



SAÚDE DO CAMPO: UMA ABORDAGEM PARA A GEOGRAFIA DA SAÚDE

Guilherme Chalo Nunes (guilhermechalo@gmail.com) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Eixo 6: Riscos, Vulnerabilidades Ambientais e Geografia de Saúde

RESUMO

As populações do campo vivem em uma conjuntura de vulnerabilidade social, devido ao modelo de produção que o capitalismo contemporâneo engendra no campo brasileiro, a partir da modernização agrícola e a revolução verde, que territorializaram no espaço agrário brasileiro um modelo de produção, pautado na exportação de commodities, ambientalmente insustentável e produtor de doença. O presente texto busca uma reflexão sobre a determinação social da saúde e as políticas desenvolvidas, para as populações do campo a luz da interface território, ambiente e saúde. A reflexão proposta neste artigo é um recorte teórico do projeto de pesquisa PIBIC intitulado "Território, Desenvolvimento e Saúde Ambiental: a Educação Politécnica no enfrentamento dos Determinantes da Saúde das Populações do Campo" desenvolvido na Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) unidade técnica científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), A metodologia utilizada no projeto de onde parte este artigo, se configura a partir de dois principais percursos metodológicos: 1) A pesquisa bibliográfica e documental sobre os grandes temas aqui abordados; 2) Contato sistemático com os atores envolvidos no projeto.

Palavras- Chave: saúde do campo; modernização da Agricultura; geografia da saúde, revolução verde.

Resumen

Las poblaciones rurales que viven en situación de vulnerabilidad social, debido al modelo de producción que engendra el capitalismo contemporáneo en el campo brasileño, la modernización de la agricultura y de la revolución verde, territorializaram dentro del modelo brasileño de producción agraria, basada en la exportación de commodities, ambientalmente insostenible y producir enfermedad. El texto tiene por objeto reflexionar sobre los determinantes sociales de la salud y las políticas de población rural luz interface territorio, el medio ambiente y la salud. La reflexión se propone en este artículo es un marco teórico de la PIBIC proyecto de investigación titulado "Planificación, Desarrollo y Salud Ambiental: Educación Politécnica de abordar los determinantes de la salud de las poblaciones de campo", desarrollado en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venancio (EPSJV) unidad técnica científica Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), la metodología utilizada en el proyecto desde que este artículo se configura a partir de dos grandes vías metodológicas: 1) la literatura y documentos sobre los temas más importantes abordados, 2) el contacto con actores involucrados en el proyecto.



Palabras clave: salud del campo, modernización de la agricultura, geografía de la salud, revolución verde.

INTRODUÇÃO

Para pensarmos o espaço agrário brasileiro e a sua relação com a saúde pública, temos que apresentar algumas questões preliminares. Em tempos de globalização a produção do espaço agrário passa por uma ressignificação, as atividades agropecuárias passam a ter uma maior relação com as grandes metrópoles, o campo passa a se territorializar sob uma forma urbana/industrial – os complexos agroindustriais ilustram essa característica - a concentração fundiária permanece como uma característica fundamental deste modelo; o uso abusivo de agrotóxicos e a monocultura para exportação são práticas inerentes ao agronegócio que se territorializa no espaço agrário brasileiro.

Alentejano (2011) aponta que o atual modelo agroindustrial persiste com a concentração fundiária gerando a diminuição das culturas fundamentais para a alimentação da população brasileira (arroz, feijão e mandioca) em detrimento dos produtos para exportação, gerando uma conjuntura de insegurança alimentar.

A conjuntura agrária brasileira se territorializa a partir de quatro principais características, (1) a concentração fundiária, (2) a (re)estruturação da agricultura brasileira sob a forma de grandes monoculturas, (3) a reestruturação produtiva da agricultura e (4) a violência e a desterritorialização do campesinato. Essas quatro características demonstram a dinâmica complexa que o capitalismo contemporâneo produziu no campo brasileiro nos últimos anos.

