

AS CONDIÇÕES DE SAÚDE NOS ASSENTAMENTOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

UMA ABORDAGEM PRELIMINAR

Luana Carandina*

No período de 1988 a 1992, equipes multiprofissionais de pesquisadores da UNESP realizaram um amplo projeto denominado "Análise e Avaliação dos Projetos de Reforma Agrária e Assentamentos no Estado de São Paulo". O objetivo era conhecer a realidade de vida e trabalho de uma população rural do Estado que tinha características próprias quanto a sua instalação nas terras, suas formas de organização, seu acesso e grau de participação no sistema de produção agrícola.

O estudo das condições de saúde destes trabalhadores e de suas famílias foi um dos projetos específicos desenvolvidos dentro do projeto maior.

Foram estudados 37 assentamentos em diversas regiões do Estado, que totalizaram 2.820 famílias e 14.092 pessoas. Não foram incluídos no estudo os agrupamentos de famílias em acampamentos e os das áreas de regularização fundiária do Vale da Ribeira, em situação de conflito à época do levantamento.

O **Quadro 1** apresenta os 37 assentamentos e o respectivo número de famílias, conforme a divisão feita por sete equipes de pesquisadores da UNESP e uma oitava equipe ligada à UNICAMP para os assentamentos na região próxima a Campinas.

A metodologia adotada para o levantamento de dados foi a entrevista domiciliar utilizando como instrumento extenso questionário, padronizado através de um manual de preenchimento, submetido a pré-teste e que foi preenchido por entrevistadores treinados.

A questão da saúde, neste caso, não poderia ser abordada de outro modo que não através do inquérito domiciliar, por se tratar de comunidades com dificuldades de acesso ao sistema de saúde. Os registros e estatísticas dos serviços de saúde dos mu-

nicípios próximos aos assentamentos, quando existentes, não possibilitariam a tentativa de um diagnóstico, mesmo que geral e primário, como o que foi realizado através do inquérito.

Para estudar as condições de saúde de uma determinada população é necessário considerar algumas de suas características relacionadas com o quadro de morbi-mortalidade identificado entre seus membros, com a procura e o grau de acesso aos serviços de saúde e com as possíveis medidas de intervenção a serem adotadas para promover uma melhor qualidade de vida.

No presente estudo era necessário saber quem eram as pessoas, qual a sua procedência, qual a sua ligação com a terra, como moravam e quais as condições de saneamento básico, quais os quadros mórbidos predominantes, se haveria o reconhecimento da associação da morbidade e dos acidentes com o processo de trabalho, quais as condutas tomadas frente aos agravos e o grau de acesso ao sistema formal de saúde.

Os resultados preliminares do inquérito das condições de saúde poderiam contribuir para o conhecimento dos assentados a respeito de sua própria realidade, estimular entre eles a discussão de formas de organização para superar suas dificuldades, com a participação positiva de outras forças da sociedade.

A caracterização da composição por sexo e idade das 14.092 pessoas das 2.820 famílias entrevistadas nos assentamentos, ilustrada na **figura 2**, mostrou uma composição piramidal de base estreita e com percentuais menores de mulheres nos grupos etários a partir dos 50 anos. A presença menor do que a esperada das crianças com menos de 10 anos de ambos os sexos e das mulheres acima de 50 anos, pode ser atri-

buída à existência de famílias ainda incompletas nos assentamentos. Em média, 20,4% das famílias não apresentavam ainda condições de abrigar todos os seus membros no assentamento, o que leva a pensar que houve seleção dos integrantes da força de trabalho, deixando provisoriamente em outro local as crianças pequenas e as mulheres mais velhas. Esta hipótese foi reforçada pelo levantamento dos óbitos referidos pelas famílias que não foram maiores entre as suas crianças quando comparadas às de outras populações ou entre suas mulheres acima de 50 anos em relação aos homens destas ou de outras comunidades. As elevadas taxas de fertilidade encontradas nas mulheres das famílias assentadas desmentem também um possível controle da natalidade, fenômeno já existente em centros urbanos do Estado.

O estudo da naturalidade dos assentados revelou que a maioria era nascida no Estado de São Paulo, atingindo uma média de 64,8%, ultrapassando os 70% em diversas regiões e 90% na região de Rio Claro. A procedência de outros Estados da região Sudeste eleva a média para 71,8%. Quanto a outras procedências ressalta-se a contribuição do Estado do Paraná com 10,3% em média.

