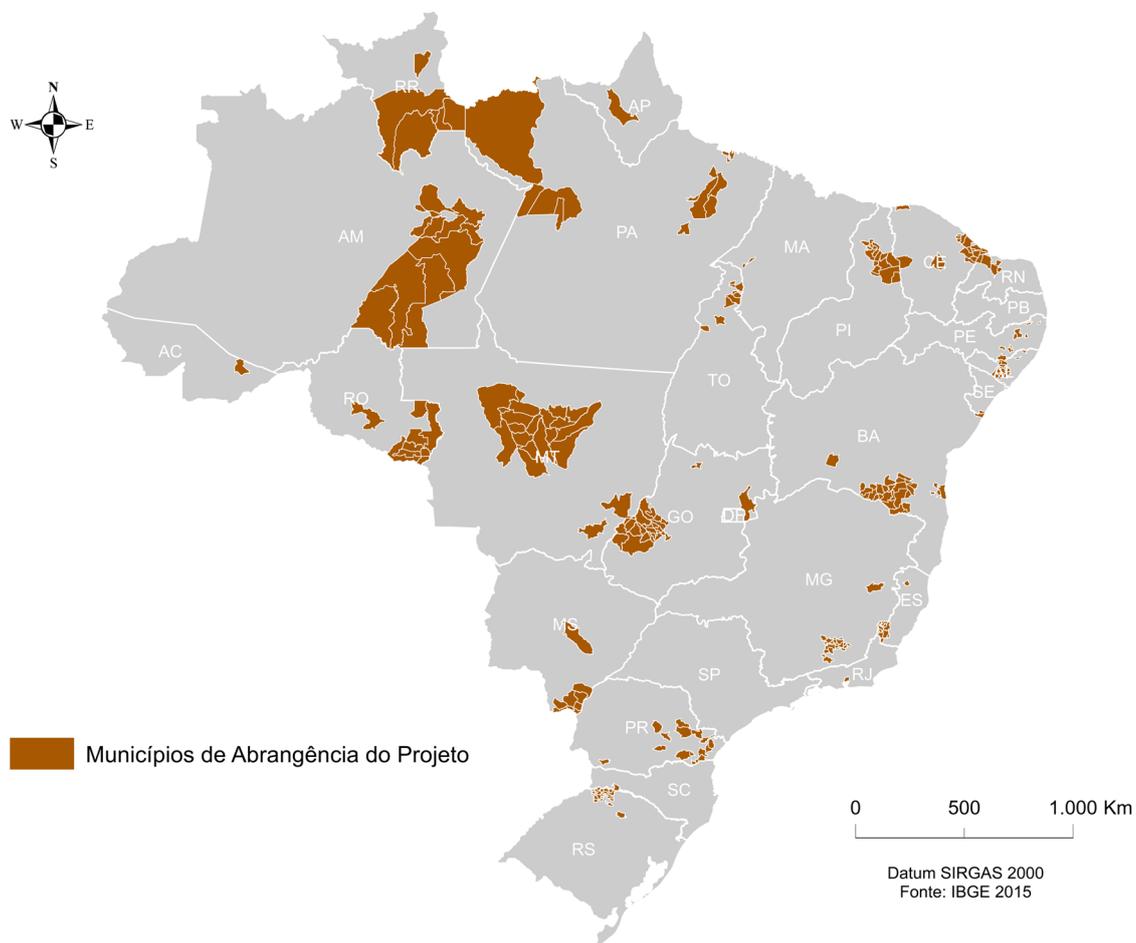
- ▶ Sensibilização de gestores e profissionais de saúde para a organização do sistema de saúde em condições de atender as populações e comunidades tradicionais do campo, da floresta e das águas, observando suas especificidades quanto a cultura, trabalho, modos de perceber e viver a vida, além das dificuldades de deslocamento e os horários de trabalho;
- ▶ Sensibilização e capacitação de profissionais e, em específico, das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESFs) na área rural para compreender as demandas do território, alinhando suas atividades à realidade, na perspectiva de superar os fatores estruturais e as dificuldades relacionadas a questões ligadas ao trabalho dos usuários campestres, bem como as barreiras sociais, geográficas e culturais aos serviços de saúde;
- ▶ Implementar um processo contínuo de formação em educação permanente em saúde para todos os profissionais de saúde, notadamente aqueles vinculados à atenção básica, em especial as ESFs na área rural, com ênfase nas especificidades da população do campo;
- ▶ Instituir um processo de acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas na rede de saúde, visando à readequação do processo de trabalho;
- ▶ Ampliação do debate acerca do agente público que possa promover as ações de saneamento e de saúde ambiental, a exemplo dos técnicos em meio ambiente, técnicos em saneamento, técnicos de vigilância em saúde, agentes indígenas de saneamento, agentes comunitários de saúde, entre outras possibilidades;
- ▶ Instituição de cursos técnicos e de pós-graduação e de concursos públicos na área rural, principalmente nas regiões mais afastadas dos grandes centros, ou seja, fixação de profissionais nas regiões do interior do país;

