

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENGENHARIA AGRÍCOLA

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE EM UM ASSENTAMENTO RURAL: O  
CASO DO HORTO VERGEL**

**CRISTINA OLIVEIRA SOARES**

CAMPINAS  
FEVEREIRO DE 2005

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ENGENHARIA AGRÍCOLA

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E RELAÇÕES SOCIAIS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE EM UM ASSENTAMENTO RURAL: O  
CASO DO HORTO VERGEL**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora para obtenção do título de Mestre em Engenharia Agrícola, na área de concentração em Planejamento e Desenvolvimento Rural Sustentável.

**CRISTINA OLIVEIRA SOARES**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Angela Fagnani**

**Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Maria Pessoa Pereira Bergamasco**

CAMPINAS  
FEVEREIRO DE 2005

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA ÁREA DE ENGENHARIA - BAE -  
UNICAMP

So11i Soares, Cristina Oliveira  
Institucionalização e relações sociais na atenção a  
saúde em um assentamento rural: o caso do Horto Vergel  
/ Cristina Oliveira Soares. --Campinas, SP: [s.n.], 2005.

Orientadores: Maria Angela Fagnani e Sonia Maria  
Pessoa Pereira Bergamasco.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
Campinas, Faculdade de Engenharia Agrícola.

1. Saúde pública. 2. Posse da terra. 3. Cuidados  
primários de saúde. 4. Política social. 5. Propriedade  
rural. I. Fagnani, Maria Angela. II. Bergamasco, Sonia  
Maria Pessoa Pereira. III. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Engenharia Agrícola. IV.  
Título.

Titulo em Inglês: Institutionalization and social relations on to the health  
attention in a rural settlement: the Horto Vergel case.

Palavras-chave em Inglês: Health, public, Land tenure, Primary health  
care, Social policy e Farm ownership.

Área de concentração: Planejamento e desenvolvimento rural  
sustentável.

Titulação: Mestrado

Banca examinadora: Sergio Resende Carvalho, Wirley Jerson Jorge

Data da defesa: 28.02.2005

***Das Utopias***

*Se as coisas são inatingíveis... ora!*

*Não é motivo para não querê-las...*

*Que tristes os caminhos, se não fora*

*A mágica presença das estrelas!*

*Mário Quintana*

## AGRADECIMENTOS

Aqui estão meus agradecimentos aos que tanto colaboraram, cada um de sua forma, com a criação desse trabalho.

Ao CNPq pela concessão da bolsa de estudos.

A Maria Angela Fagnani por ter me orientado academicamente e pela nova amizade.

A Sonia Maria Pessoa Pereira Bergamasco pelo seu apoio e dedicação, da origem desse estudo à coleta de dados.

A Sergio Resende Carvalho, pela oportunidade de realizar a disciplina no Departamento de Medicina Preventiva e Social, pela disponibilidade de tempo em escutar e responder minhas dúvidas sobre saúde pública.

A Wirley Jerson Jorge pela participação na banca de defesa.

A Julieta T. Aier Oliveira pelas contribuições no exame de Qualificação e pelas orientações fora dele.

A Marta Tornavoi de Carvalho pelas caronas e preciosas contribuições ao meu trabalho no sentido de oferecer uma visão aprofundada da realidade estudada.

A equipe do PSF do Horto Vergel: Denis Camilo de Carvalho, Ana Claudia de Campos, Samanta Dias Canenani e Vera Lúcia Bernadino dos Santos Nascimento – pela recepção amigável e pelas contribuições.

Aos profissionais do Itesp pelo apoio com as entrevistas.

Ao Departamento de Saúde do município de Mogi Mirim/SP.

Aos 46 assentados do Horto Vergel, e aos que contribuíram com conversa informais, que compartilharam suas trajetórias e opiniões tornando essa dissertação mais rica do que poderia ser.

