

1 A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o Ambiente¹

Fátima Cristina Maia Silva²
Gisella Garritano de Deus²
Isabela Maria Lisboa Blumm²
Kátia Maria Barreto Souto²
Maria da Glória Campos da Silva²
Thiago Borges Lied²
Vinícius Oliveira de Moura Pereira²
Virgínia da Silva Corrêa²

Contextualização

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de uma grande mobilização dos movimentos sociais e populares que defendem que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Anteriormente à Constituição da República de 1988, somente aqueles que contribuíam com a previdência social tinham acesso à saúde, excluindo consideravelmente grande parte da população que não pagava a previdência e não tinha condições de custear seu tratamento particular. Essa situação foi considerada pelos movimentos populares e intelectuais de esquerda como um grave problema de justiça social. Esses grupos se organizaram para debater um grande projeto de cunho político, social e ideológico denominado Movimento da Reforma Sanitária que propunha que todos os brasileiros tivessem direito à saúde e o Estado o dever de garanti-la.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu uma arena de luta política e social pelo direito à saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Os movimentos sociais participaram ativamente deste processo que foi denominado Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. O SUS foi

¹ O artigo é resultado das experiências profissionais dos autores, os quais desenvolvem, no âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, atividades de apoio à implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, em parceria com entidades governamentais e movimentos sociais do campo, da floresta e das águas.

² Todos os autores atuam no Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, em Brasília-DF.





criado dentro dessa concepção, adotando o conceito ampliado de saúde, no qual o processo saúde/doença é dependente de determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais, contrapondo à visão de saúde como mercadoria. Tornou-se uma política que se fundamenta e se estrutura em princípios constitucionais de direito universal e dever do Estado em relação à saúde, garantindo a integração de políticas sociais e econômicas com vista à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso às ações, serviços de saúde e à promoção de saúde como qualidade de vida.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Esta conquista é fruto da luta política e mobilização popular, ou seja, o SUS foi construído na sua base histórica e ideológica como o resultado da força dos movimentos sociais que o tornaram a maior política de Estado do Brasil, com todas as conquistas e desafios existentes.

Assim, o SUS vem se consolidando como uma política de Estado de grande relevância. Entretanto, ainda existem desafios a serem enfrentados para a sua efetiva consolidação. Um dos grandes desafios do SUS é a consolidação das Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, que se referem a uma atenção justa, sem privilégios ou preconceitos, respeitando as necessidades de cada cidadão e suas especificidades, reconhecendo suas demandas, além dos determinantes e condicionantes sociais.

Neste contexto, o Ministério da Saúde vem implementando as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos e que são resultantes dos determinantes sociais e ambientais de saúde, como acesso à água tratada, ao saneamento básico, à segurança alimentar e nutricional, entre outros (BRASIL, 2012, p. 6). Assim, tem-se o grande desafio que é a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a qual contempla as especificidades e as peculiaridades dessas populações, visando promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013, p. 20) das populações do campo, da floresta e das águas.

Cabe ressaltar que essa Política não é somente para as populações do campo, da floresta e das águas, mas principalmente das populações do campo, da floresta e

das águas. Essa afirmação se dá pelo fato de que essa Política foi elaborada por diversos atores, vozes, olhares, escutas, ou seja, os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas foram os grandes protagonistas. É essencial entender que o tempo da população urbana não é o tempo das populações do campo, da floresta e das águas, e que sua realidade é resultado de sua história econômica, política e cultural, fundada no extermínio dos povos indígenas, na escravidão, na marginalização do rural, nos conflitos e nas lutas populares de resistência.

Equidade em saúde e a PNSIPCFA

As Políticas de Promoção de Equidade em Saúde visam, de forma igualitária e universal, à garantia do acesso resolutivo e com qualidade para as populações em situação de vulnerabilidade, das quais se destacam: negros e quilombolas; em situação de rua; LGBT³; cigana; do campo, da floresta e das águas; entre outras.

