

Revista de Ciência Veterinária e Saúde Pública

Rev. Ciên. Vet. Saúde Públ., v. 2, n. 2, p. 107-121, 2015

O Jeca não é assim, ele está assim!": apontamentos sobre a história das políticas de saúde no meio rural do Brasil

(The Jeca is not so, it is so": notes on the history of health policies in rural Brazil)

BARBOSA JÚNIOR, Sebastião André ^{1*}; LIRA, Paulo Victor Rodrigues de Azevedo²; ALBUQUERQUE, Pedro Costa Cavalcanti de ³; FREITAS, Aderaldo Alexandrino de ⁴.

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciência Veterinária, Departamento de Medicina Veterinária (DMV), Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Recife, Pernambuco, Brasil. *Autor para correspondência: Rua Três, nº 95, Bela Vista, CEP: 55.608-390, Vitória de Santo Antão, Pernambuco. E-mail: sebastiaoandre.jr@hotmail.com;

² Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, Pernambuco, Brasil;

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, CPqAM, FIOCRUZ, Recife, Pernambuco, Brasil;

⁴ Professor Adjunto, DMV, UFRPE, Recife, Pernambuco, Brasil.

Artigo enviado em 22/07/2015, aceito para publicação em 19/01/2016.

ABSTRACT

The evolution of health policies in rural areas have been a very difficult process, primarily associated with interests of rural elites. Thus, there is a necessity for deepening the theme. This study conducted a literature review on health policies in Brazilian rural areas, from the colonial period to nowadays, with the creation of the National Policy of Integral Health of Field and Forest's Populations. The first centuries in Brazil showed unconcern of the government towards rural populations. The first health policies for field appeared only in the early twentieth century, evolving mostly for maintenance of healthy workers, in order to ensure an higher production. Even with the creation of the Health Unique System in Brazil field people have still been marginalized. This process has been changing since the creation of the Terra Group and the National Policy of Integral Health of Field and Forest's Population, bringing the excluded people to the center of this discussion and construction of a specific agenda. This transformation shows, for the first time, to the protagonism of field's populations in the construction and enforcement of a Health Policy to Brazilian countryside.

KEY-WORDS: Agrarian Question, Field's Health, Field's Population, Public Policy, Rural Worker.

RESUMO

A evolução das Políticas de Saúde no campo foi um processo muito difícil, estando associado principalmente aos interesses das elites rurais. Com isso, há necessidade de aprofundamento no tema, e este estudo realizou uma revisão bibliográfica sobre as políticas de saúde no meio rural brasileiro, desde o período colonial até os dias atuais, com a criação da Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta. Os primeiros séculos no Brasil demonstram um desinteresse do Poder Público para com as populações rurais. As primeiras políticas de saúde para o campo surgem apenas no início do século XX, evoluindo em sua maioria para a manutenção de trabalhadores(as) sadios(as), com a finalidade de assegurar uma maior produção. Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde a saúde dos povos do campo ainda continuava marginalizada. Esse processo vem mudando desde a criação do Grupo Terra e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, trazendo os excluídos para o centro da discussão e construção de uma pauta específica. Essa transformação aponta pela primeira vez para o protagonismo das populações do campo na construção e aplicação de uma Política de Saúde para o meio rural brasileiro..

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas, População do Campo, Questão Agrária, Saúde do Campo, Trabalhador Rural.

INTRODUÇÃO

As Políticas de Saúde são tidas como o papel do Estado, diante dos problemas de saúde e seus determinantes na sociedade, assim como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços

e ambientes que afetem a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2003). As Políticas de Saúde no Brasil evoluíram junto as tendências políticas e econômicas, obedecendo principalmente ao desenvolvimento do capitalismo, deixando a
Rev. Ciên. Vet. Saúde Públ., v. 2, n.2, p. 107-121, 2015

perspectiva da Saúde Pública em segundo plano (MATIELO, 2009; AGUIAR, 2011).

As populações do campo e da floresta são caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. Nesta realidade estão inseridos os(as) agricultores(as) camponeses(as), trabalhadores(as) rurais, comunidades ribeirinhas, povos tradicionais, como os indígenas e quilombolas, dentre outros (BRASIL, 2013). A questão agrária brasileira é resultado de uma história econômica, política e cultural fundada a partir da concentração de terras e de riquezas, exploração de recursos naturais, escravidão, extermínio de povos indígenas e exploração e marginalização de camponeses(as), mas também marcada pela luta dessas populações na forma de organizações e movimentos sociais, como os Quilombos, Canudos, Caldeirão, Ligas Camponesas, Sindicatos Rurais, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), dentre outros (SILVA, 1989; DELGADO, 2001; STEDILE, 2011; CARNEIRO et al., 2012; BRASIL, 2013).

Esta característica da realidade rural tornou muito mais difícil a implantação e evolução das Políticas de Saúde no Campo, estando esta associada principalmente aos interesses econômicos das elites, preocupada apenas em garantir uma mão-de-obra sadia para a exploração dos recursos naturais e geração de lucros (CARNEIRO, 2007; MATIELO, 2009). Para se ter uma ideia dessa dificuldade a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, dentre tantos aspectos importantes levantados, construiu o conceito ampliado de saúde: “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4).

Passados dois anos da VIII CNS, o conceito de saúde que é escrito na Constituição Federal não reconhece “o acesso e a posse da terra”. Essa mudança reflete as dificuldades impostas historicamente pelos ruralistas na construção de uma política de saúde voltada as populações rurais (CARNEIRO et al., 2012).