- ▶ Articulação entre os agentes públicos da área rural, em especial das ESFs, da educação e da Assistência Técnica e Extensão Rural (Ater), visando à promoção da saúde do campo;
- ▶ Avaliação dos impactos dos grandes empreendimentos e do hidronegócio sobre a saúde das populações e comunidades tradicionais do campo, da floresta e das águas, notadamente as comunidades tradicionais, como indígenas e quilombolas, e as pesqueiras litorâneas e continentais;
- ▶ Fomento à organização comunitária junto aos conselhos de saúde, comitês de bacia e diversas instâncias que ampliem a participação e o controle social com maior participação de populações e comunidades tradicionais do campo, da floresta e das águas;
- ▶ Ampliação da Rede Sentinela de registro e vigilância de situações de risco e agravos relacionados ao ambiente e ao trabalho;
- ▶ Implantação de um Observatório de Populações e Comunidades Tradicionais do Campo, da Floresta e das Águas (para garantir sustentabilidade institucional ao Obteia);
- ▶ Avaliação dos impactos da expansão das fronteiras da monocultura do agronegócio sobre a saúde das populações e comunidades tradicionais do campo, da floresta e das águas;
- ▶ Desenvolvimento de ações de apoio à saúde do trabalhador rural e de promoção da educação em saúde entre produtores rurais;
- ▶ Reconhecimento dos impactos sobre os ecossistemas e da exposição humana a agrotóxicos como um problema de saúde pública;
- ▶ Avanço no diagnóstico de intoxicações agudas e crônicas decorrentes da exposição aos agrotóxicos e outros produtos químicos;
- ▶ Avanço na formação e qualificação de populações e comunidades tradicionais do campo, da floresta e das águas sobre os riscos dos agrotóxicos para a saúde e o ambiente, estimulando a reconversão tecnológica da produção para a agroecologia, na perspectiva de redução da exposição e, conseqüentemente, da redução de danos à saúde;
- ▶ Pesquisas sobre coleta de informações sobre intoxicação junto aos órgãos de controle para reavaliação de produtos e ações destinados à diminuição do uso de substâncias tóxicas;
- ▶ Envolvimento e participação social na formulação e no controle das ações, favorecendo a adesão das populações do campo, das florestas e das águas às medidas de saúde adotadas em resposta à exposição humana a agrotóxicos;
- ▶ Organização de oficinas com grupos multiprofissionais para organizar o fluxo interno e ações integradas, e para a elaboração dos protocolos de atendimento;

- ▶ Aprimoramento de salas de acolhimento ao trabalhador e de ambulatórios de toxicologia, psiquiatria e dermatologia;
- ▶ Organização dos setores de fisioterapia, fisioterapia e acupuntura;
- ▶ Organização da rede de oncologia para garantir agilidade no diagnóstico e no tratamento;
- ▶ Desenvolvimento de projetos de conhecimento e uso de fitoterápicos e plantas medicinais associados ao fortalecimento e à qualificação das redes tradicionais de atendimento à saúde.