Aos amigos do curso de mestrado: Tatiana Denobile, Tathyana Chaves, Adriane Pugliese, Roberto Leitão e Luis Antonio Dombek.

A minha família pela paciência e carinho.

Ao Marco Henrique Zambello pelo seu amor e companheirismo.

# SUMÁRIO

	Página
Lista de Tabelas	vi
Lista de Abreviaturas	vii
Resumo	viii
Abstract	ix
Apresentação	x
1. Introdução	01
2. Aspectos Histórico-Methodológicos	05
2.1. A Questão Agrária Brasileira	05
2.1.1. Um Pequeno Histórico da Questão Agrária	05
2.1.2. A Implementação de Assentamentos no Estado de São Paulo	08
2.2. A Questão da Saúde no Brasil	12
2.2.1. Um Pequeno Histórico da Questão da Saúde	12
2.2.2. Programa de Saúde da Família	19
2.3. Estudos sobre Saúde em Assentamentos Rurais	22
3. Os Caminhos da Pesquisa	25
3.1. O Local de Estudo	25
3.1.1. Breve Histórico do Horto Vergel	25
3.1.2. O Assentamento Hoje	28
3.1.3. A Implantação do Serviço de Saúde no Assentamento	31
3.1.4. A Saúde Hoje	36
3.2. Técnicas de Pesquisa Utilizadas	40

4. Resultados	42
4.1. Caracterização dos Entrevistados	42
4.2. Assistência à Saúde	51
4.2.1. Acesso e Uso dos Serviços de Saúde	51
4.2.2. Problemas com o Acesso e o Uso dos Serviços de Saúde	56
4.2.3. Ouvindo as Lideranças e os Profissionais	60
5. Considerações Finais	65
6. Referências Bibliográficas	69
7. Apêndices	74

## LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1. Distribuição da População Entrevistada por Estados de Nascimento, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	42
Tabela 2. Distribuição da População Entrevistada em Relação ao Tempo de Permanência no Local de Nascimento, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	43
Tabela 3. Distribuição da População Entrevistada em Relação ao Tempo de Permanência no Assentamento, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	44
Tabela 4. Distribuição da População Entrevistada em Relação à Idade, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	44
Tabela 5. Distribuição da População Entrevistada em Relação à Escolaridade, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	45
Tabela 6. Exposição dos Motivos de Utilização de Plantas Medicinais pela População Entrevistada, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	46
Tabela 7. Relação dos Alimentos Mais Cultivados pelos Entrevistados, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	48
Tabela 8. Motivos da Procura pelos Entrevistados dos Serviços de Saúde da Cidade de Mogi Mirim, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	54
Tabela 9. Motivos da Procura pelos Entrevistados aos Serviços de Saúde de Itapira, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.	55

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
CAP - Caixa de Aposentadoria  
CEM – Centro de Especialidades Médicas  
CUT - Central Única dos Trabalhadores  
FEPASA - Ferrovias Paulistas Sociedade Anônima  
IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
INPS - Instituto Nacional da Previdência Social  
ITESP – Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo “José Gomes da Silva”  
MST - Movimento dos Trabalhadores Sem Terra  
NEAD - Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural  
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar  
PRORURAL - Programa de Assistência Rural  
PSF - Programa de Saúde da Família  
QUALIS - Programa de Qualidade em Saúde  
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
USF – Unidade de Saúde da Família