Quanto ao grau de escolaridade, verificou-se a predominância da baixa instrução. Apenas 4,9% dos homens e 3,8% das mulheres tinham o primeiro grau completo. O analfabetismo, crescente com a idade, foi maior entre as mulheres, chegando a 54,8% no grupo etário de 50 anos e mais. Na idade escolar, 4,1% dos meninos e 3,2% das meninas estavam fora da escola. O maior grau de instrução registrado foi o primário incompleto.

O levantamento da ocupação anterior ao assentamento dos chefes de família

mostrou que a maioria eram trabalhadores rurais, 72% em média, destacando-se os trabalhadores autônomos (meeiros, arrendatários, parceiros, etc.) em relação aos assalariados rurais temporários (bóias-frias): 26% e permanentes: 8,8%. Em 6,3% dos casos os chefes de famílias referiram que estavam desempregados.

A experiência anterior em trabalhar a terra foi respondida positivamente, em média, por 77,7% dos chefes de família com variações percentuais entre as regiões de 60% a 90%. A importância de ter terra para plantar e ser seu dono com título foi salientada por 82,3% dos chefes.

A naturalidade dos assentados e a origem rural dos chefes de família sugerem uma tendência de fixação nas terras e na região, fator este de grande importância para a inclusão permanente destas comunidades no planejamento municipal e regional de saúde e de outras áreas no campo social.

As moradias dos assentamentos mostraram-se inadequadas à saúde de seus moradores, sendo frequentes em todas as regiões as construções de tábua e até de papel "longa vida", com pisos de chão batido e coberturas de telhas de amianto. Foi frequente a iluminação com lamparina ou lâmpião a querosene. A principal fonte de água foi o poço, cacimba ou cisterna. Poços artesanais e semi-artesianos foram encontrados em média em 10% dos casos e a presença de rede de água em 8,5%.

As instalações sanitárias, ainda inexistentes em mais de 20% dos domicílios, eram localizadas fora da casa em 60% das vezes com predominância média da fossa negra em 36,4% dos casos. A situação da fossa em relação ao poço da família ou do vizinho resultou inadequada em cerca de 20% dos casos, sendo mais alta, no mesmo nível ou a menos de 15 metros de distância.

A presença da associação de moscas, baratas e ratos, altamente nocivos à saúde, foi referida em mais de 70% das entrevistas realizadas pelas equipes de Presidente Prudente e Botucatu.

Morbidade referida

Os episódios mórbidos de doenças, referidos pelos assentados, foram codifica-

dos e agrupados nos 17 capítulos da C.I.D. (Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão), a fim de permitir análise comparativa com outros inquéritos de morbidade nacionais e internacionais.

Entre as queixas de curta duração predominaram os *sintomas, sinais e afecções mal definidas*, tais como: dor de cabeça, febre, dor de barriga, fraqueza, desmaios, etc. Em segundo lugar ficaram as *queixas do aparelho respiratório*: gripes, resfriados, pneumonias, bronquite aguda, faringites, e em terceiro lugar as *doenças infecciosas e parasitárias*, caracterizadas pelas diarreias e verminoses, mas com referência também à caxumba, sarampo, escabiose, varicela.

Tais resultados foram semelhantes aos encontrados em outros trabalhos nacionais e internacionais, bem como a referência maior de tais agravos no sexo feminino e nas idades extremas: menores de 5 anos e maiores de 50 anos. Ressalta-se a frequência das doenças infecciosas e parasitárias, que sugerem condições precárias de saneamento básico, como as diarreias, as verminoses e a escabiose e a possível baixa cobertura de vacinação como nos casos de sarampo e caxumba.

Entre as queixas crônicas também foram referidas com maior frequência as *mal definidas*: dor de cabeça, frequência, falta de ar, nervosismo, etc. Em segundo lugar apareceram as *doenças do sistema osteomuscular*: dor nas costas, dor na coluna, reumatismo, dor nos membros, etc. Em terceiro lugar as *doenças do aparelho circulatório*: pressão alta, doenças cardíacas, derrames cérebro-vasculares, etc. Vieram, a seguir, as *doenças do aparelho digestivo*: úlcera gástrica, gastrite, afecções da boca, transtornos gastrointestinais; as *doenças do aparelho respiratório*: bronquite crônica, enfisema pulmonar, sinusite e rinite crônicas. Destacam-se ainda as *doenças infecciosas e parasitárias*: verminoses, micoses e também doenças de Chagas, Malária, Esquistossomose, Tracoma, Hanseníase, Cisticercose, sequelas de Poliomielite.