O presente texto busca contribuir para a reflexão da dinâmica complexa do espaço agrário brasileiro e sua relação com a saúde pública; a partir do acesso das populações do campo as políticas públicas de saúde, apresentando como a reestruturação espacial que o capitalismo contemporâneo engendra, se manifesta no campo. A partir disto o texto relaciona a dinâmica atual do espaço agrário com a necessidade de refletir sobre a determinação social da doença e o direito ampliado a saúde, neste contexto territorial específico.



METODOLOGIA

A reflexão proposta neste artigo é um recorte teórico do projeto de pesquisa PIBIC intitulado “Território, Desenvolvimento e Saúde Ambiental: a Educação Politécnica no enfrentamento dos Determinantes da Saúde das Populações do Campo” desenvolvido na Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) unidade técnica científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O projeto a qual este texto faz referência se confecciona a partir de um projeto maior intitulado “Determinantes Sociais da Saúde nos Territórios de Assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST): elementos para a elaboração de proposta de formação em saúde ambiental para a população do campo”.

A metodologia utilizada no projeto de onde parte este artigo, se configura a partir de dois principais percursos metodológicos, 1) A pesquisa bibliográfica e documental sobre os grandes temas aqui abordados; 2) Contato sistemático com os atores envolvidos no projeto.

“MODERNIZAÇÃO” CONSERVADORA E A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NA AGRICULTURA

A partir da metade do século XX, mais precisamente nos anos 70 a questão agrária brasileira ganhou novos delineamentos, não perdendo algumas características de sua formação. O contexto de globalização com a política neoliberal, a reestruturação produtiva capitalista e o desenvolvimento de novas tecnologias, são marcas centrais deste momento. Para compreendermos como no início do século XXI o campo brasileiro permanece com as características apontadas na introdução do texto por Alentejano (2011) vamos buscar traçar um breve histórico sobre a questão agrária brasileira e sua “modernização” que configura a produção atual.

Na década de 1970 a agricultura mundial entra em uma nova etapa, um período que as técnicas de cultivo se modernizam. A revolução verde foi o estímulo de um extenso pacote tecnológico para a agricultura, segundo Ehlers (apud Barros, 2004 p.17)

No final da década de 1960 e início da década de 1970, os avanços do setor industrial agrícola e das pesquisas nas áreas química, mecânica e genética culminaram com um dos períodos de maiores transformações



na história recente da agricultura e agronomia: a chamada Revolução Verde.

A Revolução Verde fundamentava-se na melhoria do desempenho dos índices de produtividade agrícola, por meio da substituição dos moldes de produção locais ou tradicionais por um conjunto bem mais homogêneo de práticas tecnológicas, isto é, de variedades vegetais geneticamente melhoradas, muito exigentes em fertilizantes químicos de alta solubilidade, agrotóxicos com maior poder biocida, irrigação e motomecanização. Este conjunto tecnológico, também chamado 'pacote tecnológico', viabilizou, na Europa e nos EUA, as condições necessárias à adoção, em larga escala, dos sistemas monoculturais.

Como aponta Hespanhol (2010 p.585) "o passivo ambiental gerado por ela (revolução verde) foi grande. O cultivo de monoculturas e o uso indiscriminado de fertilizantes químicos e biocidas comprometem a qualidade ambiental, além de gerar graves problemas sanitários".

Todo este pacote tecnológico reforçou cada vez mais a característica de concentração fundiária materializada pelo agronegócio e historicamente construída - que marca a formação socio-espacial brasileira desde a colonização- pois este pacote tecnológico foi transmitido através de empréstimos e incentivos bancários, que os pequenos e médios produtores não conseguiram adquirir.

A concentração fundiária brasileira a partir da década de 60 se intensifica como estratégia de governo a partir do Regime Militar que se inicia em 1964 com o Sistema de Crédito Rural (SNCR) em 1985 e se mantém até os governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva (MIRANDA et ali 2005; ALENTEJANO 2004; FIRPO, SOARES 2012).