## RESUMO

Os assentamentos rurais são uma nova realidade na paisagem rural brasileira. Além do acesso à terra, faz-se relevante um conjunto de ações para que famílias possam produzir, gerar renda e também ter acesso aos direitos fundamentais, como a saúde. O Horto Vergel, localizado no município de Mogi Mirim/SP, foi ocupado em 1997 por trabalhadores rurais sem terra e regularizado como assentamento em 1998. A assistência à saúde das famílias desse assentamento é realizada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que vigora no país desde 1994 seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização, integralidade e participação da comunidade. Este estudo visa compreender a atenção à saúde das famílias assentadas no Horto Vergel com destaque para o acesso à Unidade de Saúde da Família (USF) do assentamento. Para tal, realizou-se uma descrição desse serviço de saúde e seus principais problemas, assim como as dificuldades relacionadas ao acesso aos outros serviços de saúde da rede do SUS. A metodologia baseou-se na aplicação de questionários e realização de entrevistas com assentados e profissionais que trabalham com as famílias no assentamento. Concluiu-se que os assentados têm acesso facilitado na entrada ao Sistema de Saúde por meio da USF local, mas no acesso aos níveis secundário e terciário, localizados nas cidades, existem obstáculos como a dificuldade relacionada ao transporte e as dificuldades encontradas no atendimento. A organização da alta demanda gerada pela oferta do serviço proporcionaria a melhoria na qualidade do serviço. Apesar das necessidades de saúde não serem atendidas integralmente, as famílias do Horto Vergel têm acesso à terra, ainda que de forma gradual, o que está permitindo a essa população assentada o acesso a melhores condições de alimentação que podem interferir diretamente em sua saúde. Assim também, o acesso a um serviço local pertencente à Rede Básica do SUS e que contribui para uma melhoria de sua condição de vida pela atenção à saúde que envolve tanto os aspectos técnico e humano dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde pública; Posse da terra; Cuidados primários de saúde; política social; propriedade rural.

## **ABSTRACT**

Rural settlements are a new reality in the rural Brazilian landscape. Beyond the land access, it makes relevant the actions set for the familiar production, generating income and also the access to the fundamental rights, as health. The Horto Vergel, located in Mogi Mirim/SP city, was occupied in 1997 by rural worker without land and regularized as a rural settlement in 1998. The assistance to the family healthy in this settlement is done by the Programa de Saúde da Família (PSF), a experience structured from the Unidade de Saúde da Família (USF), that invigorates since 1994 in the country following the principles from the Sistema Único de Saúde (SUS): decentralization, integrality and community participation. This study aims understand the family health attention settled in the Horto Vergel detaching the access to the Unidade de Saúde da Família (USF) in the settlement. For this, it was realized a description from the health service and its main problems as well the difficulties related to the access to others health services in the SUS net. The methodology was based in questionnaires application and interviews with the settled and the professionals that work with the families in the settlement. It was concluded that the settled has easy access entering in the SUS Net by the local USF, but no Access to the secondary and third levels, located in the cities, there are obstacles as the difficulties related to the transportation and the attendance. The high demand organization generated by the service offer would provide the service quality improvement. Despite the integral not attendance of the health needs, the land access allows the Horto Vergel families a better food access and also the access to the local service belonged to the SUS Basic Net that contributes to a improvement from their life condition.

Key-words: Health attention; Land possession; Health primaries care; Social politics; rural property.

## APRESENTAÇÃO

No curso de mestrado eu decidi deixar um pouco a fonoaudiologia de lado e aprender mais a saúde pública, por gostar desse campo e por acreditar em sua importância para a área da saúde.

Depois de concluir a graduação em Fonoaudiologia na PUCCAMP em 1999, participei do programa de Aprimoramento Profissional pela USP na cidade de São Paulo. Meu campo de visão da saúde pública se ampliou um pouco ao realizar atendimentos e ações preventivas em diversos serviços de saúde ligados ao SUS.

De volta à Campinas, logo percebi que gostaria de voltar à universidade. Cursei disciplinas em alguns Institutos da UNICAMP e decidi aprender mais sobre a tal saúde pública. Mas o que? Na época eu gostaria de ir além da Fonoaudiologia no sentido de entrar em um campo mais amplo e que de certa forma estivesse relacionado à minha profissão.