De acordo com Stedile (2011) toda essa realidade de opressão no meio rural tem deixado fortes raízes na sociedade até os dias atuais, resultando até no baixo número de estudos sobre a questão agrária brasileira. Figueiredo et al. (1987), Carneiro (2007) e Ruiz e Gerhardt (2012) em seus estudos também alertam para a escassez e para a necessidade de mais estudos sobre a saúde no meio rural brasileiro. Souza (2013) diz que, mesmo com a redemocratização do país, as desigualdades do campo não foram superadas, como também não, o domínio dos interesses dos latifundiários sobre os das populações rurais. Ainda segundo a autora, no cenário da saúde os povos do campo ainda estão desprotegidos pelas políticas públicas.

Diante do exposto objetivou-se realizar uma revisão bibliográfica para a sistematização de informações referentes a trajetória das políticas de saúde no meio rural brasileiro, desde o período colonial até os dias atuais, com a criação da Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo e da Floresta.

NOS PRIMEIROS SÉCULOS DO BRASIL AS POPULAÇÕES RURAIS ERAM INVISÍVEIS AOS OLHOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, encontraram uma população indígena, seminômade e heterogênea em termos culturais e linguísticos, que se dispersavam pelo litoral e o interior do país (EDLER, 2010). No Período colonial, que vai de 1500 a 1822, o Brasil, colônia de Portugal, tinha como principal fonte econômica

a agricultura, sendo um dos principais produtos o açúcar, advindo das plantações de cana de açúcar, além da exploração de minérios. Essas produções eram baseadas no trabalho escravo e seus produtos tinham como destino o comércio internacional, de acordo com os interesses da coroa portuguesa (AGUIAR, 2011).

O processo de colonização do país trouxe o aparecimento de diversas doenças transmissíveis. O impacto de tais doenças foi tão relevante que elas contribuíram mais para a diminuição das populações indígenas, do que a escravização e as consequentes mortes causadas pela exploração dos colonizadores. Dentre as principais, pode-se citar a Tuberculose, Febre Amarela, Febre Tifoide, Rubéola, Cólera, Malária, Varíola, Leishmaniose, Lepre, Doenças Sexualmente Transmitidas, Gripes, dentre outras (EDLER, 2010; AGUIAR, 2011).

No período colonial a medicina formal era exercida apenas por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia, que eram oriundos da elite brasileira. Estes se radicavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas de mais alta renda da população. Assim, a prática médica era desconhecida dos mais pobres e, principalmente, dos índios e escravos, que se utilizavam da medicina popular que tinham elementos como o sopro, a sucção de forças ou espíritos malignos, o uso de amuletos, palavras mágicas, poções, unguentos, benzeduras, feitiços, encantamentos, adivinhações e garrafadas, realizados por feiticeiras e curandeiros (RIBEIRO, 2006; ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; EDLER, 2010). Sobre o assunto Aguiar (2011) argumenta:

“A assistência médica limita-se apenas as classes dominantes, constituídas principalmente pelos coronéis do café e era exercida pelos raros médicos que vinham da Europa (medicina liberal). Aos demais (índios, negros e brancos pobres), restavam

apenas os recursos da medicina popular e as sangrias (extração de sangue) que eram praticadas para a cura de algumas doenças” (p. 19).

De acordo com Aguiar (2011) e Escorel e Teixeira (2008), nessa época não se pode falar na existência de uma política de saúde, mas de medidas voltadas para a regulamentação e fiscalização da arte de curar e ações que visavam minimizar os problemas de sanitários que afetavam questões econômicas do país.

Como forma de regulamentar e fiscalizar tanto os profissionais com formação acadêmica, como os físicos cirurgiões (cirurgiões) e boticários (farmacêuticos), quanto outros agentes de cura, sem formação, como parteiras, sangradores, aplicadores de ventosas e diversos tipos de curandeiros, os tribunais portugueses emitiam licenças para o exercício das funções em localidades específicas por tempo determinado (ABREU, 2007; ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Como a produção do Brasil colônia era dependente do regime escravista, existiam preocupações em relação a sua produtividade. Esta situação estava ligada diretamente as condições de vida dos negros, que eram péssimas. O principal interesse na minimização dessas condições precárias não era pela alta mortalidade e sequelas deixadas nas populações negras, mas sim, pelos prejuízos econômicos que essas situações causavam aos senhores (ABREU, 2007; FURTADO, 2010).

Esse martírio começava com o transporte marítimo até as colônias, onde viajavam períodos longos em condições sub-humanas e com uma péssima alimentação. Esse contexto favorecia o aparecimento de doenças, principalmente as carências, como o Escorbuto, causada pela deficiência da vitamina C, que acometia principalmente os escravos recém-chegados da África, ficando conhecida devido a isso como “Mal de Luanda” (ABREU, 2007; FURTADO, 2010).

Quando sobreviviam às viagens, as condições de vida dos escravos continuavam bastante precárias, estando diretamente ligadas à sua condição de exploração.

