

A Atividade Econômica e a Condição de Saúde das Populações: estudo de duas regiões no Sul do Brasil

Para o estudo da saúde das populações a delimitação geográfica dos fenômenos torna-se um elemento importante, pois muitas vezes o objeto de interesse da pesquisa possui critérios pertinentes para que haja o estabelecimento de limites territoriais.

Neste estudo a delimitação foi feita com base nas atividades econômicas, supondo-se que estas atividades podem levar a fenômenos específicos que atuam sobre a saúde de suas populações (DINIZ FILHO, 2009). Quando se enfoca a zona rural brasileira, as diferenças das condições de vida e, portanto, de saúde, se sobressaem quando observadas a partir da delimitação das atividades agropecuárias¹ das regiões.

Este trabalho buscou respostas através do estudo de duas áreas geográficas que priorizam atividades agropecuárias, características da zona rural do Sul do Brasil, distintas entre si: a primeira, que chamaremos de AET, caracterizada por atividades econômicas tradicionais, como a avicultura e a suinocultura, oriundas de uma cultura resultante de uma sociedade composta por descendentes de imigrantes, (principalmente europeus), com valores e cultura fortemente regionais.

Essa área geográfica que tinha uma sociedade equilibrada e relativamente igualitária até os anos 1980 está se desestruturando a partir da mundialização da economia, com alterações em suas complexas relações socioeconômicas (MIOR, 2005; NAVARRO, 2001). A segunda área estudada é caracterizada pela monocultura arbórea, equivocadamente denominada “reflorestamento”. Segundo a BRACELPA (2011) a região Sul possuía um

1 As atividades agropecuárias são compostas pela produção de bens de consumo mediante o cultivo de plantas e da criação de animais como gado, suínos, aves, entre outros.



Olga Maria Panhoca da Silva¹
Jane Kelly Oliveira Friestino²

1 Doutora e mestre em Saúde Pública, pós-doutora em epidemiologia (USP) e em geografia econômica (UFPR). Professora da Universidade Estadual de Santa Catarina, ompanhoca@yahoo.com.br

2 Doutora e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, janekos@gmail.com

milhão de hectares plantados que cobrem 12,6% da área produtiva do estado de Santa Catarina, 7,1% do Paraná e 4,3 % do Rio Grande do Sul. Essas áreas que tem uma população escassa e pobre, sobrevivia principalmente da agricultura familiar (Navarro 2001).

O objetivo deste estudo foi possibilitar algumas proposições de ações de fomento ao Desenvolvimento Humano², a partir da comparação das condições de vida e saúde das populações da área cuja atividade econômica principal é a monocultura arbórea (Madeira) com a área que deu continuidade às atividades econômicas tradicionais (AET) na região Sul do Brasil.

MÉTODOS

As áreas geográficas foram configuradas a partir das microrregiões político-administrativas e para identificá-las foram elaborados dois algoritmos que representaram respectivamente a atividade da Madeira e da AET. O algoritmo Madeira foi composto pelo efetivo em pés (árvores) existentes das espécies Acácia-negro, Eucalipto, Pinheiro americano, Pinheiro brasileiro (araucária). Para identificar a área da AET, utilizou-se suinocultura e avicultura. Para suinocultura foi usada a quantidade de suínos vendidos no ano; para avicultura a quantidade de galinhas vendidas no ano e seus ovos. Foi então calculada a densidade de produção usando como denominador a área total dos estabelecimentos agropecuários. Os valores mínimos e máximos encontrados foram ajustados para se transformar em indicadores com valores assumidos de 0 (nenhuma produção) e 1 (máxima produção). Para se obter o algoritmo foi calculada a média aritmética dos valores obtidos para cada tipo de árvores. Na mensuração da AET calculou-se a densidade de produção de cada componente da variável. Foram calculadas, então, as máximas diferenças entre os algoritmos AET e Madeira identificando as microrregiões componentes das duas áreas.

As áreas da Madeira e AET foram comparadas entre si para cada uma das variáveis: População, Água, Razão de masculinidade, Escolaridade dos jovens, Mortalidade geral, Mortalidade por grupo de causas, Mortalidade proporcional por faixa etária, Mortalidade por agressão e Mortalidade por tuberculose. Muitos destes indicadores tiveram recortes voltados para a análise.