Naquele ano eu estava ajudando minha mãe a tabular os dados de sua dissertação voltada à área de Engenharia Agrícola e além de começar a ter contato com o mundo rural por meio da sua pesquisa, passei também a conversar com sua co-orientadora, Sonia Bergamasco, que demonstra amplo conhecimento sobre a temática relacionada a assentamentos rurais. Saúde pública em assentamentos rurais? Diferente, porém desafiador.

Na verdade, naquele momento, ao pensar em pessoas vivendo no campo eu logo pensei na importância que as plantas medicinais deveriam ter no seu cuidar da saúde. Então, resolvi expor a minha ideia àquela professora que gostou e me incentivou a tentar o mestrado.

Comecei a estudar sobre o assunto e após passar pela seleção da FEAGRI fui aprovada. Ao iniciar o curso, logo percebi que gostava mesmo era de estudar saúde pública e o projeto relativo às plantas medicinais tornou-se apenas uma parte da minha pesquisa. Então foquei o tema da atenção à saúde.

No assentamento foi possível observar que a Fonoaudiologia poderia contribuir para melhorar a qualidade de vida de alguns assentados, principalmente de crianças. Porém aquelas famílias possuem necessidades de saúde que precisam ser abordadas com mais urgência.

Eu não cheguei a tentar a pós-graduação no departamento de Medicina Preventiva e Social, pois achava que conhecia mais sobre saúde pública do que sobre assentamentos, afinal eu havia cursado uma disciplina na faculdade. Ilusão! Com o tempo percebi que aquela

também era uma área nova para mim! Duas áreas novas! Felizmente, por meio de uma disciplina cursada naquele departamento, tive a oportunidade de aprender mais sobre a área.

Ao olhar para o mesmo público, com objetivos diferentes, os profissionais de saúde e a engenharia agrícola se assemelham: um se preocupa com as condições de saúde e o outro com questões relacionadas ao plantio. As ações desses dois saberes podem levar a melhorias na qualidade de vida das famílias do campo.

A presente dissertação discute o que aprendi sobre assentamentos rurais e saúde no contexto do Horto Vergel.

## 1. INTRODUÇÃO

Os assentamentos rurais são uma nova realidade na paisagem rural brasileira. A partir da década de 1990 a implantação de assentamentos foi intensificada devido à pressão exercida por meio da ação dos movimentos sociais e também da adoção de políticas governamentais.

Um assentamento rural, enquanto objeto de estudo, encontra-se em movimento e constante transformação devido à luta dos seus atores a fim de conquistar direitos em sua terra e promover melhorias na qualidade de vida. Assim, o estudo desse universo deve ser analisado como uma realidade dinâmica pelas diversas áreas de conhecimento (BERGAMASCO et al, 1997).

Mesmo quem promove os assentamentos<sup>1</sup> admite que a reforma agrária não significa somente o acesso à terra, mas um conjunto de ações para que famílias possam produzir, gerar renda e também ter acesso aos direitos fundamentais, como saúde, o objeto de estudo dessa dissertação.

No Estado de São Paulo foram utilizadas terras públicas estaduais para fins de reforma agrária, entre elas as áreas de hortos florestais das antigas estradas de ferro paulistas<sup>2</sup>. Esse é o caso do Horto Vergel, o campo de pesquisa desse estudo, localizado no município de Mogi Mirim, ocupado em 1997 por trabalhadores rurais sem terra, regularizado como assentamento em 1998.

A assistência à saúde das famílias do assentamento rural do Horto Vergel é realizada pelo Programa de Saúde da Família (PSF), uma experiência estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que vigora no país desde 1994 seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização, integralidade e participação da comunidade.

O SUS assiste 79% da população brasileira, que dependem exclusivamente dele. Aproximadamente 21% da população possui plano de saúde, mas parte desse número já utilizou ou utiliza os serviços do SUS, como os hospitais universitários, prontos socorros etc. Mais de 90% da população é usuária de alguma forma do SUS (Ministério da Saúde, <http://www.saude.gov.br>).