A década de 1990 marcada pelo governo Fernando Henrique Cardoso acarretou alguns aspectos negativos para o campesinato brasileiro; Alentejano (2004) levanta alguns aspectos da política neoliberal do governo FHC¹.

O aumento da dependência para o mercado externo, acarretando uma grande vulnerabilidade do mercado interno devido a flutuações especulativas, um grande crescimento da dívida externa, a entrada de capital estrangeiro na agricultura são marcas deste período. Outro ponto fundamental nesta política foi às privatizações e

¹ Para compreender melhor a dinâmica neoliberal e as consequências históricas deste processo ver Harvey (2008).



financiamentos às transnacionais através do Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDS).

Outra característica deste momento foi à prioridade dada ao sistema financeiro “[...] que injetou mais de 20 bilhões de dólares no setor, e, por uma política de juros altos fez com que o governo transferisse para este setor um valor anual aproximado de 50 milhões de dólares por ano (ALENTEJANO 2004 p.3)”. Toda esta conjuntura fez com o alto número do desemprego atingisse a sociedade brasileira na década de 90 (MIRANDA et ali 2005) gerando uma conjuntura de grande instabilidade social.

Contudo a década de 90 passou a balança e a comercial brasileira se estabiliza, entretanto a concentração fundiária continua sendo uma característica marcante no Brasil, Alentejano (2011 p.3) nos mostra como o Brasil continua sendo um país com desigualdade no acesso a terra.

31% dos imóveis com menos de 10 hectares tem 1,8% de área enquanto os imóveis de área de 5000 hectares controlam 13% da área, Alentejano (2011 p.2) conclui “Somados os imóveis com menos de 100 ha correspondem a 85,2% do total e possuem menos de 20% da área, ao passo que os que possuem mais de 100 ha são menos de 15% dos imóveis e concentram mais de 80% da área.

Junto com a concentração fundiária, o Brasil tem altos índices de uso de agrotóxicos² em seu território como aponta Firpo e Soares (2012), o Brasil já é líder de consumo de agrotóxicos, este número aumenta significativamente a partir o incentivo estatal ao consumo;

“Esse aumento se deveu a uma política oficial de incentivo, reforçada, em 1975, pelo lançamento do Programa Nacional de Defensivos Agrícolas (PNDA). Segundo Pessanha e Menezes (1985 apud ANDRADE, 1995), o governo federal investiu mais de US\$ 200 milhões na implantação e no desenvolvimento das indústrias, provocando profundas transformações no parque industrial do país. Por outro lado, a vinculação entre a ampliação do crédito agrícola subsidiado e a compra de agroquímicos foi um dos principais instrumentos específicos voltados para ampliar a difusão desses insumos.” (FIRPO; SOARES 2012 p. 19)

A política de aumento de consumo de agrotóxicos impulsionou o uso não só para o agronegócio, mas também em propriedades de médio e pequeno porte, gerando mal uso desses insumos devido a baixa tecnologia e baixa escolarização formal dos

² O termo agrotóxico não é consenso na produção acadêmica em geral, portanto para ver o que consideramos como agrotóxico ver Rigotto e Rosa (2012).



pequenos produtores. Entretanto, o uso indevido de agrotóxicos não é um problema também dos grandes sistemas agroindustriais, como exemplo aqui podemos citar o uso de pulverização aérea³.

Outra característica que a agricultura brasileira ganha com o processo de modernização da agricultura é o alto índice de mecanização do campo, gerando desemprego e expulsando os pequenos e médios agricultores do mercado de trabalho e de suas propriedades.