O IDH-M é calculado para municípios e não para as microrregiões, sendo assim, foi calculada a mediana do valor dos IDH-M dos municípios componentes de cada microrregião. Atualmente o Brasil disponibiliza o IDH-M para os municípios, sendo que o seu cálculo é uma adaptação do método do IDH para a realidade brasileira (PNUD 2013). Os dados utilizados foram coletados dos bancos do SUS – Sistema Único de Saúde, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e PNUD-BR.

Como a área geográfica foi obtida através do recente Censo Agropecuário de 2006 (IBGE 2006), todas as outras variáveis seguiram esta data. As bases documentais e visitas ao campo entrevistas foram inseridas na discussão dos resultados.

2 Desde 1996 o Índice de Desenvolvimento Humano hierarquiza as populações levando em consideração a saúde, renda e educação (expectativa de vida, indicadores de renda e taxa de alfabetização). Sabe-se que o conceito de Desenvolvimento Humano(4) é descrito como um “processo de ampliação das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para que sejam o que desejam ser”.

Do ponto de vista estatístico foram usados o teste de Kolmogorov – Smirnov (verificação da normalidade), o Test t de Student para amostras independentes significância de 5% ($p < 0.05$) e para o tratamento o Bioestat 5.3.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC (parecer nº 167/06). As autoras afirmam que não existe conflito de interesse na realização do presente estudo.

RESULTADOS

A área Madeira foi identificada nas microrregiões São Jerônimo, São Bento do Sul, Canoinhas, Gramado-Canela, Telêmaco Borba, União da Vitória, Jaguariaíva, São Mateus do Sul, Camaquã e Curitiba. A AET nas microrregiões Chapecó, Pato Branco, Toledo, Francisco Beltrão, Caxias do Sul, Concórdia, Não-Me-Toque, Guaporé, Foz do Iguaçu e Erechim.

A região Sul apresentou uma Razão de Masculinidade de 0,96, entre a população de 20 a 49 anos apresentou 0,972, sendo estes valores superiores ao encontrado para o Brasil. Na região da Madeira este indicador se inverte e o contingente masculino supera o feminino. Segundo o observado, essa área se equipara aos valores observados na região Norte - a única do Brasil onde o número de homens é superior ao de mulheres, evidentemente uma região atrativa aos homens. Segundo Veiga (Veiga 2000a), os municípios com menos de 5 mil habitantes possuem mais homens do que mulheres, principalmente devido à evasão de mulheres em busca de empregos nas cidades (IBGE 2011).

Para se estudar a escolaridade optou-se pelos jovens, uma vez que esta pode refletir uma idéia melhor do nível atual de escolaridade. Por hipótese, temos que todos os jovens de 18 a 24 anos deveriam ter completado o ensino médio, mas observamos que somente em uma única microrregião se conseguiu 70% de jovens com essa escolaridade (Tabela 1). A escolaridade dos jovens é maior na região da AET.

Tabela 1: Escolaridade da população de 18 a 24 anos para região Sul, Microrregiões Madeira e AET, 2000.

Escolaridade	Menos de 1 ano de estudo	1 a 3 anos de estudo	4 a 7 anos de estudo	8 anos e mais de estudo	Total
Região Sul	1.8	5.5	28.8	62.6	100
Área da Madeira					
S. Jerônimo	2.7	7.3	35.8	53.0	100
S. Bento do Sul	1.8	5.1	33	56.7	100
Canoinhas	1.6	6.7	38.3	50.4	100
Gramado-Canela	1.3	5	38.9	54.4	100
Telêmaco Borba	4.5	12.1	35.5	46.6	100
União Vitória	2.6	8.5	37.5	50.1	100
Jaguariaíva	2.7	9.3	37	49.8	100

Escolaridade	Menos de 1 ano de estudo	1 a 3 anos de estudo	4 a 7 anos de estudo	8 anos e mais de estudo	Total
S. Mateus do Sul	1.6	7.9	42.7	45.9	100
Camaquã	2.5	9.7	41.9	44.9	100
Curitibanos	3.1	12.5	42.3	40.1	100
Área da AET					
Chapecó	2.4	5.4	31.6	58.3	100
Pato Branco	2.3	4.9	24.4	66.6	100
Toledo	2.0	4.7	20.7	71.1	100
Franc. Beltrão	2.0	5.5	26.5	63.7	100
Caxias do Sul	0.9	3.0	27.7	67.1	100
Concórdia	1.7	3.0	27.5	64.1	100
Não-Me-Toque	0.4	3.7	26.4	68.9	100
Guaporé	1.1	2.9	34.8	59.8	100
Foz do Iguaçu	2.2	6.2	28.4	61.8	100
Erechim	1.2	4.4	31.3	61.9	100
<i>Teste T</i>	<i>0,04</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	

Fonte IBGE: SIDRA.