Tais Políticas se baseiam no princípio de equidade, o qual

[...]mostra que, para superar as diferenças, é necessário tratar desigualmente aqueles que são sócio-economicamente desiguais (ação afirmativa ou discriminação positiva). Uma oferta homogênea para atender a situações heterogêneas somente pode resultar na manutenção das diferenças originárias. Essa oferta corresponderá às necessidades de determinado subconjunto da população e não será adequada para outros, seja por razões culturais ou sócio-econômicas [...] (COHEN; FRANCO, 2007, p. 50-51).

Com efeito, a equidade em saúde poderia ser definida como “ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos” (CRENSHAW apud SOUZAS; MARINHO; MELO, 2012, p. 290).

E não há que se alegar qualquer tipo de ilegitimidade ou ilegalidade, uma vez que as políticas de equidade ou afirmativas encontram amparo no direito brasileiro, a começar pela Constituição Federal, em seu artigo 3º, inciso III, como sustentam as juristas MIRANDA & LACERDA (2009, p. 219):

³ Sigla de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.





Enfim, se por um lado o texto constitucional confere o estatuto da igualdade formal aos indivíduos e grupos cujas diferenças reconhece em nome da pluralidade e da ausência de preconceitos, por outro determina o combate à exclusão no âmbito das desigualdades materiais, em nome da igualdade e da justiça. É, portanto, legítimo que os grupos sociais portadores de especificidades e submetidos a desigualdades sejam sujeitos de proteção jurídica diferenciada que, por meio de políticas públicas não homogeneizantes, garanta a sua inclusão social e, ao mesmo tempo, respeite os seus saberes locais.

Com foco na promoção de equidade em saúde das populações do campo, da floresta e das águas e visando ao acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde e ao fortalecimento do SUS, tendo como proposta subsidiar os gestores e os profissionais de saúde para o redirecionamento de estratégias e práticas de cuidado, foi instituído, no âmbito do SUS, o Plano Operativo da PNSIPFCA, pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011, no qual é firmado o compromisso entre os gestores federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal em implementar a PNSIPCFA no País.

Cabe ressaltar que a PNSIPCFA é uma política transversal e apresenta um conjunto de diretrizes cuja operacionalização requer planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos de todos nós, gestores e sociedade civil e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações.

Uma estratégia importante a ser considerada é o aprimoramento da gestão e das práticas de cuidado, além do processo de regionalização de acordo com as especificidades e necessidades locais. Outra estratégia é a intersetorialidade com outros programas governamentais, com objetivo de promover e potencializar ações e serviços de saúde mais efetivos para essas populações.

Historicamente, no Brasil, as políticas públicas foram planejadas e executadas com base em uma visão homogênea da população e da realidade nacional. Elas expressam, em sua maioria, uma visão restrita do campo, concebida em oposição ao urbano (CARNEIRO, 2014).

Essa percepção desconsiderava a diversidade e as dinâmicas próprias desses espaços, dos diferentes sujeitos sociais, das mobilidades populacionais, das

relações sociais, dos modos de produção, dos aspectos culturais e ambientais, das formas de organização dos assentamentos, dos acampamentos, das aldeias indígenas, dos povos e comunidades tradicionais, como as comunidades quilombolas, as ribeirinhas, entre outros.

Atualmente, 15,6% da população do País encontra-se no meio rural, de acordo com o IBGE (2010). Entretanto, há controvérsias sobre esses dados e o Brasil pode ser muito mais rural do que demonstram esses números. Uma redefinição do conceito de ruralidade poderá trazer implicações para vários setores, como por exemplo, as políticas públicas, que podem ser modificadas para melhor atender as populações do campo, da floresta e das águas.

O Brasil é um país caracterizado pela presença de desigualdade socioeconômica, tanto entre indivíduos, quanto entre regiões. No meio rural, observa-se a dificuldade de acesso às ações e aos serviços de saúde e na utilização de cuidados ambulatoriais, sendo essa dificuldade um grande desafio a ser superado pelo SUS. Ademais, é nos pequenos municípios que o SUS tem maior fragilidade no que se refere a equipamentos, recursos humanos, entre outros fatores.

