



TEXTO PREPARATÓRIO PARA O ABRASCÃO 2018

Tema: Saúde dos povos do campo, das águas e florestas: situação atual, desafios, problemas e estratégias para enfrentar os problemas e garantir a atenção à saúde adequada para estas populações

Autores:

Vanira Matos Pessoa. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz –Fiocruz Ceará
Magda Moura de Almeida - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Fernando Carneiro - Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz –Fiocruz Ceará

Panorama dos problemas da população do campo, da floresta e das águas no Brasil rural

O contexto da reestruturação produtiva nas últimas décadas no Brasil gerou grandes mudanças na zona rural brasileira. Potencializou a reprimarização da economia, com estímulo governamental a para produção de *commodities* para exportação, como também a construção de barragens e hidrelétricas em regiões de floresta. Essa mudança tem acontecido permeada por conflitos pela terra e pela água entre o Estado, o Capital e as populações rurais (RIGOTTO, et al, 2013).

Nesse cenário de transformações do **modo de produção rural** há também **mudanças na demografia e muita insuficiência no acesso a políticas públicas saudáveis**, como recomenda a Declaração de Adelaide. Há diversos estudos discutindo a “ruralidade” brasileira, e recentemente o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), classificou **60,4%** dos municípios brasileiros

como **predominantemente rural**, sendo 54,6% como rural adjacentes e 5,8% como rural remoto.

Reconhecer o Brasil rural é fundamental para intervir no processo saúde-doença no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), pois o rural tem singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias. No mundo rural há primeiramente a questão ambiental, que está diretamente ligada ao modo de vida e reprodução social. Há as populações em condições de isolamento geográfico no semiárido e também na Amazônia. Há um modo de produzir que vai desde pesca artesanal, a agricultura, o extrativismo, que expõem essas populações há um conjunto de agravos específicos, que precisam ser conhecidos e cuidados pela APS. Apesar disso, as categorias trabalho e ambiente continuam pouco abordadas nas práticas de saúde da APS (PESSOA, 2010; 2013).

Considerando o princípio doutrinário da **equidade** que deve nortear as políticas de saúde, reconhecendo as demandas e necessidades singulares de determinados grupos populacionais, de forma a reduzir suas vulnerabilidades e minimizar os impactos dos determinantes sociais da saúde que relacionados ao processo de adoecimento, houve a formulação e publicação de um conjunto de políticas de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os movimentos sociais, juntamente com instituições de pesquisa e o Ministério da Saúde, reunidos no Grupo da Terra, após dez anos de debates, formularam uma política de equidade intitulada: *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF)*. Esta vem reforçar que a população **rural** é invisibilizada dentro dessa categoria como grupos populacionais homogêneos e propõe a terminologia “populações do campo, floresta e águas (PCFA)” para expor a pluralidade, a singularidade, a diversidade e a heterogeneidade destas populações que vivem espalhadas em todas as regiões brasileiras com seu modo de viver. As PCFA vêm reforçar a necessidade de um modelo de atenção à saúde, centrado no território, como é a APS, reivindicam acesso a todos os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em especial a agentes comunitários de saúde, enfermeiros, dentistas e médicos, que cheguem aos seus territórios, reconheçam seus problemas e construam intervenções solidárias e promotoras de saúde e qualidade de vida.

A terminologia PCFA é um conceito contemporâneo dos movimentos sociais e integra a luta contra a invisibilidade destas populações dentro do setor saúde, seja das práticas culturais, do modo de vida e de cuidar, sendo adotada já nos relatórios e documentos da 14ª e 15ª conferências nacionais de saúde como populações do campo, da floresta e das águas e não mais população rural.

No processo de construção da PNSIPCFA as populações extrativistas da Amazônia não se reconheciam na categoria “rural” ou “campo”. Para eles isso estaria ligado a produção agropecuária. Eles vivem da floresta, e para sua manutenção é preciso que ela esteja de pé e não seja derrubada para a expansão da produção, portanto se consideram populações da floresta. Alguns anos depois, no processo de aprovação dessa política, o Movimento de Pescadoras e Pescadores também não se reconheceram nas categorias “campo” e “floresta”, afinal eles vivem das águas, sejam interiores ou do mar, portanto se identificando como população das águas. Um número crescente de dissertações, teses, artigos e livros começam também a utilizar essa denominação num movimento em que um conceito produzido pelos movimentos sociais começa a ser debatido no âmbito acadêmico. Torna-se muito necessário e oportuno esse debate teórico tendo em vista as limitações e insuficiências crescentes do que chamamos “rural” e como essas populações são classificadas e tratadas pelas políticas públicas (CARNEIRO, PESSOA, TEIXEIRA, 2017).