Na área da Madeira o ensino médio tem percentual abaixo do que o encontrado para a região Sul como um todo, (62,6), mostra, também, percentuais baixos para menos de 3 anos de estudo. Destacam-se Telêmaco Barbosa e Curitibanos que mostraram percentuais extremos de jovens sem o estudo fundamental na área da Madeira.

O Coeficiente de Mortalidade Geral (padronizado pela população da região Sul) foi maior nas microrregiões da Madeira em relação à AET, mas a Mortalidade Proporcional por Faixa Etária por todas as causas, até a idade de 44 anos, apresenta distribuições muito semelhantes para as duas áreas, (Gráfico 1). Para a faixa de 45 a 64 anos existe mais mortes para a região da Madeira, comprovada pelo teste T com $p = 0,006$. Nesse grupo de adultos, em geral, as mortes costumam se relacionar ao trabalho, uma vez que estes adultos estão inseridos em suas atividades produtivas (HENNINGTON, 2004; SANTANA et al., 2007). A ocorrência de óbitos abaixo da idade limite de expectativa de vida brasileira pode referir-se às mortes violentas (causas externas), geralmente conectadas a uma população masculina e, problemas oriundos da desigualdade, renda, pobreza e baixa escolaridade (UNITED NATIONS, 2011).

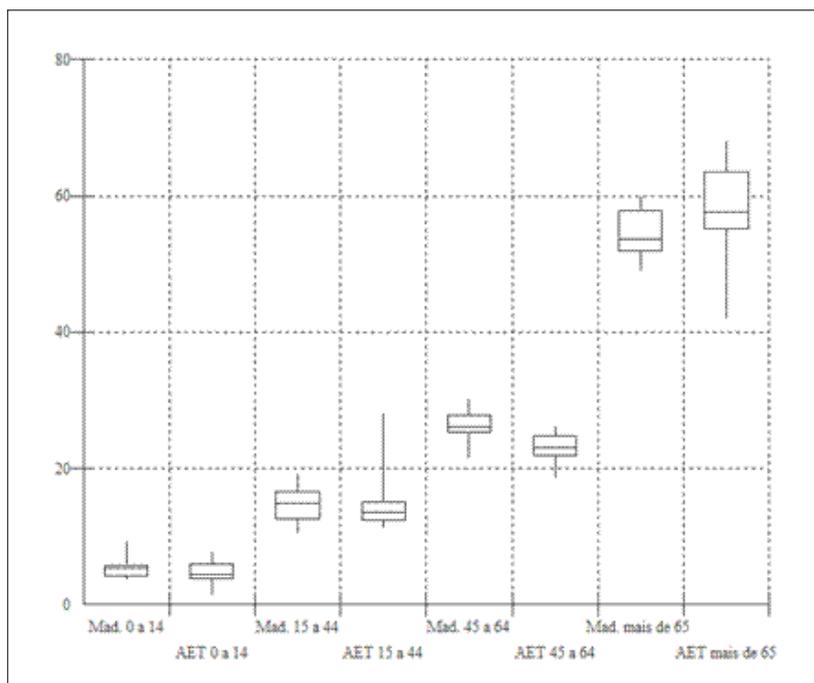


Gráfico 1: Mortalidade Proporcional por Faixa Etária para a região Sul e microrregiões citadas, 2006.

Notadamente as mortes ocorrem mais entre os idosos na área da AET. Na análise, Foz do Iguaçu, da área da AET, se destacou pela mortalidade precoce de sua população. Ela é citada como uma das regiões com piores indicadores de sobrevivência provenientes de fatores sociais e históricos (WHO, 2005) e que certamente não se originam nas atividades produtivas aqui estudadas.

Nos coeficientes de Mortalidade por Grupo de Causas, a Mortalidade por Transtornos Mentais e Comportamentais (Mentais Comp/) e Causas Mal Definidas (Mal def/), e Doenças do Sangue e do Sistema Hematopoético (Sangue), são maiores para a área da Madeira. Respectivamente, quando usado o teste T, apresentam valores p de 0,004, 0,005 e 0,038.