A partir deste breve histórico da questão agrária podemos observar que as populações do campo enfrentam uma conjuntura sócio-política frágil caracterizando um verdadeiro processo de desterritorialização (HAESBAERT, 2012) pelo agronegócio, uma conjuntura que se produz através do atual capitalismo globalizado que força a alta produtividade de *commodities* para consumo externo e incentiva o agronegócio como o modelo hegemônico de produção (MIRANDA et ali 2005).

Portanto podemos observar a conjuntura frágil que as populações do campo veem sofrendo, politicamente e economicamente o que na compreensão da saúde como processo saúde/doença se caracteriza também como uma estrutura frágil de saúde; territórios vulneráveis pelas estruturas que o capitalismo contemporâneo territorializa no espaço agrário brasileiro.

Desta maneira podemos observar que o espaço geográfico e produtor e produtor das relações sócias, portanto seu uso é desigual, (SANTOS e SILVEIRA, 2011) isto posto é pelo território que propomos entender como os resultados dos processos perversos que o capitalismo nos impõe e conseqüentemente compreender as configurações de novas territorialidades, determinando assim uma gama de agravos e de vulnerabilidades que o espaço geográfico engendra (NUNES, 2012).

POLÍTICAS PARA A SAÚDE NO CAMPO NO ÂMBITO DO SUS – (IN)CONCLUSÃO

³ Como um exemplo do uso indevido de pulverização aérea podemos citar o caso de um avião que sobrevoou uma escola em Goiás, ver em <http://www.cptnacional.org.br/index.php/noticias/12-conflitos/1557-aviao-agricola-sobrevoa-escola-e-intoxica-dezenas-de-criancas-em-goias> acessado em 28 de maio de 2013.



A partir da territorialização do capitalismo contemporâneo no campo, surge um contexto de grave fragilidade para as populações do campo brasileiro, este processo se configura a partir práticas que o agronegócio se (re)produz. A reflexão que buscaremos a seguir e, como a geografia da saúde tem que voltar seu olhar para a determinação social da saúde específica das populações do campo brasileiras, contribuindo para a construção de uma saúde no campo que compreenda os territórios a partir de sua história e especificidades.

Atualmente três modos de entender saúde coexistem - “saúde como ausência de doença, como bem-estar e como direito: o conceito ampliado”.

A saúde como ausência da doença é uma visão difundida atualmente por um modelo de pensamento pautado na biomedicina e urbano. Sob esta ótica, os métodos de análises das doenças se construíram a partir de uma visão biológica do indivíduo e dos fatores determinantes para a mesma. Assim, Batistella (2007 p. 53) comenta essa mudança de paradigma explicativo:

Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência, das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. Por conseguinte, a saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. Essa profunda transformação na forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje.

A saúde como bem-estar é um conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que entende a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Esse modelo foi uma tentativa de quebrar com o paradigma biomédico e olhar a saúde com uma visão integral. Apesar deste conceito já trazer à tona uma visão mais completa do processo saúde/doença, esta acepção carrega uma grande subjetividade, ao cargo de que não poderia se materializar em formas de enfrentamento e operacionalização.

Esta subjetividade pode dar margem a medidas arbitrárias, assim Batistella diz:

O conceito da OMS reside no fato de que sua adoção pode servir para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo aquilo que for considerado indesejável ou perigoso. A simples tentativa de definir o estado de bem-estar mental e social poderá supor uma existência sem angústias ou conflitos, sabidamente inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade. Assim, o discurso médico pode



converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção – medicalização. (BATISTELLA, 2007 p. 58)

E a saúde como um direito surge na América Latina, mais precisamente no Brasil, no contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde, quando já ocorria a democratização do país, que acabara de sair de um regime ditatorial. Este movimento fazia crítica ao modelo de sistema público de saúde vigente e contou com grande participação popular no ano de 1986.