Nesse sentido, faz-se necessário compreender a diversidade e as especificidades das populações do campo, da floresta e das águas, caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida e reprodução sociais relacionados predominantemente com o campo, com a floresta e com os ambientes aquáticos, ou seja, são camponesas(es); agricultoras(es) familiares; trabalhadoras(es) rurais assentadas(os) ou acampadas(os); trabalhadoras(es) assalariadas(os) e temporárias(os); comunidades tradicionais, como quilombolas, ribeirinhas(os); pescadoras(es) artesanais e marisqueiras; as que habitam e utilizam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas; aquelas atingidas por barragens; entre outras.

Assim, cada população, seja do campo, seja da floresta, seja das águas, tem o seu modo de produção e reprodução social, cultural, econômico que precisam ser compreendidos, a fim de se buscar estratégias às suas demandas e necessidades de saúde.

Para SANCHEZ & CICONELLI (2012, p. 266), o “conceito de acesso pode variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surgem”. Dessa forma, o acesso à saúde é amplamente discutido em termos de justiça social e de equidade, não só pelos movimentos sociais, como também





por gestores e profissionais de saúde e pesquisadores. Observa-se que o conceito de acesso está relacionado à noção de desigualdade, equidade, justiça social, necessidade de saúde, utilização e qualidade dos serviços em saúde.

As populações do campo, da floresta e das águas vivem em situação precária e com limitações de acesso às políticas públicas. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2009, por meio do levantamento suplementar sobre segurança alimentar, revelou que quase 30% dos 58,6 milhões de domicílios particulares no Brasil estavam em situação de insegurança alimentar. Constatou ainda, que a insegurança de alimentos era mais aguda nas regiões Norte e Nordeste, atingindo respectivamente, 40,3% e 46,1% dos domicílios. A área rural apresentou prevalência dos domiciliares de insegurança alimentar (IA) superior aos verificados na área urbana. Enquanto 6,2% e 4,6% dos domicílios da área urbana tinham moradores em situação de IA moderada e grave, respectivamente, na área rural as proporções foram de 8,6% e 7,0%.

Observa-se que o SUS, na maioria das vezes, não consegue alcançar o campo, a floresta e as águas na sua complexidade, amplitude e extensão geográfica. A ausência de muitos serviços e de infraestrutura é considerável e prejudicial para essas populações.

Por outro lado, movimentos sociais e organizações populares protagonizaram, nos últimos anos, um intenso processo de reivindicações e mobilizações acerca da saúde das populações do campo, da floresta e das águas, resultando assim, na elaboração da PNSIPCFA, chamando atenção para as especificidades dessas populações e para a necessidade de se traçar estratégias para implementá-la.

Grupo da Terra

A dificuldade de acesso às ações e aos serviços de saúde das populações do campo, da floresta e das águas no SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade.

Nessa estratégia de intersetorialidade, é importante a articulação de um colegiado de gestão, com o objetivo de promover os ajustes necessários às suas práticas, assim como a articulação com outros programas governamentais, em especial aqueles que objetivam o desenvolvimento social e econômico, como os programas

“Brasil sem Miséria”, “Territórios da Cidadania”, “Brasil Quilombola” e a Política e o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, além daqueles programas que visam a garantir a produção e o abastecimento alimentar sustentável, como o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf).

Hoje, o papel de colegiado intersetorial de gestão da PNSIPCFA é exercido pelo Grupo da Terra, sob a coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), o qual é constituído por representantes das Secretarias do Ministério da Saúde e dos órgãos vinculados a esse Ministério, listados a seguir: a Secretaria-Executiva (SE); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); Secretaria de Ciência e Tecnologia (SCTIE), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES); a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); a Fundação Nacional de Saúde (Funasa); a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); o Instituto Nacional de Câncer (INCA); constituído também por representantes das seguintes entidades: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e por representantes dos movimentos sociais organizados nominados na sequência: a Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib); a Comissão Pastoral da Terra (CPT), o Movimento Sem Terra (MST); a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag); a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq); o Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); a Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (Fetraf); o Movimento das Mulheres do Campo – Brasil (MMC – Brasil); o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB); o Movimento Interestadual das Quebradeiras de Coco Babaçu (MIQCB); o Movimento de Luta pela Terra (MLT); o Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (MMTR-NE); o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); o Movimento Nacional dos Pescadores (Monape); as Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM); além de convidados de outros ministérios e órgãos como: a Secretaria-Geral da Presidência da República; o Ministério da Pesca e da Aquicultura; o Ministério da Educação; a Secretaria de Políticas para as Mulheres; e o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra).