Dentre as doenças contemporâneas, a tuberculose tem sido considerada um marcador que reflete as péssimas condições socioeconômicas (WHO, 2005; TEIXEIRA e COSTA, 2011; SAN PEDRO e OLIVEIRA, 2013). O Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose (Gráfico 2) se mostra muito mais elevado na área da Madeira, com confirmação estatística dessa diferença, $p = 0,02$, reforçando piores condições das populações que habitam a área. As mortes causadas por tuberculose vêm decaindo no mundo e também no Brasil (ONUBR, 2011). Na região Sul esse indicador foi de 29 mortes/100.000 habitantes. Todas as microrregiões da AET estão abaixo desse valor, exceto Foz do Iguaçu (35/100.000), mas na área da Madeira encontraram-se valores

muito superiores aos observados que se assemelham aos encontrados em locais desprivilegiados como o estado do Amazonas (62,9). Estão acima do valor brasileiro: Camaquã com 96 óbitos/100.000 habitantes; São Bento do Sul com 66,1/100.000 habitantes, Telêmaco Borba, 53,8/100.000 habitantes e Jaguariá, 48,0/100.000 habitantes.

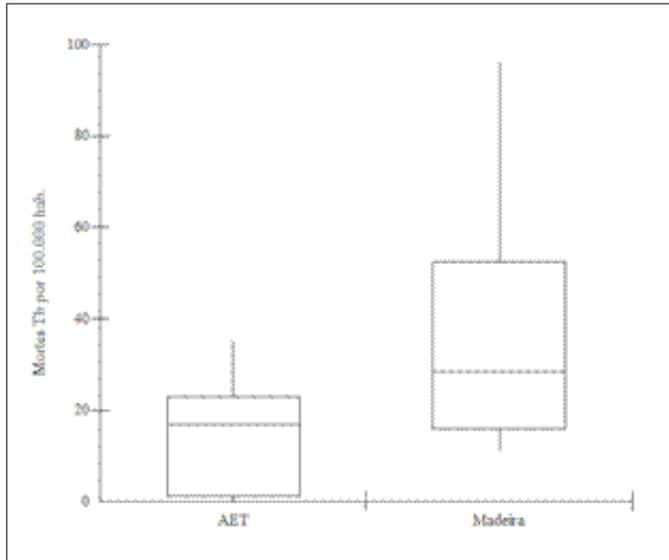


Gráfico 2: Coeficiente de Mortalidade por Tuberculose (100.000 habitantes - padronizado para a população da região Sul) da área Madeira e AET, 2006.

Nas Mortalidades por agressões, (consideradas apenas as mortes originadas nas agressões interpessoais comprovadas por exame de necropsia), (gráfico 3) destacou-se Foz do Iguaçu como uma microrregião de extrema violência (NUPREV 2007), apresentando um coeficiente de 78,7, enquanto que apenas outras duas regiões mostraram valores maiores do que a região Sul, (21,0).

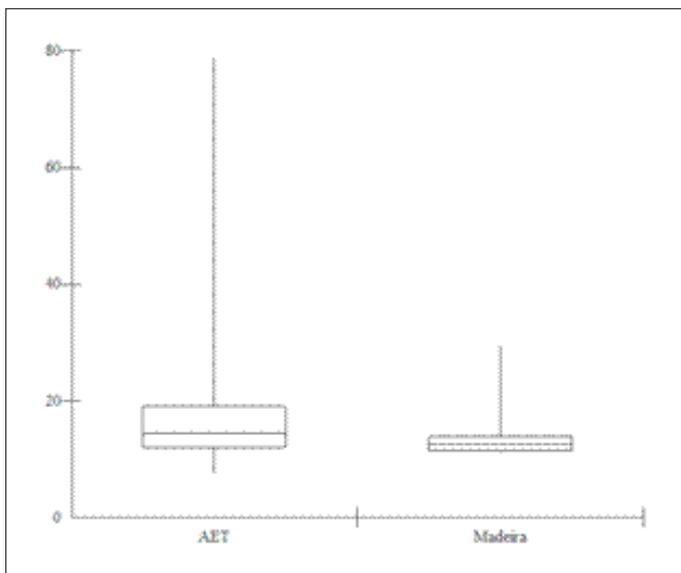


Gráfico 3: Mortalidade por Agressão nas Áreas Madeira e AET, 2006.

Na análise estatística pudemos confirmar que não existe diferença entre as duas áreas estudadas, sendo que não foi considerada a microrregião de Foz do Iguaçu por suas peculiaridades sociais. Notou-se muita semelhança nas duas áreas de atividades produtivas e talvez se possa crer que a agressão estava difusa e um pouco mais presente na área da AET. Ao observar a distribuição proporcional de óbitos somente entre os sexos encontrou-se maiores percentuais na área da AET em relação à área da Madeira, Teste t com $p = 0,04$.