Os negros que prestavam serviço na produção da cana trabalhavam quase sem descanso, sempre mantidos com muito açoite e mal alimentados. Nas minas o regime de trabalho levava os escravos a apresentarem doenças como as “crises reumáticas”, “as febres com catarrhos”, as “chagas nas pernas” que acometiam os escravos faiscadores, que eram obrigados a trabalhar com parte do corpo submerso em rios gelados durante horas. Nessas condições de trabalho o tempo estimado de vida dos escravos era de apenas sete anos (EDLER, 2010)

Apesar de o Brasil colonial ter sido um ambiente rural, tendo a produção da cana de açúcar e a mineração como principais fatores econômicos, os cuidados da corte portuguesa estavam voltados para a capital e os poucos aglomerados urbanos da época. Com uma maior preocupação no setor econômico do que no da saúde, o Brasil colonial realizou algumas campanhas isoladas, em áreas urbanas, principalmente nas zonas portuárias, para debelar epidemias que prejudicavam a produção e a comercialização das produções com outros países. Ficando a população indígena e negra totalmente invisível aos olhos da coroa portuguesa (AGUIAR, 2011).

Com o processo de independência do Brasil, as ações de saúde pública e de regulamentação dos profissionais ligados a saúde deixaram de ser responsabilidade da Coroa portuguesa. A partir daí as ações de saúde passaram a ser ofício dos municípios. Essa descentralização do poder levou as ações para as demandas locais, mas que estavam ligadas aos interesses da classe dominante. As principais ações se resumiam em vacinações em períodos de epidemias e ações de proteção dos aglomerados urbanos, impedindo a

entrada de escravos doentes nas cidades e a expulsão de pessoas com doenças infecciosas dos centros urbanos para o interior (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

O contexto de desenvolvimento urbano das principais capitais do sudeste e da preocupação governamental com a permanente ampliação do ingresso de mão-de-obra para a agricultura cafeeira resulta em algumas reformas nos serviços de saúde, mas sem novidades para as populações do interior, a saúde continuou centrada na capital, nos portos e para os mais ricos, a maioria da população mais carente que precisa de serviços médicos continua dependendo da medicina popular (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

A queda do regime monárquico no Brasil deu início ao regime republicano, conhecido como Primeira República ou República Velha (1888 – 1930). O domínio político do período se deu pelas oligarquias dos setores agrários, destacando-se os produtores de São Paulo e Minas Gerais, que se alternavam no poder, ficando com isso conhecida como política “Café com Leite” (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; AGUIAR, 2011).

O Brasil chega ao fim do século XIX com problemas na área da saúde, com péssimas condições sanitárias e com epidemias constantes. No cenário econômico, o período foi caracterizado pelo comércio internacional, a agroexportação, principalmente do café. Essa característica econômica, fez com que o país reforçasse sua preocupação com as zonas portuárias, visto que a imagem dos portos brasileiros em outros países era muito ruim, prejudicando dessa forma os negócios. Tal preocupação se dava também porque o país estava saindo de um regime de trabalho escravista e tentando atrair mão-de-obra estrangeira (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; PONTE, 2010; AGUIAR, 2011).

As zonas urbanas passaram por um desequilíbrio demográfico, com um alto crescimento da população, devido ao êxodo dos escravos das áreas rurais para a cidade, procurando alternativas de sobrevivência, e também a chegada dos imigrantes, acentuando ainda mais as precárias condições sanitárias nas cidades (SCOREL & TEIXEIRA, 2008; STEDILE, 2011). Enquanto isso nas zonas rurais, os desmatamentos efetuados para a implantação das fazendas gerava um desequilíbrio ambiental, propiciando o aparecimento de surtos de algumas doenças, como a malária (TELAROLLI JUNIOR, 1996 apud SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Castro Santos (1993 apud SCOREL e TEIXEIRA, 2008) havia resistência no desenvolvimento de políticas voltadas para melhorias nas condições de vida da população rural devido o cenário político, ocupado pelos grandes produtores rurais. Scorel & Teixeira (2008) argumentam que, nos primeiros anos da República, as atividades na Saúde Pública se resumiram a ações pontuais contra epidemias, obrigatoriedade da vacinação contra varíola e a criação de um grupo de doenças (febre amarela, cólera, peste, difteria e o sarampo) de notificação obrigatória, ou seja, apesar de vir dos recursos naturais e da mão de obra do meio rural o sustento da economia brasileira, toda atenção era para as questões sanitárias das áreas urbanas e dos portos, as áreas rurais continuavam invisíveis aos olhos das Políticas de Saúde.

AS EXPEDIÇÕES CIENTÍFICAS AO INTERIOR E A DESCOBERTA DO DRAMA DOS(AS) JECAS

Nos primeiros anos da virada do século, o Brasil, recém república, começa a refletir sobre sua identidade, sobre um projeto de nação (PONTE et al., 2010a). Nessa perspectiva, o cenário apresentava duas hipóteses: uma racial, na qual se

sugeria um “embranquecimento” da população, uma europeização da raça, buscando assim chegar aos avanços econômicos do velho continente, defendida pelos setores mais conservadores. A outra linha era contrária a racial, e apresentava a busca das raízes do país, do seu povo como caminho, norteadas pelo forte retrato do interior da região Nordeste, contextualizada por Euclides da Cunha em seu livro *Os Sertões*, que descrevia os detalhes da guerra de Canudos e a bravura do povo sertanejo (SCOREL e TEIXEIRA, 2008; LIMA, 2010; PONTE et al., 2010a).

Neste cenário de conflitos ideológicos sobre a identidade do Brasil e sobre seu desenvolvimento, várias expedições foram realizadas nas primeiras décadas do século XX. Dentre as mais conhecidas estão a expedição militar comandada por Cândido Rondon, com objetivo a construção de linhas telegráficas do Estado do Mato Grosso até o Amazonas e as expedições que os pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz participaram (LIMA, 1999; LIMA, 2010).