---

<sup>1</sup> II Plano Nacional de Reforma Agrária 2004. Documento do Governo Federal que orienta as ações e metas de implantação de assentamentos e seu desenvolvimento. Reconhece a reforma agrária como uma política pública que deve estar associada a outras como educação, cultura e saúde (MDA, 2004).

<sup>2</sup> As Companhias Mogyana e Paulista foram encampadas pelo Estado em 1952 e 1961, respectivamente, e, em 1971, transformadas em – FEPASA - Ferrovias Paulistas Sociedade Anônima (FEPASA, 1997). Foi privatizada em 1998 e teve sua razão social modificada para FERROBAN (Ferrovias Bandeirantes) (Folha de São Paulo, 1999).

O SUS é formado por ações e serviços públicos de saúde, responsáveis por garantir assistência gratuita para a população, desde a Atenção Básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (SOUZA, 2002). Os serviços são organizados em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), sendo que cada nível possui objetivos e capacidades próprios na solução dos problemas de saúde, configurando uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada. O nível primário, ou Atenção Básica é o primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência e possui tecnologias para atender aos problemas de saúde mais frequentes da população (CAMARGO JR e MATTOS, 2002:85). O serviço de saúde do Horto Vergel pertence a esse nível de atenção do sistema de saúde.

Nos níveis secundário e terciário, as famílias do Vergel têm acesso ao Centro de Especialidades Médicas (CEM) e a Santa Casa da Misericórdia do município, ambos em Mogi Mirim. Os casos que não podem ser solucionados na USF são encaminhados para esses serviços vinculados a rede do SUS que buscam atender as necessidades de saúde da população. Os assentados também procuram esses serviços nos períodos em a USF local está fechada.

O município de Mogi Mirim possui duas equipes de PSF para a zona rural que atuam de forma itinerante, sendo que uma delas atende as famílias do assentamento uma vez por semana, às quartas-feiras. Às terças-feiras os assentados têm acesso ao atendimento com uma médica homeopata, que trabalha também com fitoterapia e que participou ativamente na construção da assistência à saúde para as famílias do Vergel.

Em relação ao acesso da população assentada aos serviços de saúde, em pesquisa organizada pelo Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural (NEAD) aplicada em 16 municípios brasileiros, constatou-se que esse acesso ainda é insuficiente. Mas a pesquisa indica que o problema pode ser maior, pois existem poucos estudos referentes à saúde em áreas de assentamentos: “os dados ou informações de saúde da população assentada são praticamente inexistentes” (NEAD, 2000:19).

É relevante afirmar que o acesso a serviços de saúde não significa apenas a entrada de um usuário no sistema, mas a possibilidade de solucionar as necessidades que o levou a buscar o serviço de saúde, podendo acontecer no nível básico, como na USF, ou em outros. As necessidades em saúde são abordadas por CECÍLIO (2001) e MERHY (1998), sendo que o primeiro propõe uma classificação para essas necessidades, e o segundo as tecnologias de

saúde relacionadas a essas. Em determinados casos, as famílias pesquisadas nesse estudo recorrem a diferentes tecnologias, como o uso de plantas medicinais.

A utilização de espécies vegetais com a finalidade de tratar doenças é uma prática antiga, sendo que existem experiências no sentido de incorporá-la às instituições formais de saúde. Além de cultivar plantas medicinais, os assentados podem plantar e assim contribuir para uma melhoria na sua alimentação. A produção de gêneros alimentícios pode representar, aproximadamente, “58% do valor gasto mensalmente com alimentação pelas famílias” (SANTOS e FERRANTE, 2003:100).