O Grupo da Terra inicialmente tinha como objetivo principal o debate e a elaboração da PNSIPCFA, bem como definir estratégias para a sua implantação, além de ser concebido também como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o





governo federal. Atualmente, tem o papel de acompanhar a implementação da Política no País, como também discutir estratégias para a melhoria das condições e qualidade de vida dessas populações.

Esse Grupo sinaliza uma relação dialógica entre governo e movimentos sociais, a fim de garantir o direito e o acesso à saúde pautado nos princípios fundamentais do SUS: equidade, universalidade e integralidade. Tal lógica da gestão participativa deve ser reproduzida também nos níveis estadual e municipal, por meio da criação de Comitês de Equidade em Saúde, conforme previsto pela PNSIPCFA.

A PNSIPCFA e o Meio Ambiente

O reconhecimento da transversalidade e da intersetorialidade, respectivamente como estratégia política e prática de gestão norteadoras da execução da PNSIPCFA⁴, está em consonância com a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 3º, o qual expressa que a saúde possui “como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”.

A relação entre saúde e meio ambiente, ou simplesmente ambiente, encontra-se em destaque nos objetivos da Política quando traz a reflexão sobre a necessidade da redução dos acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho, em especial, o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, assim como o risco ergonômico do trabalho no campo, na floresta e nas águas e a exposição contínua aos raios ultravioletas. Essa relação também se apresenta ao serem tratadas ações de saneamento e a necessidade de cuidados e acesso aos recursos hídricos, a construção de ambientes saudáveis e sustentáveis, a necessidade de proteção ao patrimônio genético e a necessidade de valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações, respeitando suas especificidades e por fim, o reconhecimento da natureza dos processos de saúde e sua determinação social.

Ademais, é notória a importância que tais populações atribuem ao meio ambiente em que vivem, como se revela no conceito transcrito a seguir e posto pela população extrativista, quando da elaboração da PNSIPCFA:

⁴ Ver artigo 4º, inciso III, da PNSIPCFA

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

(...)

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

Essa estreita ligação com o território e/ou ambiente é, com efeito, definidora da própria identidade dessas populações (SANTOS, 2014), como elas o reconhecem, ao incluírem na PNSIPCFA (artigo 2º, inciso XVI) o seguinte autoconceito: “povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos”.

Segundo Luciana Marinho Santos (2014, p. 246): “Nesse contexto, surge o conceito de territorialidade. Além do espaço geográfico que delimita os limites de suas terras, a territorialidade está também ligada ao pertencimento histórico e cultural ao lugar”.

Para os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, o território é considerado como “espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável” (BRASIL, 2013, p. 23). Esse tema foi amplamente discutido no Grupo da Terra e foi objeto da realização de uma Oficina de Consenso, que contou com a participação dos vários movimentos sociais e de técnicos do Ministério da Saúde.

A categoria “território”, advinda da ciência geográfica, e que abrange a questão ambiental, tem sido cada vez mais utilizada pelos gestores em saúde. Destarte, o “território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e a organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se ter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites” (MONKEN et al, 2008, p. 31).

A partir dessa concepção de território, que transcende os limites meramente geográficos, é que a gestão em saúde procura se orientar. Para tanto, a





contribuição das comunidades e populações para a delimitação de seus territórios é fundamental. Assim como a própria definição do que seja território, a exemplo do que se fez por ocasião da construção da portaria que instituiu a PNSIPCFA.