Com a finalidade de tentar a prevenção da malária, que dizimava os trabalhadores na região amazônica, algumas expedições foram contratadas pelas empresas junto aos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz. Em 1908, a Estrada de Ferro Central do Brasil requisitou os serviços de Belizário Penna e Carlos Chagas em Lassance, norte de Minas Gerais. Esta expedição levou Carlos Chagas a desvendar os detalhes clínicos e de transmissão de doença, que veio a receber seu nome. Oswaldo Cruz, em 1909, foi requisitado pela Madeira-Mamoré Railway Company, para realizar trabalho na região banhada pelo rio Madeira. Durante o mesmo período, Astrogildo Machado realizou trabalhos na construção das ferrovias que pretendiam ligar a bacia do São Francisco até o Amazonas. Esses trabalhos constituíram uma importante fonte para subsidiar os bastidores destes

projetos e mostrar as realidades sobre as condições de trabalho, no entanto, revelaram pouco a respeito do contexto local, dos povos e suas culturas (LIMA, 1999; LIMA, 2010; MELLO e PIRES-ALVES, 2009).

Posteriormente, outras expedições foram articuladas para auxiliar projetos de desenvolvimento locais. A Superintendência de Defesa da Borracha, com a finalidade de realizar um levantamento da região e elaborar um plano de exploração racional dos recursos naturais, articulou uma comissão do Instituto Oswaldo Cruz, composta por João Pedroso, Carlos Chagas e Pacheco Leão, para avaliar as condições sanitárias e de vida dos principais centros de produção de borracha. A Inspetoria de Obras Contra as Secas organizou três projetos para analisar as condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões banhadas pelos rios São Francisco e Tocantins. Adolfo Lutz e Astrogildo Machado percorreram parte dos estados de Minas Gerais e Bahia, visitando em sua maioria povos ribeirinhos. Concluindo que o atraso da região se dava pela questão racial, ao clima e a distância dos povoados dos centros urbanos. No mesmo período, José Gomes de Farias e João Pedro de Albuquerque conheceram parte dos estados do Ceará e Piauí, não fazendo relatórios ou diários, mas construindo um extenso acervo fotográfico. E a terceira expedição realizada por Arthur Neiva e Belisário Penna, que se tornou a mais conhecida e relevante das expedições (LIMA, 1999; LIMA, 2010; SCHWEICKARDT e LIMA, 2007; MELLO & PIRES-ALVES, 2009).

Esta última expedição, coordenada pelos cientistas Arthur Neiva e Belisário Penna, percorreu durante nove meses partes de estados do Nordeste e de Goiás, reunindo amplo registro fotográfico e relatórios, acerca do clima, da flora e fauna, quadro de doenças, cultura local e as condições de vida das populações. Os escritos dessa viagem traziam à

tona, além de um inventário das enfermidades que assolavam os sertanejos, os problemas sociais do interior, apontando as doenças, a miséria e o abandono que essas populações eram relegadas pelo poder público. Belisário Penna e Arthur Neiva não se restringiram a uma observação focada no laboratório ou no microscópio, trazendo para o debate político sobre a questão nacional temas como isolamento, doenças e atraso, construindo dessa forma uma documentação crucial para origem do movimento pelo saneamento rural na Primeira República. (NEIVA e PENNA, 1916; LIMA, 1999; LIMA, 2010; ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; MELLO e PIRES-ALVES, 2009; SÁ, 2009).

A incorporação de questões relativas ao papel do Estado e as condições de vida, de saúde e de educação da população do interior do país, traziam uma forte argumentação contra a corrente que atribuía ao determinismo racial um papel central na explicação de nosso atraso como nação (LIMA, 1999; LIMA, 2010; PONTE et al., 2010a).

Uma das polêmicas da época havia sido a criação do personagem Jeca Tatu, por Monteiro Lobato em 1914. Caracterizado como um “parasita, atrasado e indolente”, sendo retratado como o principal obstáculo para o progresso do país (LIMA, 2010). Com o passar dos anos e as novas discussões levantadas por Belisário Penna e Arthur Neiva, Monteiro Lobato passou a retratar seu personagem com outro olhar, responsabilizando o descaso dos governos e as doenças pela situação de atraso das populações rurais. Destacando-se a frase que ficou bastante conhecida no livro do personagem “Jeca Tatu não é assim, ele está assim” (LIMA, 2010, p.80). As expedições dos pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, a transformação crítica do personagem Jeca Tatu e a importante frase do discurso de Miguel Pereira “fora do Rio e de São Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas outras cidades em

que a providência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital!” (MARTINS, 1978 apud PRATA 1990, p.115), mostram o drama sofrido pelas populações rurais do Brasil (PRATA, 1990).