Foi comparado o IDH-M nas duas regiões para momentos históricos diferentes, anos 1991, 2000 e 2010 e encontraram-se índices de Desenvolvimento Humano estatisticamente maiores, para 2000 e 2010, na área da AET.

DISCUSSÃO

A saúde das populações sofre as consequências de políticas que extrapolam a sua esfera. A capacidade de articulação e reivindicação das comunidades também gera diferentes pressões e conseguem, ou não, melhorar as suas condições e redes de serviços (CARNEIRO, 2007).

As políticas rurais de saúde nem sempre atingem todo o território com o mesmo impacto. Na área da saúde resta a dificuldade da fixação de profissionais das equipes de atendimento (MAS-SOTE et al., 2013) assim como para as equipes educacionais. A integração desses profissionais entre si e com as comunidades demanda tempo, investimento e políticas (KASSOUF, 2005).

O Brasil, segundo Veiga (2000a), adotou um modelo de desenvolvimento, principalmente desde os governos militares até o governo Collor, que incentivou a diminuição de custos no agronegócio através da adoção de novas tecnologias. Esperava-se ativar a economia com essa modernização tecnológica e impulsionar a diversificação das indústrias e serviços, elevando a renda per capita e reduzindo a pobreza. Entretanto, como consequência, essa política acarretou um desemprego de 12 milhões de pessoas do setor agrário, assim como facilitou as plantações extensas que trouxeram consigo aspectos negativos como os danos ecológicos, a paisagem monótona e a falta de dinamismo financeiro necessário à vida comunitária (BRUMER, 2007). Como citado por Veiga (2000a), a exclusividade do agronegócio, (como por exemplo, a agroindústria da madeira), incorporou tecnologias inovadoras e absorve atualmente pouquíssima força de trabalho (VEIGA, 2000b). Como efeito dessa opção política, obteve-se baixo estímulo para o desenvolvimento dessas áreas, bloqueando a diversificação de atividades e iniciativas, a circulação do dinheiro e a infraestrutura, incluindo nesta, a saúde. Esses locais caíram em abandono social e empobreceram no sentido pleno do Desenvolvimento Humano (HAUZES, CARDOSO, ESTRANSO, 2011).

Como determinantes das melhores condições de saúde da área da AET pode-se evidenciar a colonização européia como um modelo de produção minifundiário com produção diversificada. Guanzirolí e Romeiro afirmam que a cooperação entre os colonos levou suas atividades agropecuárias a se implantar aproveitando a estrutura familiar (GUANZIROLI e ROMEIRO 2001) utilizando o trabalho integrado das mulheres e filhos. Como demonstrado pelos dados sobre o trabalho infantil este fato ainda persiste.

Apesar da mundialização da produção agroindustrial nos anos 80 e 90 ter afetado o modo de produção colonial e ter causado o empobrecimento de muitos colonos (Mior 2005), a área

da AET já tinha suas bases estruturadas (MINGIONE e PUGLIESE, 1987). Muitos colonos conseguiram capacitar seus filhos e estes se estabeleceram em pequenas cidades com profissões diversas (MINGIONE e PUGLIESE, 1987). Essas regiões tornaram-se diversificadas, ricas e com uma infraestrutura implantada, assim, de um modo ou outro, essas comunidades conseguiram acesso à saúde e educação (GUANZIROLI e ROMEIRO, 2001). Devido a estes fatores históricos e econômicos eles se estabeleceram em situações de vantagem em relação aos que não se integraram em comunidades como os habitantes da área de cultivo de madeira, comprovados pelos níveis de Desenvolvimento Humano dessas áreas (PNUD, 2013; PNUD, 2008).

A renda da área da AET se destaca em relação à região Centro-Sul do Brasil e mostrou Caxias do Sul com o 17º melhor PIB, Joaçaba e Caçador com o 22º e Chapecó com o 25º (PIB per capita calculado com valores de 2008). Entretanto, na área da Madeira não aparecem valores altos de PIB pc (PNUD, 2013; PNUD, 2008).

A utilização do trabalho infantil na área da AET é favorecida pela criação de aves e suínos, onde a lida com os rebanhos é composta por muitas atividades leves e que podem ser executadas por crianças (GIRAIDE, 2008), além do que a cultura ao trabalho desde a tenra idade é um dos valores das famílias locais.