As PCFA concentram altos índices de pobreza e analfabetismo, relacionados as iniquidades na distribuição da riqueza existente no Brasil. Essa situação de exclusão e negação de acesso a políticas econômicas e sociais contribui para o êxodo rural, principalmente da juventude e das mulheres. Dentre as dificuldades de acesso as políticas públicas citam-se: falta de acesso à educação, transporte público, comunicação, saneamento, e acesso insuficiente aos serviços de saúde em todos os seus níveis (IBGE, 2014; MALTA et al., 2016; SILVA, 2017).

O êxodo seletivo de jovens, principalmente de mulheres torna o envelhecimento da população rural mais intenso que na população urbana, na qual a parcela adulta ainda conseguiu crescer em ritmo acelerado nos últimos anos. (SOARES, et al, 2015, 2017a; 2017b).

Nas áreas rurais, a população jovem reduziu 6 milhões em 20 anos, a população adulta estagnou e a população idosa cresceu em pouco mais de um milhão. A razão entre os idosos com 65 anos ou mais, e a população jovem com 17

anos ou menos, chamado de índice de envelhecimento, passou de 9,7% em 1991 para 21,4% em 2010 na população rural. Outro aspecto fundamental se refere as famílias nucleares que caiu de 74% para 58% do total de famílias. A participação dos casais sem filhos nas áreas rurais aumentou de 4% para 12%, entre 1981 e 2011 (SAKAMOTO & MAIA, 2013). Soma-se a isso um fenômeno de masculinização e violência no campo.

Diversos estudos apontam que o Sistema Único de Saúde (SUS) não tem atendido as necessidades de saúde das famílias rurais, compreendendo o conjunto dos seus membros como trabalhadores e trabalhadoras, crianças, adolescentes, adultos, jovens e idosos pela dificuldade de acesso aos serviços, que só tem sido garantido mediante reivindicações e pressões das populações do campo, da floresta e das águas sobre os governos (CARNEIRO, et al, 2005; PESSOA, 2012; CARNEIRO, PESSOA, TEIXEIRA, 2017)

A atenção primária à saúde no campo, na floresta e nas águas: problemas, avanços e desafios

Dentre os avanços no acesso as políticas sociais nos últimos anos no Brasil, percebeu-se impactos nos indicadores de saúde e nas condições de vida relacionadas aos Programa Bolsa Família, o Programa Um Milhão de Cisternas, a Aposentadoria Rural, e, em relação ao setor saúde: o Programa Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia Saúde da Família e o Programa Mais Médicos que têm contribuído para minimizar danos à saúde, apesar de ainda serem insuficientes do ponto de vista das demandas territoriais (PESSOA, 2015; SANTOS, et al, 2017).

A UBS em áreas rurais tem um território de abrangência amplo, com barreiras de geográficas, e normalmente com uma distância significativa dos usuários. Os programas e políticas supracitados ampliaram o acesso em algumas dimensões relacionadas a intersectorialidade, e a relação com a determinação social da saúde reduzindo algumas vulnerabilidades, sem, contudo, garantir o acesso à saúde primária de qualidade para a população.

Um bom exemplo de dívida histórica do Estado Brasileiro para com essa população está na questão do saneamento. Em 1918 a Liga Pró Saneamento já

alertava a sociedade brasileira sobre o abandono das populações rurais e 100 anos depois o saneamento rural ainda não é uma realidade para essas populações que não tem o direito a água garantido e muito menos o de esgotamento sanitário. A falta de acesso regular a qualquer fonte de água potável ainda é uma situação bastante presente na realidade social brasileira, e particularmente crítica para a população localizada na zona rural, em especial para aquela em situação de extrema pobreza. Variações climáticas que afetam a disponibilidade de água, a poluição de fontes hídricas disponíveis, conjugadas com uma reduzida oferta da rede pública de abastecimento de água, têm afetado severamente as condições de sobrevivência dessa população. No Brasil, 72,2% da população rural ainda acessa água apenas por meio de poços, cacimbas, açudes e barreiros, acesso esse muitas vezes precário e com grande potencial para provocar doenças (IBGE, Censo Demográfico 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como proposta organizacional contra hegemônica e como porta de entrada das pessoas no SUS apresenta no contexto atual uma diversidade de problemas relativos à sua implantação nas áreas rurais e remotas.