Podemos resgatar um parágrafo de seu texto que define saúde da seguinte maneira:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986)

Aqui já temos um modelo que visa a produção social da doença e quebra com os paradigmas do modelo explicativo biomédico. Podemos agora pensar como esse conceito se expressa atualmente. Como apresenta Sabroza (2001) o conceito de saúde deve ser tomado como impreciso e é a interação com outros modelos explicativos que o torna real dentro de um período histórico. Dentro desta perspectiva cunhada por Sabroza, Batistella escreve:

Embora fazendo parte de uma realidade objetiva, a construção do conceito só se dá a partir da sua elaboração por atores sociais concretos. Discutindo as transformações na organização do modo de produção nas diferentes formações sociais ao longo da história para analisar suas implicações na saúde das populações, Sabroza detém-se na transição dos diferentes estágios do capitalismo. De um capitalismo molecular, baseado no consumo intensivo de mão-de-obra (manufaturas), passando pelo capitalismo monopolista de estado, cuja produção estava centrada no consumo intensivo de energia, chega-se ao estágio do capitalismo técnico-científico, caracterizado pelo consumo intensivo de informação, pela desconcentração territorial da produção, informatização acelerada, flexibilização das relações de trabalho, redução dos postos de trabalho, fortalecimento das corporações transnacionais, fomento à produtividade e competitividade, diminuição do poder regulador dos estados, entre outros fenômenos associados. (BATISTELLA, 2007 p. 74)

O conceito ampliado de saúde e os paradigmas da reforma sanitária brasileira estão em constante construção, como aponta o trecho acima, as populações no campo



passam por uma conjuntura específica, é urge por uma compreensão específica dos seus processos saúde-doença.

As políticas de saúde para as populações rurais antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) eram basicamente voltadas para a “manutenção de mão de obra” para a exploração pela agricultura. Segundo Carneiro et alii (2007) as políticas de saúde só avançaram devido a organização dos trabalhadores rurais através das Ligas Camponesas e principalmente devido a participação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra no debate sobre as políticas de saúde já no âmbito do SUS, a partir da criação do Coletivo Nacional de Saúde em 1998.

O Coletivo Nacional de Saúde construiu os seus próprios princípios de saúde fazendo um diagnóstico das políticas de saúde para o campo ao longo do SUS, segundo o MST,

historicamente, nunca houve uma política de atenção à saúde dos camponeses. O próprio SUS não está voltado para o campo, não existe uma linha na Lei do SUS que mencione a atenção à população rural. Hoje, já começa a haver uma discussão sobre isso, mas muito retraída. E o MST, nesses 20 anos de luta, vem levantando essa bandeira, assim como levanta a bandeira da educação do campo e outras questões que aparentemente não estão ligadas à reforma agrária. Essas questões vão surgindo à medida que a luta vai desvendando outras lutas e que não são só dos camponeses, mas do povo brasileiro. Por isso, nos colocamos no cenário da disputa política, seja no campo da saúde, da educação, da comunicação, da cultura, da agroecologia”. (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 2005a, p. 2 apud CARNEIRO et alii 2007 p.219).

Segundo o Movimento também,

o Estado oferece às famílias do campo são campanhas: vacinação, prevenção de câncer, doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo. Não existe uma política, uma atenção continuada de promoção da saúde dos camponeses. Isso não interessa ao sistema, e a população do campo é transformada em instrumentos da mercantilização da saúde, onde o tripé médico-hospital-laboratório farmacêutico é quem sai ganhando, pois detém a maioria dos recursos do SUS. Com isso, os camponeses ficam em situação mais frágil, pois acabam dependentes desse processo de mercantilização e são ainda mais marginalizados do acesso aos serviços de qualidade, pois não fazem parte do conjunto de sujeitos que dão lucro ao sistema”. (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 2005a, p. 2 apud CARNEIRO et alii 2007 p. 220).