Do ponto de vista sociológico (SORJ, POMPERMAYER e CORADINI, 2008), a capacidade de reivindicações e a força de representação das populações das áreas da Madeira e da AET seguem as mesmas demandas mas com intensidades distintas. Em um extremo estão os produtores rurais que se integraram e que estão melhor estabelecidos e do outro os produtores marginalizados. A sobrevivência dos dois fica traçada por diferentes canais de reivindicações e representações (KASSOUF, 2005). Na área da AET os colonos se representam através de instituições estatais ou associações privadas que mobilizam poderes políticos e decisórios para melhorias da infraestrutura geral, incluindo saúde e educação. Mesmo que atualmente essas representações estejam aliadas aos oligopólios agroindustriais é interessante para a agroindústria uma população saudável e com preparo técnico-educacional.

Os marginalizados rurais, isolados em comunidades esparsas, estão desarticulados dos poderes políticos e econômicos, não fazem reivindicações e ficam à mercê de reformas sociais ou políticas sociais paliativas. Sua capacidade de reivindicação depende muito de terem suas exigências assumidas por instituições político-ideológicas mais amplas como os partidos políticos, igreja, etc. Estes marginalizados não exercem pressões organizadas por si e não tem representações que pressionem por melhorias em suas condições de vida. Notadamente vê-se esse modelo social na área da Madeira, mostrando o impacto das condições sociais nas diferentes análises de mortalidade para esta região. Como não existem trocas de valores econômicos poder-se-ia pensar em mecanismos para garantir o repasse de uma parcela dos ganhos obtidos pelas agroindústrias aos salários dos trabalhadores locais, através de acordos trabalhistas respaldados por coalizões sociais e políticas de amplo espectro.

Nessas comunidades faltam fóruns de debates locais, principalmente os que abordam a infraestrutura, a preservação ambiental, a cultura local e o aumento de renda. Nas reivindicações estão as possibilidades de atividades para a fixação das mulheres e crianças, a problemática das mutilações corporais e o risco do esgotamento da água. Mesmo com a constatação do empobrecimento das populações nos monocultivos arbóreos, também se verifica que estava

posto a pobreza e a marginalidade dessas populações e, também por isso, foram atrativas dessas monoculturas (DINIZ FILHO, 2009), sendo esses fenômenos recíprocos. Para Diniz Filho (2009), os recursos gerados e encontrados nessas regiões não voltam para a sua população através de salários e infraestruturas, tornando as regiões simplesmente doadoras. Esse empobrecimento ocorre não somente em termos econômicos, mas também sociais e políticos, impedindo avanços.

As vantagens das extensas plantações arbóreas no sul do Brasil são medidas pelos montantes obtidos em exportações e volumes de produção (ABRAF 2013), mas cabe, frente à comprovação da desvantagem de suas populações, a observação de indicadores sociais complexos (CASTRO, 2006).

Para a melhoria das condições socioeconômicas das populações da área da Madeira existem algumas propostas externas ao setor da saúde. Uma destas é certificar a madeira plantada considerando estímulos às condições sociais (FSC, 1994) e CERFLOR (notas de rodapé 4). Para minimizar a expansão (ABRAF, 2013) das plantações deve-se adotar a “produção e consumo sustentáveis” (ONUBR, 2012) incluindo nos debates a questão das populações que habitam essas regiões.

Dessa forma, propõe-se:

1. Acrescentar nos estudos do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento aspectos socioeconômicos das populações (VEIGA, 2000b, FAO, 2010) com políticas públicas discutidas nas localidades e diferenciadas por área de plantio. Sabe-se que a agricultura moderna utiliza pesticidas, hormônios e fertilizantes químicos que apontam uma devastação do meio ambiente incluindo a contaminação da água (RATTNER, 2009);
2. Incentivar as pesquisas para possibilidade de outros cultivos e atividades que possam se compatibilizar à Madeira, gerar maior circulação de dinheiro, atrair novos investimentos com infraestrutura (VEIGA, 2000b) e estímulos para a comunidade (NAVARRO, 2001);
3. Expor balanços sociais locais que mostrem as desvantagens e vantagens das populações de cada localidade (PNUD, 2013);
4. Verificar os impactos da AET e Madeira sobre a saúde humana, o meio ambiente e a produção de alimentos e, estimular reuniões de cidadãos para compartilhar ou assumir suas decisões, criando canais de pressão e diálogo com os governos (UNITED NATIONS, 2011);
5. Assegurar medidas governamentais onde todas as famílias tenham acesso a cuidados de saúde (WHO, 2005) com a criação de sistemas de saúde coerentes, integrados e eficazes, financiando a melhor gestão da saúde local e rural e resolvendo a crise de recursos humanos (WHO, 2005);
6. Aproximar academias e universidades dos produtores e populações marginalizadas para caminhar com pesquisa, extensão e ensino direcionais, abrindo o leque universitário;
7. Estabelecer parcerias para a construção de áreas de lazer e revitalização de vias e áreas públicas, dentre outros benefícios sociais (VEIGA, 2000b);
8. Criar meios para a requalificação da mão-de-obra rural para as atividades não agrícolas e proporcionar a implantação da pluriatividade para as alterações no mercado de trabalho.