Em certa medida, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nas suas versões de 2011 e 2017 (BRASIL, 2017) reconhece a necessidade de arranjos organizacionais e financiamento diferenciados para determinados grupos populacionais, quando institui as Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira. Contudo, a proposta ainda não elimina as barreiras de acesso aos serviços de saúde, quando considera adequada a execução das ações de Atenção Básica com intervalo de até 60 (sessenta) dias para o cuidado das comunidades distantes. Em outras palavras, é aceitável que a população tenha acesso à equipe de saúde da família a cada dois meses.

O acesso de primeiro contato ainda é o atributo mais frágil da APS no Brasil, seja em cenários urbanos ou rurais (OPAS, 2018). Mesmo dentro da legislação de financiamento para as equipes de saúde ribeirinhas e fluviais, o transporte para acessar as comunidades adscritas ainda é entendido como opcional. Ou seja, ainda não há o discernimento por parte dos gestores sobre a importância dos meios de transporte, e dos profissionais que manejam esses veículos, para que uma equipe de saúde rural possa executar suas atividades de modo integral.

O aumento da população idosa com limitações físicas de acesso a UBS e a ausência de perspectiva de cuidadores domiciliares, é um dos dilemas diários das equipes. As longas distâncias se não forem percorridas pelos profissionais de saúde no intuito de executar ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, serão feitas no sentido inverso, em tempo inadequado, pela própria comunidade quando precisarem de atenção à saúde. Além do sofrimento inerente ao processo de adoecimento, terão que enfrentar, sobretudo, a dificuldade de transportar pacientes já graves e crônicos com os meios de locomoção que possuem: moto, transporte escolar, carroça e barco, por exemplo. Esses aspectos são centrais para a repensar de uma APS resolutiva.

O desafio da superação das distâncias traz um outro componente que é o caráter mais amplo da visita domiciliar (VD) nos cenários rurais. Seguindo o provérbio que “se Maomé não vai a montanha, a montanha vai a Maomé”, as equipes de saúde da família de áreas rurais encontram a necessidade de realizar VDs para reduzir ou transpor as barreiras de acesso que os próprios usuários possuem para chegar à unidade de saúde. Caso contrário, famílias inteiras ficariam sem acesso aos serviços de saúde, considerando inclusive que a maior parte das pessoas das áreas rurais depende exclusivamente do SUS e da ESF para o primeiro contato com o sistema de saúde (MALTA et al., 2016).

A proporção de domicílios cadastrados em unidades de saúde da família é maior na área rural (70,9%) que na urbana (50,6%), segundo Malta *et al* (2016). Destaca-se aqui a inadequação, inclusive da relação do número de pessoas/equipe, pois aos profissionais em áreas rurais precisam contar com apoio logístico para oferecer acesso aos serviços de cuidados primários, para uma população distribuída em áreas de baixa densidade demográfica.

Para atingir o valor de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe deve-se abranger vários povoados, etnias e comunidades distantes entre si, mas que fazem parte de um único território adscrito. Deste modo, são utilizados alguns pontos de apoio improvisados no território. Uma única equipe da ESF pode ficar responsável por, em média 8 localidades diferentes. O que demanda uma logística e gestão de agenda mais complexa. A lógica da territorialização ainda não se faz na perspectiva de espaços socio sanitários de maior risco para priorização de ações. Talvez por isso, apesar da expansão da ESF, a saúde em áreas rurais permanece com pior desempenho que nas áreas urbanas.