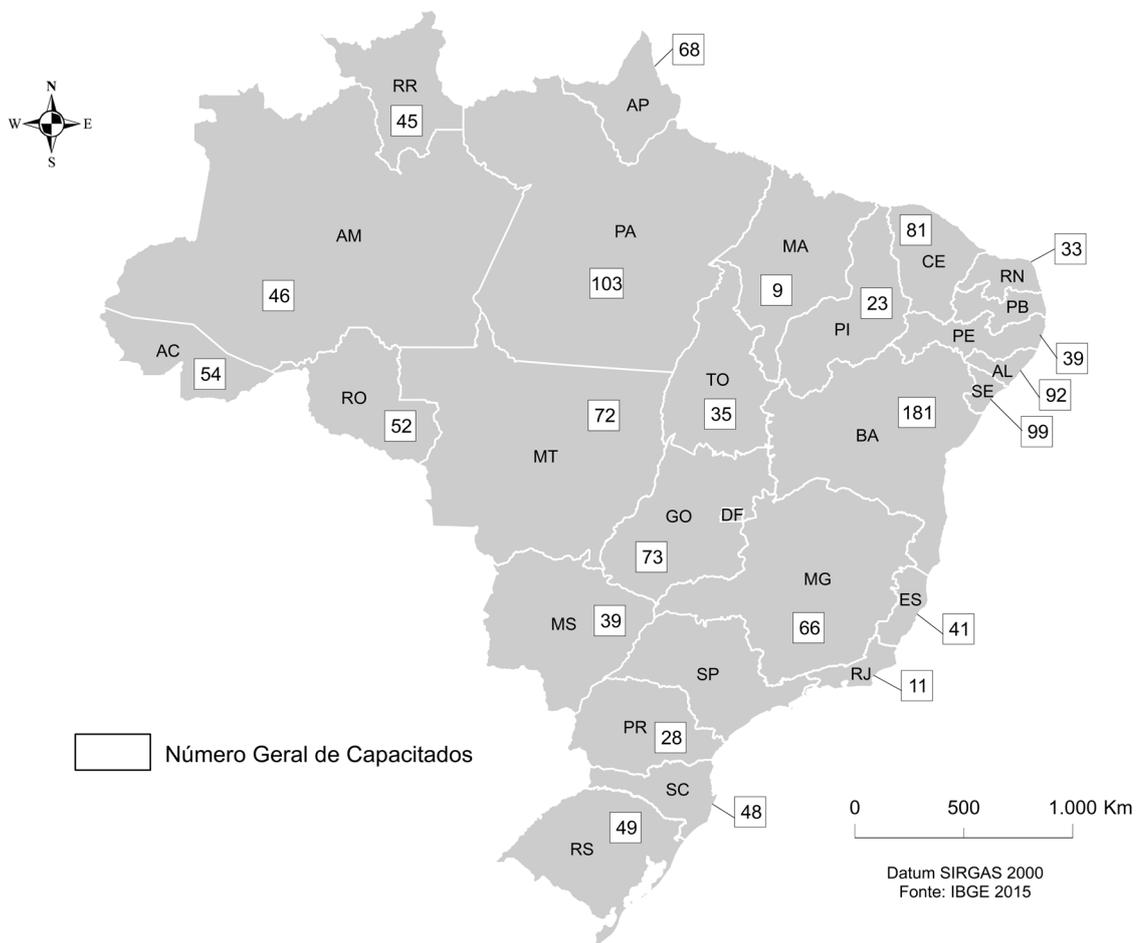
ANEXO II

MUNICÍPIOS DE ABRANGÊNCIA DO PROJETO



ANEXO III

NÚMERO GERAL DE CAPACITADOS



APÊNDICE

Acampamento



Foto Bernardo Vaz

Rio Laguna



Foto Bernardo Vaz

Barca no Rio Laguna



Foto Bernardo Vaz

Serra da Guia



Foto Bernardo Vaz

Vale do Jequitinhonha



Foto Bernardo Vaz

Dona Zefa



Foto Bernardo Vaz

Rio Doce



Foto Bernardo Vaz

Oeste do Paraná



Foto Bernardo Vaz

Poço Redondo

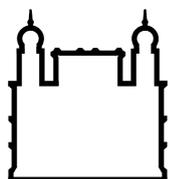


Foto Bernardo Vaz

A coleção Saúde, Ambiente e Sustentabilidade inaugura a

SÉRIE FIOCRUZ — DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

e foi elaborada pela Vice-Presidência de Ambiente,
Atenção e Promoção da Saúde (VPAAPS)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz

Avenida Brasil, 4.365 - Manguinhos

21.040-360 - Rio de Janeiro, RJ

Tel: (21) 2598-4242

Home page: www.fiocruz.br