Os resultados são compatíveis com os de outros estudos de metodologia semelhante. Assim, há maior frequência de queixas crônicas no sexo feminino e nas maiores idades: adultos e maiores de 50

anos.

A presença das doenças infecciosas e parasitárias crônicas, traduzem o controle inadequado das grandes endemias brasileiras e entre elas as denominadas rurais.

Foram referidas também *doenças metabólicas* como o diabetes mellitus, principalmente por mulheres com mais de 50 anos. Foram feitas poucas referências às neoplasias (tumores) mesmo pelos maiores de 50 anos.

A **figura 3** resume a prevalência de episódios agudos e crônicos referidos pelos assentados. Seus valores, maiores entre os entrevistados pelas equipes de Botucatu e Araraquara, estão dentro da média encontrada em publicações internacionais. É preciso salientar que o número de informações depende da habilidade dos entrevistadores e da compreensão do entrevistado, mas que outros fatores interferem como o grau de acesso ao consumo dos serviços de saúde, que aumenta as queixas referidas pela população urbana em relação à rural. Outro fator determinante é a representação da doença que diferencia a população rural da urbana, quando o corpo é visto como instrumento de trabalho em maior ou menor grau. O número de queixas referidas costuma ser menor nas populações rurais. Nesta, a procura de profissionais de saúde para resolver seus problemas decorre, não apenas da gravidade percebida de seus quadros mórbidos, mas também do acesso aos serviços (distância, transporte, dinheiro). Na população estudada a automedicação foi em média de 30% e a procura de farmacêutico de 11%, valores estes muito superiores aos referidos por comunidades urbanas.

Intoxicações por agrotóxicos e acidentes de trabalho

A **figura 4** traz a prevalência de episódios violentos referidos pelos assentados. Mesmo havendo dificuldades de comparação com outros trabalhos em populações e com métodos semelhantes, os valores encontrados são elevados, considerados os da morbidade geral.

As intoxicações por agrotóxicos foram mais frequentes nas regiões de Jaboticabal

e Ilha Solteira. Foram referidas quase que exclusivamente por homens e nos grupos etários da força de trabalho: 20 a 49 anos e também nas idades de 15 a 19 anos e 50 anos e mais. Entre os venenos utilizados estava o Aldrin, um organoclorado proibido na maioria dos países. Em média, apenas 21% referiram receber orientação técnica para o uso, a maioria seguia o rótulo da embalagem, outros recebiam orientação do vendedor do produto e 8,6% não tinham qualquer informação. O destino dado à embalagem era: enterrar, queimar ou simplesmente jogar fora.

Os acidentes de trabalho também foram referidos quase que exclusivamente por homens nos mesmos grupos etários das intoxicações. As lesões descritas foram os ferimentos em membros e outras partes do corpo, os traumatismos e as fraturas. As causas externas das lesões foram facas e ferramentas manuais, quedas e acidentes com máquinas agrícolas e outros veículos a motor.

Na figura 4 são acrescentadas outras lesões e envenenamentos semelhantes às anteriores mas sem o reconhecimento, pelos informantes, de sua relação ou não com o processo de trabalho.

A conclusão possível para tais resultados é o aparente despreparo dos assentados no uso dos agrotóxicos e no manuseio dos instrumentos de trabalho, bem como a pouca adaptação à mecanização agrícola ainda incipiente.

A orientação técnica no trabalho e na melhoria das casas e das condições de saneamento básico mostra-se indispensável e depende do reconhecimento claro dos assentados, de suas necessidades e da possibilidade de melhorar significativamente sua qualidade de vida. Desta conscientização depende também o acesso aos programas de saúde, para prevenção e tratamento, do município e região de seu assentamento.

* Luana Carandina é Prof^a Ass. Dr^a do Departamento de Saúde Pública - Faculdade de Medicina - Campus de Botucatu/UNESP (Universidade Estadual Paulista).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, GRAAL, 1979.
 - CARVALHEIRO, J. da R. Levantamentos de condições de saúde por entrevistas domiciliares. Ribeirão Preto, 1975. (Tese de Livre-Docência - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP).