Retomando, então, o conceito de território construído pelos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, no âmbito do Grupo da Terra, quando da elaboração da PNSIPCFA, vê-se que o aspecto ambiental não foi esquecido, ao contrário, ganha sentido finalístico, como possibilidade de incorporar o projeto das pessoas e comunidades pertencentes a determinado território e que seja fruto de “um compromisso para o desenvolvimento local sustentável”, conforme artigo 2º, inciso XVII, da PNSIPCFA (BRASIL, 2013, p. 23).

Seja pela via da utilização da categoria território, seja por meio de referências diretas à relação com o ambiente, é inegável que a PNSIPCFA dá grande relevo ao condicionante e/ou determinante ambiental. E isso se dá pela forma como as populações do campo, da floresta e das águas enxergam o tema e pelo valor que elas dão ao território e/ou ambiente em que vivem. Outras razões poderiam, no entanto, somar-se a essa, para justificar o enfoque diferenciado para a interação entre a saúde e o ambiente, dado pela PNSIPCFA, tais como os seguintes:

- 1) a história da saúde da pública foi marcada pela relação saúde e ambiente, constituindo-se em elemento fundante de seus pressupostos, e se hoje este vínculo está enfraquecido, há evidências suficientes para estreitá-los novamente;
- 2) o forte laço entre saúde e ambiente contrapõe-se à visão estritamente biológica do processo saúde-doença, ao mesmo tempo que se choca com o modelo de desenvolvimento econômico-industrial, o qual pressupõe um afastamento do homem em relação à natureza, transformando processos vitais da vida humana, como comer, beber e respirar, em possibilidades de exposição a riscos e a patógenos físicos, químicos e biológicos;
- 3) os movimentos sociais vêm de forma crescente exigindo medidas de caráter abrangente e global para proteger o ambiente, como estratégia de preservação da própria humanidade, o que pode ser traduzido no campo das ciências como a necessidade de ações interdisciplinares e plurais (MONKEN et al., 2008, p. 34-35).

A mensagem é clara e pode ser resumida na afirmação presente na Carta Política do III Encontro Nacional de Agroecologia (III ENA)⁵, ocorrido em Juazeiro/BA, entre 16 de maio e 19 de maio de 2014, que contou com a participação de diversos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, de que a promoção da saúde integral deve partir do pressuposto de que o “ser humano” é “parte do ambiente em que vive” (ARTICULAÇÃO NACIONAL..., 2014)

Avanços e desafios para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas

Após três anos e meio da publicação da Portaria MS/GM nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o seu respectivo Plano Operativo, podemos destacar alguns avanços, como:

1. Ampliação da Política Nacional de Atenção Básica que representou um aumento de recursos financeiros repassados na modalidade fundo a fundo, relacionando equidade com qualidade. Assim, em relação à equidade, o Programa de Atenção Básica (PAB) Fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município menor, com maior percentual de população pobre e com menores densidades demográficas. Pela qualidade, induz um novo modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cria um componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite. Ressalta-se a implantação de Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas e Fluviais que contemplam municípios da Amazônia Legal e do Mato Grosso do Sul, conforme portarias MS/GM nº 2.191, de 3 de agosto de 2010, nº 837, de 9 de maio de 2014 e nº 1.229, de 6 de junho de 2014.
2. Programa “Mais Médicos”, que faz parte de um amplo pacto para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual prevê investimentos de infraestrutura das unidades de saúde e dos hospitais, bem como levar o profissional de saúde

⁵ Disponível em: <<http://www.agroecologia.org.br>>. Acesso em: 30 jan. 2014.





– o médico – para regiões onde há escassez e/ou ausência desses profissionais.