SURGIMENTO DAS PRIMEIRAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AS POPULAÇÕES RURAIS

Em 1914, Belisário Penna, que era inspetor sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), coordena a instalação nas periferias do Rio de Janeiro de Postos de Serviços de Profilaxia Rural, voltados ao combate de doenças parasitárias. Já no ano de 1917 foi implantado no estado de São Paulo um Código Sanitário Rural, propondo melhorias nas condições de vida e saúde da população do interior. Esta legislação foi elaborada por Arthur Neiva que na época dirigia a Saúde Pública do estado (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Essas ações pontuais ainda não traziam mudanças no cenário nacional quanto a melhoria da saúde no interior do país, colocando em cheque a qualidade dos serviços sanitários oferecidos. Aliado a isso, o país estava passando por grandes mobilizações sociais com a criação de sindicatos e o estouro de greves gerais, como a que aconteceu em 1917 na cidade de São Paulo. No mesmo ano, a Revolução Socialista, na Rússia, aquecia as discussões políticas no cenário mundial. Todo este contexto influenciou a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, no ano de 1918. Entidade civil dirigida por Belisário Penna, A Liga defendia uma reforma sanitária que ampliasse os serviços de saúde rumo ao interior do país (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Mesmo o movimento da Liga não conseguindo alcançar a criação de um Ministério específico para a saúde, conseguiu uma reformulação institucional no setor, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública

(DNSP), que veio a substituir o antigo DGSP. O novo órgão abraçou algumas propostas do movimento pelo saneamento rural, tendo como principal, a ampliação territorial dos serviços de saúde através da criação do Serviço de Profilaxia Rural, que construiu novos Postos de Serviços de Profilaxia Rural. Antes funcionando de forma provisória, agora oficialmente subsidiado pela DNSP, funcionando em diversos estados, através de acordos firmados entre os governos locais e a nova instituição. Outro serviço que veio a vigorar no meio rural foi o combate a Febre Amarela nas regiões Norte e Nordeste, em consequência de um acordo entre o governo brasileiro e a instituição filantrópica americana, Fundação Rockefeller (PRATA, 1990; SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Scorel e Teixeira (2008) argumentam que no campo das ideias, a incorporação do interior do país e a valorização dos sertanejos, que possibilitou uma mudança no pensamento social e ampliação dos serviços de saúde anteriormente, foi perdendo força frente ao projeto de nacionalização baseado na industrialização proposto pelo governo Vargas.

No período de ditadura do governo Vargas, o Estado Novo, foram criados diversos serviços de atuação nacional para doenças específicas. Em 1937, surge o Serviço Nacional de Febre Amarela, e em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste, ambos em conjunto com a Fundação Rockefeller (PRATA, 1990; SCOREL e TEIXEIRA, 2008). Em 1941 foram criados os Serviços Nacionais de Combate as Endemias, constituído pelos: Serviço Nacional da Peste, Tuberculose, Febre Amarela, Malária, dentre outras, que basicamente abrangiam as áreas rurais que eram foco dessas endemias (PRATA, 1990; CARNEIRO, 2007; CARNEIRO et al., 2007; SCOREL e TEIXEIRA, 2008; BÚRIGO, 2010).

Em 1942, surge a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em

consequência de outro acordo entre o governo brasileiro e o norte-americano. Este serviço foi criado para atuar no combate da febre amarela e a malária na região amazônica que era uma área de grande interesse econômico para os Estados Unidos, devido o grande potencial de produção de borracha e minério de ferro (CARNEIRO, 2007; CARNEIRO et al., 2007; ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; BÚRIGO, 2010; AGUIAR, 2011).

Em março de 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). O principal objetivo da criação deste órgão era o de unificar sob uma coordenação os diferentes órgãos responsáveis por cada endemia. O principal objetivo da criação do órgão foi atuar sobre um conjunto de endemias, assim, o trabalho seria mais viável economicamente e com maior impacto na saúde (BRASIL, 1956; PRATA, 1990; ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; HOCHMAN, 2010).

A criação do órgão resultou em poucas conquistas, sendo a principal delas a erradicação do mosquito transmissor da febre amarela. No mesmo período de criação e atuação do DNERu, o SESP estava expandido seus serviços, não havendo qualquer tipo de diálogo entre as duas instituições, desenvolvendo ações isoladas uma da outra e que muitas vezes se sobrepunham (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

A MODERNIZAÇÃO AGRÍCOLA E AS POPULAÇÕES RURAIS

Após a Segunda Guerra Mundial, se iniciou uma batalha no campo político-ideológico e tecnológico entre duas potências que saíram vitoriosas da guerra, os Estados Unidos e a União das Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS). Esse conflito ficou conhecido como Guerra Fria. O mundo passava por um período de crise na produção de alimento, logo os Estados Unidos

articularam uma forma de disseminar suas influências políticas, econômicas e tecnológicas na América Latina. Uma das principais ferramentas para este processo foi o subsídio à agricultura, este ciclo no Brasil ficou conhecido como Modernização Agrícola ou Revolução Verde. Este processo consistiu na concessão de pacotes tecnológicos, baseados na dependência de insumos externos à produção, tais como agrotóxicos, adubos químicos, sementes de laboratório, irrigação, mecanização, grandes extensões de terra, conjugado ao modelo de Extensão Rural baseada no difusionismo tecnológico, que valorizava apenas os conhecimentos científicos, não levando em consideração os saberes populares. A modernização agrícola foi um processo que se encaixou perfeitamente para os latifundiários, com grandes propriedades de apenas uma cultura, mas não conseguiu sucesso com o sistema de produção complexo da agricultura camponesa (FONSECA, 1985; DELGADO, 2001; PEREIRA, 2012; RIGOTTO et al., 2012).

Durante a Revolução Verde, as endemias rurais eram apontadas como obstáculos do processo de desenvolvimento e progresso do campo, prejudicando a capacidade de trabalho das populações rurais e gerando prejuízos aos grandes produtores. Uma das armas encontradas pelo setor de saúde do país foi a utilização dos agrotóxicos, principalmente o Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT) como inseticida contra os vetores de algumas endemias, como a malária e a febre amarela, e antibióticos misturados ao sal, com distribuição entre as populações das áreas mais afetadas (HOCHMAN, 2010; PORTO e SOARES, 2012; RIGOTTO et al., 2012).