Devido à luta de diversos movimentos, dentre eles o MST, para pressionar o estado brasileiro para uma política efetiva para a saúde das populações rurais, há dois momentos que são fundamentais, primeiro é a criação do Grupo da Terra em 2004 no



âmbito do Ministério da Saúde, com representantes do governo e de diversos movimentos sociais, com o objetivo de acompanhar e participar da implementação da política de Saúde para a População do Campo (Ministério da Saúde, 2004). E depois através do Grupo da Terra a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que segundo Carneiro et ali (2012 p.694) “o texto da política reconhece a necessidade de superação do modelo de desenvolvimento agrícola hegemônico 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 as suas especificidades”.

As políticas desenvolvidas a partir do grupo da terra são um avanço para o acesso das populações do campo a um SUS, integral, único e descentralizado, principalmente com a extensão ao acesso a Estratégia Saúde da Família. Entretanto, as populações do campo enfrentam descontinuidades em políticas públicas, volta-se para o campo um política vertical, urbana, biomédica; Configurando uma política para o campo e não do campo (CARNEIRO et ali 2012).

REFERÊNCIAS

ALENTEJANO, Paulo Roberto Raposo. **Questão agrária no Brasil atual: uma abordagem a partir da geografia.** Terra Livre, v. 36, p. 116-142, 2011.

_____, **A política de assentamentos rurais do governo FHC e os desafios da reforma agrária no Brasil do século XXI.** Agrária, nº1, p.2-15, 2004.

BARROS, R. C. **Agricultura e sustentabilidade ambiental: a qualidade da água formadores da bacia do rio Grande - Nova Friburgo/RJ.** Tese de Doutorado. Cap. 1. PPGG/UFRJ, 2004.

BATISTELLA, Carlos. **Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica.** In: FONSECA, Angélica F; CORBO, Anamaria D. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. cap. 1.

_____. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde.** In: FONSECA, Angélica F; CORBO, Anamaria D. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. cap. 2.



CARNEIRO, F. F. ; TAMBELLINI, A T ; SILVA, J. A. ; BURIGO, A. C. ; SA, W. R. ; 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 Saúde Coletiva (UFRJ), v. 15, p. 209-230, 2007.

_____ ; BURIGO, A. C. ; DIAS, A. P. . **Saúde no Campo**. In: Roseli Salette Caldart; Isabel Brasil Pereira; Paulo Alentejano; Gaudêncio Frigotto. (Org.). Dicionário de Educação do Campo. 1 ed. Rio de Janeiro e São Paulo: ESPJV-FIOCRUZ e Expressão Popular, 2012, v. 1, p. 3-787

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. v. 1. 396p

HARVEY, D. **O Neoliberalismo: história e implicações**. Tradução: Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HESPANHOL, A. N. **Da "revolução verde" ao desenvolvimento territorial**. In: SPOSITO, Eliseu Savério; SANT'ANNA NETO, João Lima. (Org.). Uma Geografia em Movimento. 1ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010, v. 1, p. 583-587.

Ministério da Saúde. Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra. Portaria nº 719 de 14 de abril 2004. Disponível em: <http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-719-2004_187283.html> . Acesso em: 14 mar. 2013.

MIRANDA, A. C. ; Moreira J. C. ; Cavalho, R. L. ; Peres, F. . **Neoliberalismo, el Uso de Pesticidas y la Crisis de Soberanía Alimentaria en el Brasil**. In: Jaime Breilh. (Org.). Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina. 1ed. Quito: Global Health Watch, 2005, v. 1, p. 118-127

NUNES, G C. **Globalização em Milton Santos e as formas de explicar saúde e doença: um esforço de aproximação**. In: Marco Antônio Carvalho Santos, André Vianna Dantas. (Org.). Iniciação científica na educação profissional em saúde: articulando trabalho, ciência e cultura. 1ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2012, v. 7, p. 249-273.

RIGOTTO, Raquel Maria. **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro/São Paulo: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Expressão Popular, 2012 (Verbetes Agrotóxico).



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

PORTO, Marcelo Firpo; SOARES, Wagner Lopes. **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, v. 37, p. 17-31, 2012.