Existem muitas diferenças nos padrões de mortalidade das áreas urbana e rural. Enquanto na área urbana o grupo de menores de 1 ano concentra 3,1% do total de óbitos, na área rural este percentual é de 5,4%. A maior diferença foi encontrada no grupo de 1 a 4 anos, onde o percentual da área rural (1,6%) foi mais que o dobro do da área urbana (0,7%). Também, em contraste com a área urbana, a participação dos óbitos de menores de 1 ano em relação à população total, na área rural, assume valores bem significativos no Amazonas (16,0%), Amapá (15,0%), Acre (12,6%), Pará (11,1%) e Maranhão (10,2), os únicos estados que apresentaram percentuais acima de 10%, todos na região norte onde as distâncias e as dificuldades de acesso são marcantes (IBGE, 2010)

A frequência de internações por condições sensíveis à atenção primária - (ICSAP) ainda é elevada. Em estudo que avaliou municípios de pequeno porte com grande proporção de população rural (79% a 51%) constatou que de 2004 a 2015, as gastroenterites infecciosas e suas complicações foram a principal causa de internação na maioria dos locais (SILVA, 2017). O que dialoga com a precariedade das condições de saneamento básico, mas também da ineficiência da APS na prevenção primária e secundária destes agravos, através de medidas terapêuticas efetivas e de baixa complexidade, como a reidratação oral e a antibioticoterapia associada.

Além do importante papel das doenças infecto-parasitárias no perfil de morbimortalidade, é possível também verificar na perspectiva do envelhecimento populacional a aproximação dos hábitos de vida das pessoas que vivem em pequenos municípios, com as pessoas que habitam municípios maiores, principalmente em relação às doenças crônicas não transmissíveis, ao sofrimento mental e às agressões externas.

O elevado número de internamentos por insuficiência cardíaca e doenças pulmonares em alguns municípios (SILVA, 2017) pode significar o diagnóstico tardio e a dificuldade na condução das doenças crônicas nos respectivos territórios. Destaca-se no mesmo estudo, o elevado número de suicídios por arma de fogo e outras causas, na região centro-oeste e norte.

Associado ao envelhecimento, tem-se o aumento da incidência de câncer em comunidades rurais, em especial nos agricultores e agricultoras, os problemas de saúde mental, cada vez mais presente e aumento dos acamados. É essencial pensar a atenção domiciliar na APS e a formação dos profissionais em cuidados

paliativos, por exemplo, para reduzir o sofrimento relacionado a dor em casos de pacientes com câncer e doenças psiquiátricas.

Os cuidados primários para a população idosa são geralmente voltados para múltiplas comorbidades e atuação nos três níveis de prevenção, o que requer uma equipe multidisciplinar de apoio à atuação da ESF, que inclua no mínimo fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional, papel que se esperaria dos NASF. Contudo, as equipes de NASF atuam em diversas UBS, de forma pulverizada, com um processo de trabalho extremamente fragilizado.

As equipes de NASF 1 que contam com no mínimo cinco profissionais, devem estar vinculadas a um mínimo de oito e máximo de vinte equipes de ESF. Essa proporção é imprópria, considerando o processo de trabalho e logística necessária para áreas rurais e remotas.

Na a portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, se reconhece para as populações ribeirinhas e fluviais, a necessidade de readequação das diretrizes e normas nacionais em relação ao funcionamento e organização dos NASF. Na revisão dos parâmetros de vinculação, o NASF 1 pode estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) equipes de ESF ribeirinhas e fluviais. Portanto, já existe na legislação brasileira, precedente que reconhece as especificidades dessas comunidades e que justificam a redução da proporção de equipes da APS vinculadas ao NASF. É necessário somente que esse benefício possa ser ampliado a toda a PCFA.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) desconsidera as especificidades de comunidades tradicionais como quilombolas, marisqueiras, etc., e não rompe com a lógica dos cuidados inversos na saúde, onde os que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos por eles beneficiados.

É preciso repensar a carteira de serviços da APS para o campo, para a floresta e as águas, considerando as barreiras de acesso da equipe aos territórios e da população a UBS.

Há necessidade de ampliação das equipes ribeirinhas fluviais, das equipes de saúde bucal, de organizar a rede de atenção promovendo interação da APS com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural (CEREST) e os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF); a gestão do trabalho em saúde e organização das UBS no campo, na floresta e nas águas não pode ser implantada

na lógica urbana, em termos de horário de funcionamento e do tipo de serviços que oferta.

Os motoristas de embarcações e de automóveis com tração deveriam também ser integrantes da equipe mínima de saúde da família e capacitados na atenção à saúde das PCFA, pois sem o deslocamento dos profissionais de saúde para o atendimento em comunidades afastadas e pontos de apoio, não há acesso universal de fato.

O financiamento é outro aspecto central, pois o repasse de recursos deveria ser diferenciado pelo porte do município, ou maior percentual de população em condições de vulnerabilidades e menores densidades demográficas (maiores distâncias a serem percorridas pelas equipes, por exemplo, que requer maior apoio logístico para transporte).