- CARVALHEIRO, J. da R. & CARVALHEIRO, C.D.G. Medidas de morbidade produzidas por duas fontes diversas, Ribeirão Preto, S.P. (Brasil), 1975. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 13: 265-70, 1979

- CARVALHO, F.M. et al. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. *Ciência e Cultura*, 40: 853-8, 1988.

- CIOFFI, S. Saúde e doença na visão dos trabalhadores rurais. *Rev. São Paulo em Perspectiva*, 1(3): 51-54, 1987.

KOHN, R. & WHITE, K.L. ed. *Use of health service: an internacional collaborative study; report of the World Health Organization/International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. Oxford, Oxford University Press, 1976.

- LEBRÃO, M.L. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu. São Paulo (Brasil). IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 25(6): 452-60, 1991.

- LOPES, R.M. Acidentes do Trabalho na Agricultura. Botucatu, São Paulo. *Rev. bras. saúde ocup.*, 10(39): 12-17, 1982.

- MANUAL de classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos; 9ª revisão. 1975, São Paulo, Centro da O.M.S. para classificação de Doenças em Português/Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/Organização Panamericana da Saúde, 1980. 2v.

- ROSS, D.A. & VAUGHAN, J.P. Health interview surveys in developing countries: a methodological interview with recommendations for future surveys. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1984. (E.P.C. Publication n° 4).

- RUFFINO NETTO, A. & CARVALHEIRO, J. da R. Doenças do Aparelho Respiratório e Infecções Parasitárias na morbidade referida. *Rev. Med., Ribeirão Preto*, 15(2): 79-83, 1982.

- WHITE, K.L. et al. Health care: an internacional comparison of perceived morbidity, health services resources and use. *Int. J. Hlth Serv.*, 6: 199-218, 1976.

Quadro 1

OS ASSENTAMENTOS, SEGUNDO AS REGIÕES E O NÚMERO DE FAMÍLIAS - ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.

REGIÃO	ASSENTAMENTO	Nº DE FAM.	TOTAL	
			nº	%
ARARAQUARA	Araraquara I	31		
	Araraquara II	29		
	Araraquara III	13		
	Araraquara IV	31		
	Tamoio	66	170	6,0
BOTUCATU	Pirituba I	89		
	Pirituba II	53		
	Pirituba III	71		
	Porto Feliz I	41		
	Porto Feliz II	39		
	Itapetinga Santa Adelaide	21 22	336	11,9
CAMPINAS	Capivari	67		
	Sumaré I	27		
	Sumaré II	29	123	4,4
ILHA SOLTEIRA	Selvíria	16		
	Fazenda São José II	39		
	Fazenda Esmeralda	81		
	Jupia	76		
	Cinturão Verde de Ilha Solteira Fazenda Aroeira	75 39	326	11,6
JABOTICABAL	Primavera I	186		
	Primavera II	33		
	Fazenda Santa Rita (Populina)	18	237	8,4
MARILIA	Fazenda Santa Helena	5		
	Nossa Sra. Aparecida	20		
	São José I	37		
	Reunidas	430	492	17,5
PRESIDENTE PRUDENTE	Lagoa São Paulo	354		
	Gleba XV de Novembro	471		
	Fazenda Rebojo	90		
	Rosana	136		
	Gleba Areia Branca Água Sumida	19 25	1095	38,8
RIO CLARO	Araras I	---		
	Araras II	---		
	Casa Branca	---	41	1,4
TOTAL		2820	2820	100,0