CONCLUSÃO

Foi verificada uma relação existente entre piores condições socioeconômicas e saúde das populações inseridas e permeadas pelo monocultivo arbóreo; A análise documental apontou para a desvantagem dos pequenos proprietários rurais e as pequenas propriedades, reforçando os resultados quantitativos. E, por fim, identificou-se que a região Sul mostra algumas áreas com pouco acesso à educação e saúde.

Resumo: Foi feita uma comparação das condições de vida e saúde das populações cuja atividade econômica principal é a monocultura arbórea, com a área que deu continuidade às atividades econômicas tradicionais na região Sul do Brasil. Essa região tem um alto Desenvolvimento Humano, mas muita pobreza em áreas de monocultura da madeira. Para localizar a intensidade das atividades foram construídos dois algoritmos. A análise foi feita com indicadores quantitativos e complementada com documentação. Foram comprovadas piores condições socioeconômicas e de saúde nas populações que convivem com o monocultivo arbóreo, chamando a atenção problemas como mortalidade por tuberculose, violência e menor expectativa de vida.

Palavras-chave: Desenvolvimento humano; Sociologia médica; Fatores socioeconômicos; População rural.

ECONOMIC ACTIVITY AND THE HEALTH CONDITION OF POPULATIONS: STUDY OF TWO REGIONS IN THE SOUTH OF BRAZIL

Abstract: The purpose is allowing proposals of actions to promote Human Development with to compare the living conditions of the areas whose main economic activity is the wood monoculture with regions that have continued with traditional economic activities. Southern Brazil has a good Human Development but occurrence of poverty within areas of wood monoculture. To demonstrate the areas outlined above, it was necessary to construct two algorithms. The analysis began with a quantitative focus (health index) and continuous to a documentary approach. At the conclusion were proven worse socioeconomic status and health in populations living with wood monoculture, highlighting problems like mortality from tuberculosis, violence and lower life expectancy.

Keywords: Human Development; Sociology, Socioeconomic Factors; Rural population.

REFERÊNCIAS

- ABRAF “Associação Brasileira de produtores de florestas plantadas”. 2013. **Informativo ABRAF**. Ano VII. Disponível em: <<http://www.abraflor.org.br/informativo.asp>>. Acesso em 13 ago 2015.
- BRUMER A. A problemática dos jovens rurais na pós-modernidade. **Juv Rural Em Perspect**. Rio de Janeiro: Mauad X; 2007. p. 35–51.