Há de se reconhecer que as novas relações de trabalho e as transformações ambientais tem gerado novas necessidades de saúde e demandado novas práticas sanitárias na APS, com problemas complexos que envolvem riscos químicos, como a exposição aos agrotóxicos, mercúrio, entre outros.

A pesquisa em saúde rural ajuda a entender todos esses pontos levantados pelo texto. Ela tem ganhado cada vez mais espaço e consistência, em um percurso onde se apresenta como instrumento de justiça social, executada através de métodos de diálogos de saberes, que buscam promover o empoderamento e a emancipação dos sujeitos.

O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade (BRASIL, 2013)

Exige também um processo ágil de educação permanente dos trabalhadores de saúde e dessas populações, de modo a aumentar a compreensão de ambos sobre as especificidades da relação entre o processo de trabalho no campo, na floresta e nas águas e a saúde.

A ESF/SUS que atua em territórios de maior vulnerabilidade socioambiental, como áreas de agronegócio, de grandes empreendimentos, com intenso fluxo migratório e intensa transformações advinda do modelo de produção, que ocasiona aumento da prostituição, do uso de drogas, violência, esgarçamento do tecido social

precisa atuar considerando o dinamismo do território, tais como: processos de desterritorialização e reterritorialização; isto requer habilidades de fortalecimento da luta social local por saúde, constituindo relações sociais que evidencie as relações de poder em permanente tensão e disputa no território num processo de correponsabilização com sujeitos que conformam as novas territorialidades. Esta efervescência de transformações também relacionadas a toda mudança advinda com a internet gera necessidades de planejamentos participativos críticos, considerando essas diversas dimensões que geram necessidades de novas práticas, valores e de novos saberes para aqueles que compartilham o modelo de atenção ESF no território (PESSOA,2015).

Um passo a frente e você não está mais no mesmo lugar. (Chico Science)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estas populações reivindicam um modelo de atenção que atenda suas necessidades de saúde, que priorizem a saúde relacionada ao seu modo de viver e produzir, e que dialogue com os seus saberes e práticas tradicionais.

O simples translocamento de modelo de práticas urbanas para os cenários rurais é inadequado para atender as demandas de grupos que vivem sob a lógica das “relações sociedade-natureza-sustentabilidade socioeconômica ambiental-saúde-direitos”.

Trata-se de uma ESF que seja estruturada conforme os preceitos de um novo modelo de atenção. Uma proposta nova e diferenciada que rompa com a lógica curativista e que considere as especificidades da influência dos determinantes sociais da saúde, inclusive na organização do processo de trabalho;

Os desafios para a consolidação da APS nos cenários rurais e remotos para os próximos anos são inúmeros, mas não desconhecidos, o que permite que possamos fazer o planejamento estratégico a curto, médio e longo prazo para mitigar as adversidades.

Estratégias para o enfrentamento dos problemas e garantia da atenção à saúde adequada no campo, na floresta e nas águas no Brasil rural

- Melhorar os sistemas de informação de recursos humanos em saúde (RHS) para facilitar análises sobre a previsão de RHS, e vincular o planejamento e as projeções baseadas nas necessidades das populações do campo, da floresta e das águas;
- Em instituições privadas, vincular o fornecimento de bolsas de estudo ou outros subsídios educacionais à acordos de retorno ao serviço em áreas rurais ou remotas para aumentar o recrutamento de profissionais de saúde nessas áreas;
- Debate com os gestores sobre estratégias de gestão da clínica para qualificar o acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços de saúde da atenção primária, em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) e apoio efetivo dos NASF;
- Fornecimento de um ambiente de trabalho bom e seguro, incluindo equipamentos e suprimentos adequados, supervisão de apoio e orientação, para tornar os postos profissionais atraentes e, assim, aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais;
- Execução de diagnósticos situacionais sobre os processos de trabalhos das equipes de saúde primária em áreas rurais;
- Adequar a territorialização para que se incluam os agrupamentos populacionais esparsos, as distâncias reais percorridas e o acesso à outros serviços de saúde na adscrição das populações do campo, da floresta e das águas;
- Implementação de políticas equânimes de fixação e provimento, que considerem a feminilização das profissões da saúde;
- Incorporação do condutor de veículos aquáticos e terrestres nas equipes mínimas de saúde da família de áreas rurais e remotas;
- Financiamento específico para aquisição e manutenção de frota veicular para as equipes de saúde da família que atendem às populações do campo, da floresta e das águas;
- Revisar os currículos de graduação e pós-graduação para incluir temas de saúde rural, de modo a aumentar as competências dos profissionais de

saúde que trabalham nas áreas rurais e, assim, aumentar a satisfação e retenção no trabalho como umas das estratégias nacionais a longo prazo;