Figura 2

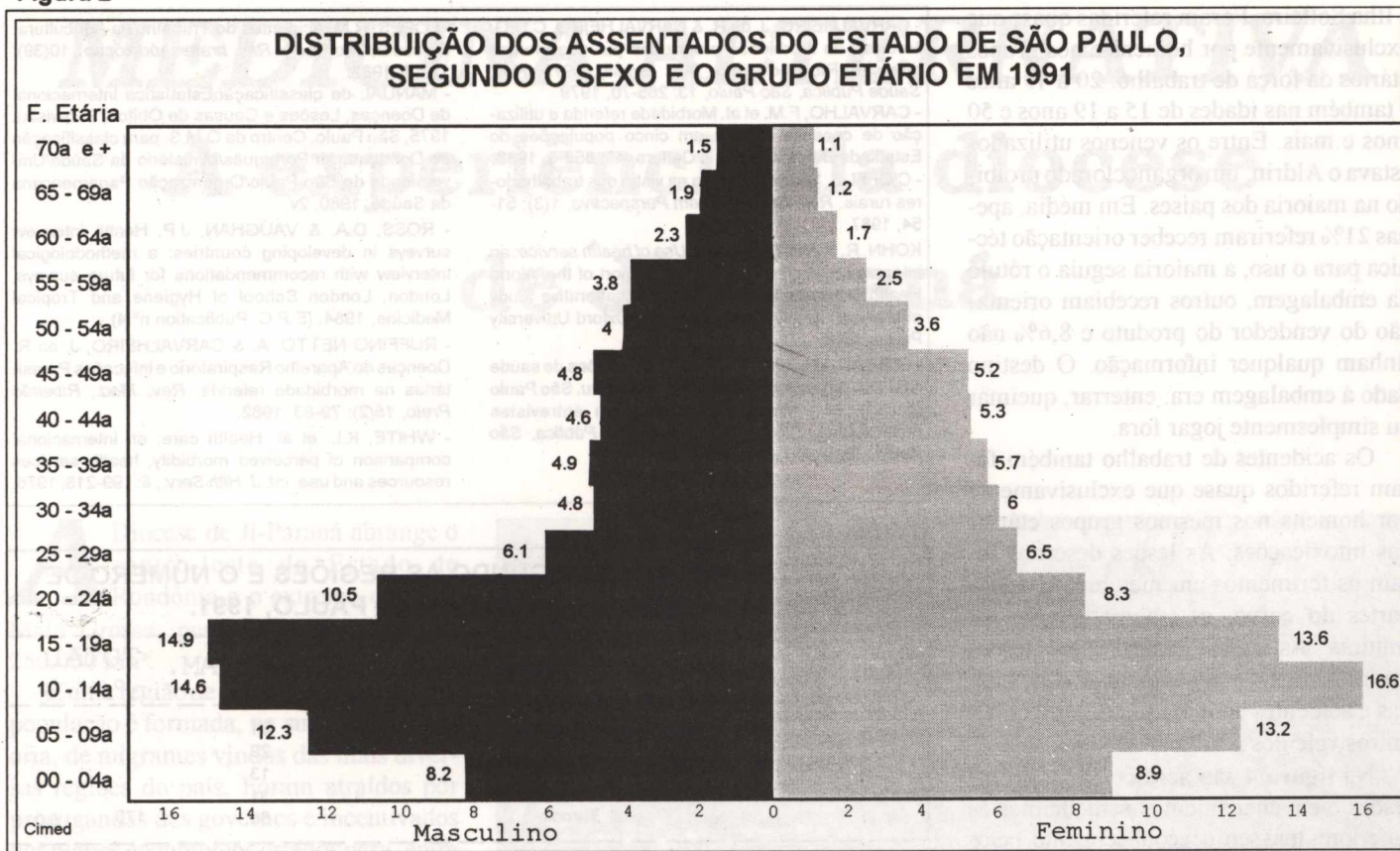


Figura 3

PREVALÊNCIA DE EPISÓDIOS AGUDOS E CRÔNICOS (POR MIL ASSENTADOS), SEGUNDO O SEXO E A REGIÃO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.

REGIÃO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Araraquara	356,7	433,8	391,9
Botucatu	345,3	472,2	402,8
Campinas	346,0	387,8	364,9
Ilha Solteira	224,5	273,8	247,6
Jaboticabal	175,2	204,3	189,2
Marília	167,8	203,6	183,8
Presidente Prudente	115,7	175,6	143,3
Rio Claro	80,3	172,4	122,5

Figura 4

PREVALÊNCIA DOS EPISÓDIOS VIOLENTOS (POR MIL PESSOAS) REFERIDOS PELOS ASSENTADOS, SEGUNDO O TIPO E A REGIÃO, ESTADO DE SÃO PAULO, 1991.

REGIÃO	ACIDENTES DE TRABALHO	INTOXICAÇÃO POR AGROTÓXICOS	LESÕES E ENVENENAMENTOS	TODOS
Araraquara	27,3	15,4	14,2	57,0
Botucatu	33,4	21,9	11,5	66,8
Campinas	37,0	41,6	2,3	80,8
Ilha Solteira	33,8	70,4	8,1	112,3
Jaboticabal	15,6	105,3	8,9	129,8
Marília	13,7	19,4	5,3	38,4
Presidente Prudente	17,1	47,5	3,3	67,9
Rio Claro	11,9	23,7	3,9	39,5
TOTAL	20,4	43,1	6,2	69,8