A relação do assentado com a saúde organizada no assentamento revela-se um tema significativo para as áreas de engenharia agrícola e saúde pública. De um lado, encontra-se o Estado e suas instituições responsáveis por garantir os direitos dos cidadãos, e de outro a atuação das famílias assentadas e os seus modos de satisfação de suas necessidades, como a educação e o acesso aos serviços de saúde. Analisar as condições de assistência à saúde no campo contribui na compreensão das formas do assentado em cuidar de sua saúde, em seu contexto, e dessa forma manter-se em condições para o trabalho. Da mesma forma, analisar o tipo de trabalho e as condições de vida das famílias que vivem no campo indica uma realidade diferenciada que deve ser conhecida para o planejamento dos serviços de saúde voltado à população assentada.

Este estudo visa compreender a atenção à saúde das famílias assentadas no Horto Vergel situado no município de Mogi Mirim-SP, com destaque para o acesso à Unidade de Saúde da Família do assentamento. Para tal, procurou-se realizar uma descrição desse serviço de saúde e seus principais problemas, assim como as dificuldades relacionadas ao acesso aos outros serviços de saúde da rede do SUS.

Suas hipóteses sustentam as seguintes idéias:

-a área que abrange o assentamento do Horto Vergel conta com a assistência à saúde voltada à sua população e apesar de ser um serviço apreciado e prestigiado, esse precisa estar em constante desenvolvimento;

-nos períodos de falta da assistência local, as famílias do Vergel buscam soluções para os problemas de saúde em outros serviços, ainda assim algumas dessas buscas chocam-se com outros aspectos relacionados à infra-estrutura, tornando clara a formulação de um projeto específico para resolução do problema da saúde voltado ao assentamento.

Para observar essas hipóteses, foi elaborado um questionário aplicado a 46 assentados com o objetivo de identificá-los e distinguir os serviços de saúde utilizados, além das informações relativas à alimentação e ao uso de plantas medicinais. Posteriormente, foram realizadas entrevistas com a temática do acesso e uso dos serviços de saúde. Foram também realizadas entrevistas com o técnico do órgão estadual (ITESP) responsável pelo assentamento, com a equipe do PSF local (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitária de saúde) e com a médica homeopata além dos assentados que exercem atividade de liderança no Vergel.

Esta dissertação está estruturada em quatro partes, sendo a primeira relativa à revisão bibliográfica sobre as questões agrária e de saúde. A segunda refere-se aos caminhos da pesquisa: identificação e características dos assentados participantes da pesquisa e do local de estudo, além das técnicas de pesquisa utilizadas. Os resultados encontram-se na terceira parte, e finalmente, na quarta às considerações finais.

## **2. ASPECTOS HISTÓRICO-METODOLÓGICOS**

### **2.1. A Questão Agrária Brasileira**

#### **2.1.1. Um Pequeno Histórico da Questão Agrária**

Ao longo da história brasileira, a grande propriedade sempre dominou e se impôs como modelo socialmente reconhecido, recebendo estímulo social expresso na política agrícola nacional, que procurou modernizá-la e assegurar sua reprodução (WANDERLEY, 1999).

Na época da colonização do Brasil, Portugal dividiu as áreas costeiras em grandes extensões de terra, as sesmarias, que foram utilizadas, principalmente, por meio da mão-de-obra escrava, para monocultura de cana-de-açúcar com o objetivo de exportação para abastecer o comércio mundial (SILVA et al, 1980).

Em 1820, com o fim do regime de sesmarias, as terras passaram a ser legitimadas pelas posses anteriores. No século XIX, houve o crescimento de um novo ciclo de exportação, o do café, marcado pelo declínio do tráfico de escravos e por uma “lei que previa o desenvolvimento de uma política de imigração de colonos estrangeiros, sobretudo europeus, que produzisse uma oferta de trabalhadores livres nas épocas de maior demanda por parte das fazendas de café” (MARTINS, 1990: 28, 29). Nesse contexto, em 1850, a Lei de Terras foi promulgada. Com essa, a propriedade da terra no Brasil passou a ser conseguida apenas por meio da compra em dinheiro e com a fixação de preços mínimos os quais eram, geralmente, superiores ao valor da terra no país. Essa lei elevou o valor da terra e dificultou a sua aquisição pelos trabalhadores rurais e pela população, de uma forma geral, além de ter sido, durante muito tempo, o único instrumento jurídico vigente (SILVA et al, 1980).