- Ampliação das práticas populares e tradicionais de cuidado por meio do acesso às práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e às plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia;
- Desenvolvimento de sistema de informações voltado à vigilância em saúde, visando identificar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco-ambientais e sanitários, decorrentes das intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos;
- Visibilizar as informações específicas sobre a saúde das populações do campo, da floresta e das águas nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando a identificação dos agravos relativos a essas populações;
- Apoio a implementação e o fortalecimento de espaços de participação popular na saúde, estimulando a ampliação e a diversificação dos segmentos sociais representados nos conselhos e conferências de saúde;
- Implementação de uma rede interligada de comunicação entre UBS e outros níveis de atenção que considere as peculiaridades da infra-estrutura tecnológica dos locais que nem sempre possuem acesso a internet ou rede de telefonia celular;
- Apoiar o desenvolvimento de redes profissionais, associações profissionais de saúde rural, periódicos de saúde rural, etc., a fim de melhorar o reconhecimento dos profissionais de saúde em rurais e reduzir os sentimentos de isolamento profissional;
- Desenvolver e apoiar programas de desenvolvimento de carreira para que os profissionais de saúde possam avançar na carreira como resultado da experiência, educação e treinamento, sem necessariamente sair das áreas rurais;
- Financiamento, estímulo e apoio para o desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão voltados à saúde das populações do campo, da floresta e das águas;

- Investimento em estudos que incorporem conhecimentos e habilidades relacionadas a outros campos disciplinares como: da educação, da geografia e das ciências sociais.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Portaria nº N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68-76.

CARNEIRO, Fernando Ferreira et al . Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 757-763, Aug. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2018. Epub July 03, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000037>.

CARNEIRO, F. F. ; PESSOA, V. M. ; TEIXEIRA, A. C. A . **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. 1. ed. Brasília: Unb, 2017. v. 1. 464p .

IBGE. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação [Internet]. Coordenação de Geografia. 2017. 1-84 p. Available from:<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/espacos_rurais_e_urbanos/default.shtm

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.

Organização Pan-Americana da Saúde. Qualidade da atenção primária no Programa Mais Médicos. A experiência dos médicos e usuários. [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2018 Feb 8]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34573/OPASBRA18004-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 37, n. 125, p. 65-77, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000100010>.

PESSOA, Vanira Matos et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Ago 2013, vol.18, no.8, p.2253-2262.

Sakamoto, C. & Maia, A. G., 2013. Os impactos das mudanças na estrutura das famílias sobre a distribuição de renda: uma comparação entre áreas urbanas e rurais no Brasil. Belém, 51 Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural.

RIGOTTO, Raquel Maria 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. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 6, p. 1533-1542, June 2012 .

SANTOS, L. M. P. et al. Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 2, p. 103–112, 1 fev. 2017.

SILVA, J. DE F. S. DA. **Acesso das populações do campo, da floresta e das**

águas às ações e serviços no sistema único de saúde. [s.l.] Universidade de Brasília, 2017.

SOARES, R. A. S; MORAES, R. M; PESSOA, V. M; CARNEIRO, F. F. ; VIANNA, R. P. T. . A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. **A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil:** desafio para os sistemas de informações em saúde. 1ªed.Brasília: UnB, 2017, v. , p. 106-124. a

SARMENTO, R. A. et al. Determinantes socioambientais e saúde: O Brasil rural versus o Brasil urbano. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 221–235, 2015.

SOARES, R. A. S; PESSOA, V. M. ; MORAES, R. M. ; MENDONCA, A. V. M. ; FREITAS, R. W. J. F. ; CARNEIRO, F. F. . Saúde e violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas: desafios para o SUS. **Saúde e violência contra as mulheres do campo, da floresta e das águas:** desafios para o SUS. 1ªed.Brasília: UnB, 2017, v. , p. 125-147. B