A hegemonia do modelo de desenvolvimento baseada na modernização agrícola, levou também a uma crescente insatisfação e mobilização por parte dos

camponeses que estavam de fora do processo de desenvolvimento, tanto no que tange a agricultura como às políticas sociais. Essa insatisfação ganhou apoio por parte do Partido Comunista Brasileiro (PCB), por setores progressistas da Igreja Católica e de intelectuais e políticos alinhados com ideais semelhantes, estimulou a organização e mobilização dos camponeses em assembleias, congressos, sindicatos e em Ligas, sendo as Ligas Camponesas a organização mais conhecida, iniciando assim a luta para se tornarem visíveis para o Poder Público, tendo como principais bandeiras a Reforma Agrária e o acesso às Políticas Públicas (DELGADO, 2001; CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008; BÚRIGO, 2010; STEDILE, 2011; SOUZA, 2013).

A POLÍTICA DE SAÚDE NO CAMPO NOS TEMPOS DE REPRESSÃO

A ditadura militar, que durou 20 anos, é caracterizada pela prioridade conferida à medicina curativa e pelo crescimento dos setores privados na área da saúde, estimulados pelo processo de capitalização e expansão da rede privada e a degradação dos serviços públicos (PONTE e NASCIMENTO, 2010; AGUIAR, 2011). Na área da saúde rural, a criação de novas políticas e a mudança institucional do DNERu para a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) em 1970, marcam o período (PRATA, 1990; HOCHMAN, 2010; AGUIAR, 2011).

Embora a Constituição de 1934 afirmasse o direito à previdência social a todos os trabalhadores brasileiros, a população rural só teve acesso a este no início dos anos 1970, através de uma expansão da assistência médica previdenciária. Serviço este que era oferecido aos trabalhadores urbanos desde 1923. Essa conquista, em período de ditadura militar e Revolução Verde se deu devido as crescentes mobilizações dos trabalhadores rurais,

mas também como uma forma do governo da ditadura atrelar e calar a voz das mobilizações sociais do campo (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008; PONTE et al., 2010b; AGUIAR, 2011; CARNEIRO et al., 2012). O Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) foi criado a partir do Estatuto do Trabalhador Rural (1967), no ano de 1971, permitindo formalmente o acesso de trabalhadores rurais, com carteira de trabalho assinada, a um modelo de assistência tipicamente urbano e curativo (CARNEIRO, 2007; CARNEIRO et al., 2007; BRASIL, 2008; BÚRIGO, 2010). O FUNRURAL foi extinto em 1977, enfraquecendo o serviço previdenciário rural, mas não abalando a luta dos movimentos sociais do campo (BRASIL, 2008).

Com a necessidade de se adequar a recomendações internacionais, em relação a expansão da cobertura dos serviços de saúde, foi criado em 1976 pelo Ministério da Saúde o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Esse programa foi formulado prioritariamente para oferecer serviços em áreas rurais e pequenas cidades do interior. Foi desenvolvido em algumas comunidades da região Nordeste e parte de Minas Gerais. O PIASS preencheria um pouco do vazio do Estado na assistência à saúde das populações do campo. Com sua operacionalização, o Ministério da Saúde expandiu seu modelo de atenção primária tradicional, que seria aprimorado na década de 1980, com o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), de abrangência nacional, permitindo a construção de Unidades Básicas de Saúde e a contratação e capacitação de mais profissionais para o serviço (CARNEIRO, 2007; CARNEIRO et al., 2007; BRASIL, 2008; BÚRIGO, 2010; AGUIAR, 2011).

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A SAÚDE NO CAMPO

O forte contexto de violência e repressão da Ditadura Militar, uma forte crise econômica e um grande aumento da inflação, foram derrubando o regime militar e dando forças ao processo de volta a democracia (AGUIAR, 2011). Nesse contexto de redemocratização a participação social começa a ganhar força e se mobilizar em prol das injustiças sociais e discussão de uma nova Constituição. Na área da saúde o Movimento da Reforma Sanitária, colocou a saúde como principal tema na agenda política do país e construiu a VIII CNS, que definiu os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, criando o conceito ampliado de saúde, reconhecendo esta como direito de todos e dever do Estado, além de desenvolver bases para a Constituição Federal de 1988 e do SUS (CARNEIRO, 2007; MATIELO, 2009; AGUIAR, 2011).

O SUS tem se mostrado uma política social bem sucedida mundialmente e trouxe grandes avanços na área da saúde, principalmente em relação à implementação de seus princípios e diretrizes, como a equidade, a integralidade, a participação social, a descentralização e a universalidade dos serviços (CARNEIRO, 2007). Infelizmente as políticas de saúde no país têm sido traçadas com enfoque na problemática urbana, e as populações rurais ficam marginalizadas do debate e de sua construção (CARNEIRO, 2007; CARNEIRO et al., 2007; MATIELO, 2009).

A partir do início do século XXI amplia-se o debate sobre a necessidade da construção de uma Política de Saúde específica para as populações rurais e, estrutura-se um grupo de trabalho para conduzir este processo (CARNEIRO, et al, 2007; MATIELO, 2009). Oficialmente o Grupo Terra foi criado em 16 de abril de 2004, a partir da Portaria

do Ministério da Saúde nº 719/04. O grupo é composto por vários segmentos da sociedade, desde entidades do Estado, como Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), FUNASA, FIOCRUZ, Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS), movimentos sociais e sindicais do campo, como o MST, a CONTAG, o Movimento das Mulheres Camponesas, a Comissão Pastoral da Terra, com a agregação posterior dos representantes dos Quilombolas e Seringueiros. Com a criação desse grupo, pela primeira vez, o “público alvo” da política de saúde para o campo começou a participar diretamente do processo de sua construção (CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008; MATIELO, 2009; BRASIL, 2013; TEIA ECOLOGIA DOS SABERES, 2013).