- CARNEIRO F. F. **A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais.** 2007. 143p. Tese (Doutorado em Ciência Animal). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2007.
- CASTRO J. **Geografia da fome.** 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização. 2006.
- DINIZ FILHO L. L. 2009. **Os equívocos da noção de “regiões que exploram regiões”**: crítica ao conceito de transferência geográfica de valor de Edward Soja [Internet]. Geogr. Em Debate. 2009. Disponível em: <<http://geografiaemdebate.webs.com/Contra%20o%20conceito%20de%20transferencia%20geografica%20de%20valor.pdf>>. Acesso em: 26 ago 2015.
- FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Country projects. Overview Brazil.** 2010. Disponível em: <<http://www.fao.org/forestry/17847/en/tza/>>. Acesso em: 01 julho 2015.
- FSC. Forest Stewardship Council. **Principles and Criteria for Forest Stewardship Supplemented by Explanatory Notes and Rationales.** Oaxaca Mexico: Forest Stewardship Council. 1994.
- GIRAIDE E. P. 2008. **Atlas da questão agrária brasileira.** 2008. Disponível em: <<http://www2.fct.unesp.br/nera/atlas/>>. Acesso em: 18 ago 2015.
- GUANZIROLI C.; ROMEIRO A. R. **Agricultura familiar e reforma agrária.** Rio de Janeiro: Garamond. 2001.
- HAUZES J.; CARDOSO N.; E ESTRANSO. **A Madeira na região do Vale do Ribeira: Vale do Ribeira.** 2011.
- HENNINGTON É. A.; CORDEIRO R.; MOREIRA FILHO D.C. Work, violence and death in Campinas, São Paulo, Brazil. **Cad Saúde Pública.** abril de 2004;20(2):610–7.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Agropecuário.** 2006. Brasília DF: IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/agropecuaria/censoagro/>>. Acesso em: 10 fev 2015.
- IBGE “Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística”. 2011. **Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA.** Brasília DF: IBGE.
- KASSOUF A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev Econ E Sociol Rural.** março de 2005;43(1):29–44.
- MASSOTE A.W.; STRALEN A.C. V, ARAÚJO J.F., FERREIRA L.H. E GIRARDI L.G. Fatores de atração e fixação de médicos em áreas remotas do Brasil. 2013. Belém – PA. **Anais 12º Congr Bras Med Família e Comunidade.** Belém - PA: SBMFC; 2013. p. 12.
- MINGIONE E. E PUGLIESE E. Difícil Delimitação Urbano e Rural. **Rev Crítica de Ciências Sociais.** 1987, v.22, n.1, p.83–9.
- MIOR L. C. Agricultores Familiares, Agroindústrias e Redes de Desenvolvimento Rural. Chapecó: Argos. 2005.
- NAVARRO Z. Dossiê Desenvolvimento Rural. **Rev Estudos Avançados.** v.16, n.43, dezembro, 2001.
- NUPREV. Núcleo de Pesquisa e Prevenção da Violência. Prevenir a violência: um desafio para Foz do Iguaçu. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. 2007.
- ONUBR “Nações Unidas no Brasil”. 2011. **Brasil atinge meta de reduzir pela metade mortes por tuberculose, afirma estudo da OMS.** Disponível em: <<http://www.onu.org.br/brasil-atinge-meta-de-reduzir-pela-metade-mortes-por-tuberculose-afirma-estudo-da-oms/>>. Acesso em: 05 junho 2015.
- ONUBR. Organização das Nações Unidas. **Além da Rio+20: Avançando rumo a um futuro sustentável.** 2012. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/rio20/br/blog/>>. Acesso em: 28 set 2015.
- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no**

- Brasil:** Atlas Brasil 2013. Disponível em: <<http://cofecon.org.br/>>. Acesso em: 28 set 2015.
- PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Emprego, desenvolvimento humano e trabalho decente:** a experiência brasileira recente. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/publicacoes/emprego/PagIniciais.pdf>>. Acesso em 28 set 2015.
- RATTNER H. Environment, health and sustainable development. **Ciência Amp Saúde Coletiva.** v.14, n.6, p.1965-71, dez. 2009.
- SAN PEDRO A.; OLIVEIRA R.M. Tuberculosis and socioeconomic indicators: systematic review of the literature. **Rev Panam Salud Pública.** v. 33, n.4, p. 294-301. 2013.
- SANTANA V. S. et al. Mortality, years of life lost, and incidence of occupational accidents in the State of Bahia, Brazil. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 2643-52, nov. 2007.
- UNITED NATION. 2011. **World Population Prospects The 2010 Revision.** New York: United Nations. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/WPP/Documentation/pdf/WPP2010_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf>. Acesso: 01 out 2015.
- SORJ B, POMPERMAYER M.J. E CORADINI O. L. **Camponeses e Agroindústria:** transformação social e representação política na avicultura brasileira. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; 2008.
- TEIXEIRA E. C.; COSTA J.S. O impacto das condições de vida e da educação sobre a incidência de tuberculose no Brasil. **Rev Econ,** v.37, n.2, p. 106-123, maio/ago. 2013.
- VEIGA J. E. 2000a. **O Brasil rural precisa de uma estratégia de desenvolvimento** Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/brasil.pdf>>. Acesso em: 29 set 2015.
- VEIGA J. E. 2000b. **Pobreza Rural, Distribuição da Riqueza e Crescimento:** a experiência brasileira. Brasília: NEAD; 2000.
- WHO. World Health Organization. **Addressing Poverty in TB Control** [Internet]. Geneva; Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_HTM_TB_2005.352.pdf>. Acesso em: 01 out 2015.
- WHO. World Health Organization. **Relatório Mundial da Saúde 2005 para que todas as mães e crianças contem.** Genebra: WHO. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf>. Acesso em: 01 out 2015