3. Transferência de recursos para implantação de dez Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (a) Rural, para os estados contemplados, como: Ceará, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso, Piauí, Rondônia e Roraima, com o objetivo de desenvolver ações voltadas às populações do campo, da floresta e das águas.
4. Criação de Comitês Estaduais de Promoção das Políticas de Equidade que atuem no monitoramento da PNSIPCFA, como já ocorre nos estados do Rio Grande do Sul, do Espírito Santo, do Rio Grande do Norte, do Piauí e de Sergipe, e, como Câmara Técnica de Saúde das Populações do Campo e da Floresta, no Estado do Rio de Janeiro, com transferência de recursos financeiros pelo ParticipaSUS, conforme portarias MS/GM nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011 e nº 2.807, de 20 de agosto de 2013.
5. Criação do Observatório Nacional da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, com o objetivo de envolver intelectuais especialistas engajados na temática, pesquisadores populares dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, gestores e trabalhadores da Saúde na análise da situação para implementar a Política no País e contribuir para o planejamento de ações e serviços de saúde voltada a essas populações.

No que tange ao determinante ambiental, concretamente podemos citar:

- a) O início de diálogo entre a Funasa e o Ministério das Cidades, com articulação e participação do DAGEP/SGEP/MS, para que o Programa “Minha Casa Minha Vida” rural possa ser acompanhado de ações de saneamento ambiental (esgotamento, abastecimento de água e tratamento de resíduos sólidos). A proposta surgiu na oficina “Habitação Rural em Destaque”, ocorrida no Ministério das Cidades, no dia 29 de agosto de 2014, visando à integração das ações ministeriais, bem como a otimização dos recursos públicos.
- b) A realização de formações de lideranças do campo, da floresta e das águas, todas em andamento, em parceria com a Fiocruz, e de movimentos sociais representativos dessas populações (Contag, MMC, MLT e MST), nas quais é discutido o modelo de produção agroecológica e sem uso de agrotóxicos.

- c) O acompanhamento e a participação nas discussões sobre as mudanças climáticas, tais como as que são conduzidas pelo Ministério de Relações Exteriores, com vistas à elaboração da “contribuição nacionalmente determinada” que o Brasil levará às mesas de negociações da 21ª Conferência das Partes na UNFCCC (Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima), a COP-21, a realizar-se em Paris, França, em dezembro de 2015; e
- d) A organização de uma publicação sobre a temática “Saúde e Ambiente”, financiada pelo Ministério da Saúde e com textos de autores acadêmicos, gestores e dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas, resultado esse que ora se apresenta.

Trazemos, por fim, a título de desafio para a PNSIPCFa no que tange ao condicionante e determinante ambiental, a seguinte reflexão:

Embora a interação entre os temas de saúde e ambiente seja transparente na legislação, não bastam as leis, é preciso ação consubstanciada em uma plena articulação institucional. Os vários órgãos ligados à saúde e ao meio ambiente precisam manter uma íntima cooperação e concordar com a indissociabilidade das questões atinentes à saúde pública e ao meio ambiente.

A realidade está a demonstrar que além da fragilidade da interação de políticas públicas, a descontinuidade administrativa verificada na sucessão de governos e administradores, na ausência de um planejamento a longo prazo, nos diversos níveis e esferas, colabora para o abandono de programas e projetos (DELDUQUE; NICOLETTI, 2009, p. 276-277).

Considerações finais

É fundamental um olhar diferenciado para as populações que se encontram em condições de vulnerabilidade, como aprimorar os processos de gestão, ampliar os investimentos e os recursos da saúde na luta pela defesa do SUS e garantir o direito à saúde para todos e todas. As políticas de promoção de equidade em saúde inserem-se na perspectiva de justiça social, considerando e valorizando as diferenças culturais e étnicas entre os diversos grupos populacionais, representando importante conquista de direitos.





Nesse sentido, a PNSIPCFA precisa ser cada vez mais divulgada e conhecida por gestores e pela sociedade em geral, assim como fortalecida com a implementação de ações articuladas intra e intersetorialmente e nos três níveis federativos – União, estados, municípios e Distrito Federal –, as quais devem estar contempladas nos respectivos Planos de Saúde.

Para tanto, a participação, a mobilização das comunidades e/ou populações do campo, da floresta e das águas em torno da defesa e da concretização da PNSIPCFA é desejável, o que pode ser facilitado com a criação de espaços de promoção da equidade em saúde na gestão, como os Comitês de Promoção de Equidade em Saúde Municipais e Estaduais.