O Grupo da Terra se consolida como uma articulação intersetorial, cujas finalidades são: I - participar da formulação, implantação e acompanhamento da Política de Saúde para a População do Campo; II - articular e monitorar a implementação das ações dos acordos oriundos das pautas de reivindicações negociadas entre o Ministério da Saúde e os movimentos sociais organizados no campo; e III - participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde da população do campo (CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008).

Elencando alguns resultados do Grupo Terra, tem-se a atuação mais integrada do governo, que começou a criar mecanismos para estímulo das ações nesse âmbito. Dentre essas ações, pode-se citar o Piso de Atenção Básica diferenciado, portarias que definiram mudanças no financiamento, incentivando a equidade e a criação de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) em municípios pequenos, com inexpressiva população rural. Outras políticas diretamente

relacionadas a essas populações, como a de plantas medicinais e fitoterapia, foram construídas também com o estímulo do grupo e a pressão dos movimentos sociais do campo, além da principal conquista que foi o desenvolvimento da PNSIPCF (CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2006; MATIELO, 2009).

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

A PNSIPCF apresenta a necessidade de mudanças no modelo de desenvolvimento agrícola na busca de relações homem-natureza responsáveis e promotoras da saúde e a extensão de ações e serviços de saúde que atendam as populações do campo e da floresta, com suas especificidades (MATIELO, 2009; BÚRIGO, 2010; CARNEIRO et al., 2012). A proposta da PNSIPCF foi apresentada e aprovada por unanimidade, no 14º Conselho Nacional de Saúde, em agosto de 2008, que reconheceu as condições e determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações, e publicada na Portaria 2.866 de 02 de dezembro de 2011 que institui a política no âmbito do SUS, como instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades das referidas populações (BÚRIGO, 2010; BRASIL, 2013; TEIA ECOLOGIA DOS SABERES, 2013). O texto reconhece a dívida histórica do Estado brasileiro com a saúde das populações do campo, apresenta a necessidade de superação do modelo de desenvolvimento econômico e social na busca de relações homem-natureza responsáveis e promotoras da saúde e a extensão de ações e serviços de saúde que atendam as populações, respeitando suas especificidades (BÚRIGO, 2010; TEIA ECOLOGIA DOS SABERES, 2013).

A política tem como principal objetivo melhorar o nível de saúde das populações do meio

rural por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades com relação a gênero, de raça/cor e etnia, englobando o acesso aos serviços de saúde, redução dos riscos a saúde provenientes do trabalho e modernização agrícola e a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida. Esta é composta por objetivos, diretrizes e estratégias, tendo a característica da transversalidade, prevendo responsabilidades e ações da gestão nos três níveis (federal, estadual e municipal), articuladas com as demais políticas do Ministério da Saúde e com a sociedade civil (BRASIL, 2013).

CONCLUSÃO

Esta sistematização trouxe elementos para a reflexão sobre as políticas de saúde no meio rural do Brasil no decorrer de toda sua história. Os Senhores, Barões, Coronéis e elites, junto com o Poder Público, sangraram, e ainda sagram, o país com a exploração dos recursos naturais e dos trabalhadores, ignorando as demandas sociais que as populações mais pobres, principalmente do campo, necessitavam, construindo dessa forma as bases das desigualdades sociais do Brasil. As populações rurais passaram por um longo período de invisibilidade aos olhos do Poder Público até que o Estado as enxergassem. Essas pessoas nunca foram o foco das Políticas de Saúde no campo, sendo esta uma fiel companheira dos senhores da terra para manter os trabalhadores e trabalhadoras sadios, produzindo muito e gerando mais lucros. Mesmo com a criação do SUS no final do século XX a saúde dos povos do campo ainda continuava marginalizada. Essa marginalização vem mudando desde a criação do Grupo Terra e da PNSIPCF, trazendo os excluídos para o centro da discussão e construção de uma pauta específica. Essa transformação sugere pela primeira vez para o protagonismo das populações do campo na

construção e aplicação de uma Política de Saúde para o meio rural brasileiro. Apontando para uma mudança real das condições de saúde no interior do país e uma maior estruturação e mobilização dos movimentos sociais do campo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. L. N. A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das 'luzes' e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, v.14, n.3, p.761-778, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300005>. Acesso em 02 jul. 2014.
- AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: breve História da Política de Saúde no Brasil. In: AGUIAR, Z. N. (org.). **SUS: antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. Cap.1, p.17 - 40.
- BRASIL. **Lei Nº 2.743, de 6 de março de 1956. Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2743-6-marco-1956-355164-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 31 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8º**. 1986. Relatório. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>. Acesso em: 30 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2006. 148 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília – DF, 2008. 30p. Disponível em http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2013/09/PNSIPCF_Revisada_CIT_19_11_2008.pdf. Acesso em: 31 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1.ed. 1. reimp. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2013. 48p.
- BÚRIGO, A. C. **Politecnia e Pedagogia do MST – A construção coletiva de um currículo em Saúde Ambiental para a população do campo**. 2010. 157 p. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- CARNEIRO, F. F. **A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unai, Minas Gerais, 2005**. 2007. 143 p. Tese (Doutorado em Ciência Animal). Escola de Veterinária. Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2007.
- CARNEIRO, F.F.; TAMBELLINI, A. T.; JOSÉ AILTON DA SILVA, J. A. da; BÚRIGO, A. C.; SÁ, W. R de; VIANA, F. C.; BERTOLINI, V. A. **A Saúde das Populações do Campo: das políticas oficiais às contribuições do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 209-230, 2007. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufjf.br/cadernos/images/csc/2007_2/artigos/IESC_2007-2_4.pdf. Acesso em 01 jul. 2014.
- CARNEIRO, F. F.; BÚRIGO, A. C.; DIAS, A. P. **Saúde Do Campo**. In: CALDART, R. S. et al. (orgs.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio

de Janeiro, São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012. p.693-699.

DELGADO, G. C. Expansão e modernização do setor agropecuário no pós-guerra: um estudo da reflexão agrária. **Estudos Avançados**, v.15, n. 43, p.157-172, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142001000300013>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil imperial. In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Cap. 1, p. 25 – 48.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C.; NORONHA, J. C. de; CARVALHO, A. I. de. (orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Cap. 10, 333 – 384 p.

FIGUEIREDO, V. M.; FREITAS, E.; PINTO, M. de G. O.; BARROS, M. E. Questão Agrária e Saúde no Brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.15, n.59, p.7-17. 1987. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2059/V15%20n59-02.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

FONSECA, M. T. da L. **A Extensão Rural no Brasil: um projeto para o capital**. São Paulo: Edições Loyola, 1985.

FURTADO, J. F. Medicina Tropical: da natureza brasileira vieram práticas médicas utilizadas desde o período colonial. **Revista de História da Biblioteca Nacional**, Especial nº1: História da Ciência. p.82-84, 2010.

HOCHMAN, G. O sal como solução? Políticas de saúde e endemias rurais no Brasil (1940-1960). **Sociologias**, n.24, p. 158-193, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222010000200007>>. Acesso em: 02 ago. 2014.

LIMA, N. T. **Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional**. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, UCAM, 1999, 232p.

LIMA, N. T. O Brasil que conheceu o Brasil. **Revista de História da Biblioteca Nacional**. Especial nº1: História da Ciência. p.76-80, 2010.

MATIELO, E. **Dialogando sobre educação em saúde e ética a partir da experiência do curso técnico em saúde comunitária do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra**. 2009. 138 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2009.

MELLO, M. T. V. B de; PIRES-ALVES, F. Expedições científicas, fotografia e intenção documentária: as viagens do Instituto Oswaldo Cruz (1911-1913). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.139-179. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000500008>>. Acesso em: 06 ago. 2014.

NEIVA, A.; PENNA, B. Viagem científica ao sul da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goyaz. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, Manguinhos, 1916. 179p.

PAIM, J. S. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 20, p. 587-603.

PEREIRA, M. C. de B. Revolução Verde. In: CALDART, R. S. et al. (orgs.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro, São Paulo:

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Expressão Popular, 2012. p.687-691.

PONTE, C. F. O Brasil no microscópio. In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Cap. 2, p. 49 – 72.

PONTE, C. F.; NASCIMENTO, D. R. do. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. Cap.6, p. 181 – 220.

PONTE, C. F.; KROPF, S. P.; LIMA, N. T.. O Sanitarismo (re)descobre o Brasil. In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010a. Cap.3, p. 73 – 112.

PONTE, C. F. et al. Saúde Pública ou Medicina Previdenciária: complementares ou excludente. In: FIDÉLIS, C.; FALLEIROS, I. (orgs). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010b. Cap.4, p. 113 – 152.

PORTO, M. F.; SOARES, W. L. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 125, n. 37, p.17-50, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572012000100004>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

PRATA, A. O combate as doenças endêmicas e a pendular regionalização dos Serviços de Saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n.23, p.1-4, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v23n1/01.pdf>>. Acesso em 05 ago. 2014.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à República Velha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; MARINHO, A. M. C. P.; ROCHA, M. M.; FERREIRA, M. J. M.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. de A.; SILVA, M de L. V. da; BRAGA, L. de Q. V.; TEIXEIRA, M. M. 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**, v.6, n.17, p.1533-1542, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000600017>>. Acesso em 29 ago. 2014.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.3, p. 1191-1209, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300018>>. Acesso em 01 set. 2014.

SILVA, J. G. da. **O que é Questão Agrária**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1989. 109p.

SÁ, D. M. de. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.183-203, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000500009>>. Acesso em 02 ago. 2014.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, N. T. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p.15-50, 2007. Disponível em: <

[http://dx.doi.org/10.1590/S0104-](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000500002)

[59702007000500002](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000500002)>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SOUZA, M. do S. de. **Questão agrária e direito à saúde: o lugar da saúde no projeto político do Movimento Sindical de Trabalhadores (as) Rurais**. 2013. 225 p. Dissertação (Mestrado em Política Social). Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

STEDILE, J. P. Introdução. In: _____ (org.). **A questão agrária no Brasil: o debate tradicional (1500 – 1960)**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011. p. 15-31.

TEIA DE ECOLOGIA DE SABERES. **Relatório da 1ª Oficina do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 2013. 41p. Disponível em: <http://www.universidadepopular.org/site/media/relatorios_oficinas/Relatorio_Final_da_1ordf_Oficina_Fortaleza.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.