Cabe ressaltar a importância de formação das lideranças dos movimentos sociais do campo, da floresta e das águas sobre o SUS cujas medidas vêm tendo atenção por parte do Ministério da Saúde, por meio do seu Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

O determinante ambiental, por seu turno, tende a ter importância cada vez maior para as populações do campo, da floresta e das águas, haja vista o processo de mudanças climáticas em curso no planeta e que as atinge, de forma mais nociva e preocupante, justamente por serem comunidades mais ligadas e próximas aos biomas nos quais vivem. Tal vulnerabilidade, que não deve ser confundida com algum tipo de fraqueza ou inferioridade, é reconhecida por vários estudiosos (FERÉS; REIS; ESPERANZA, 2011, p. 299; FRANKE; HACKBART, 2008) e, portanto, tem de ser acompanhada de políticas de saúde, bem como de outras áreas, aptas a mitigar e, se possível, evitar eventuais danos a tais populações.

Por fim, tentamos traçar um panorama resumido sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas: a dificuldade de acesso às ações e aos serviços de saúde; o impacto dos condicionantes ambientais na saúde; a necessidade de melhoria das condições de saúde dessas populações. Para tanto, conhecer as especificidades e as peculiaridades das populações do campo, da floresta e das águas é imprescindível para orientar a tomada de decisão no âmbito da gestão do SUS, visando ao planejamento dos recursos materiais, humanos e financeiros necessários, bem como a forma estratégica mais apropriada ao enfrentamento dos problemas e para avaliação dos possíveis impactos das intervenções adotadas, com previsão expressa nos Planos de Saúde.

O desafio é grande! Entretanto é possível de ser superado. O compromisso deve ser de todos: gestores e sociedade civil. Um compromisso com a melhoria da saúde das populações do campo, da floresta e das águas.

Referências

ARTICULAÇÃO NACIONAL DE AGROECOLOGIA. **Carta Política do III Encontro Nacional de Agroecologia**. 2014. Disponível em: <<http://enagroecologia.org.br/files/2014/05/Carta-Politica-do-III-ENA.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília, 2012.

CARNEIRO, F. F. et al. Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 275-293, jun. 2014.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Gestão social**: como obter eficiência e impacto nas políticas sociais. Tradução de Diamond Promoções e Eventos. Brasília: ENAP, 2007.

DELDUQUE, M. C.; NICOLETTI, L. A saúde e o meio ambiente: políticas públicas coincidentes? In: COSTA, A. B. C. et al. (Org.). **O Direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 271-280.

FÉRES, J.; REIS, E.; SPERANZA, J. S. Impacto das mudanças climáticas no setor agrícola brasileiro. In: MOTTA, R. S. da et al. **Mudança do clima no Brasil**: aspectos econômicos, sociais e regulatórios. Brasília: Ipea, 2011. p. 299.

FRANKE, I. L.; HACKBART, R.. Mudanças climáticas: vulnerabilidades socioeconômicas e ambientais e políticas públicas para a adaptação no Brasil. In: IV ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS, 2008, Brasília. **Anais...** Brasília, 2008.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 27 jun. 2014.





_____. **PNAD 2007 – Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio 2007**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009>>. Acesso em: 27 jun. 2014.

MIRANDA, A.; LACERDA, R.. Direito à saúde de grupos vulneráveis. In: COSTA, A. B. C. et al. (Org.). **O Direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: CEAD/UnB, 2009. p. 215-230.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde em ambiente. In: BARCELLOS, C. (Org.) et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-41.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268. 2012.

SANTOS, L. M. Ecologia de saberes: a experiência do diálogo entre conhecimento científico e conhecimento tradicional na comunidade quilombola da Rocinha. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 243-256, jun. 2014.

SOUZAS, R.; MARINHO, O. F. P.; MELO, K. L. O. de. Acesso à saúde, promoção e prevenção ao hiv/aids e o recorte étnico-racial: revisão bibliográfica (1995-2009). In: BATISTA, L. E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.). **Saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: ABPN, 2012. p. 288-312.