Com a crise de 1929, que afetou o setor exportador, parte das terras dedicadas às produções, especialmente o café, foi substituída pela produção de matérias-primas agrícolas para o mercado urbano industrial que estava em expansão. Porém, a estrutura fundiária continuava bastante concentrada (ROMEIRO, 1994).

A economia brasileira entrou em crise no final da década de 50, após ter passado por um período de expansão de seu desenvolvimento industrial e urbano. A origem da crise foi

colocada na estrutura agrária concentrada, que passou a ser apontada como um obstáculo ao processo de crescimento econômico nacional, pois não tinha como fazer “com que o setor agrícola cumprisse o papel que lhe coube no processo de desenvolvimento das nações desenvolvidas, especialmente no que diz respeito à produção de alimentos baratos, de modo a reduzir o custo de reprodução da força de trabalho urbano-industrial” (ROMEIRO, 1994:120). Ainda de acordo com o autor, nesse contexto, a reforma agrária era defendida.

No meio da crise econômica, as relações de trabalho do setor agrícola passaram por relevantes transformações no fim da década de 1950. A pressão política dos movimentos sociais reformistas em defesa da reforma agrária e o crescimento das organizações em sindicatos de pequenos produtores e trabalhadores rurais contribuíram para que, em 2 de março de 1963, fosse promulgado o Estatuto do Trabalhador Rural, Lei 4.214, que beneficiou esses trabalhadores com a legislação social, já garantida aos trabalhadores urbanos na década de 1930 (ROMEIRO, 1994).

Ainda na década de 1950 iniciou-se o processo de modernização da agricultura, significando a mudança na base técnica da produção agrícola, substituindo a produção artesanal do camponês, à base da enxada, por uma agricultura moderna, intensiva, mecanizada. Essa mudança aconteceu com a introdução de máquinas na agricultura, de elementos químicos, mudanças de culturas ou novas variedades (KAGEYAMA et al, 1990). De um lado gerou a modernização de parte dos latifúndios, e do outro, contribuiu para a exclusão dos pequenos agricultores familiares e de trabalhadores rurais, na medida que esses não receberam suporte para o acompanhamento das mudanças na base técnica de produção. A consequência geral desse processo foi o aumento da concentração de terras e da produção de culturas para a exportação e a diminuição do cultivo de produtos para o mercado interno (CARMO, 2003). Desse modo, foi agravado o problema no campo, mas as idéias e ações em torno de um projeto de reforma agrária por setores da sociedade civil continuaram ativas.

A próxima lei no tocante a terra foi a Lei 4504, o Estatuto da Terra, promulgada em 1964, após o golpe militar. Essa faz referência à reforma agrária e promoção da Política Agrícola visando a existência de condições jurídicas para a sua viabilização no Brasil (BERGAMASCO e NORDER, 2003). Mas desde 1964, “o Estado brasileiro criou um aparato institucional para administrar a questão fundiária de modo a que ela não comprometesse e não comprometa os planos nacionais de desenvolvimento que a tem como um dado secundário”

(MARTINS, 2000:98). Além disso, o governo militar praticou uma política de repressão contra os sindicatos de trabalhadores rurais e contra as lideranças camponesas, dissolvendo suas organizações e prendendo e exilando suas lideranças. Apesar do Instituto Brasileiro de Reforma Agrária (IBRA) ter sido criado para realizar a reforma agrária em áreas predefinidas, durante os anos de ditadura militar poucas ações foram realizadas e as que aconteceram foram em localidades que não representavam ameaça aos interesses dos proprietários de latifúndios (LINHARES e SILVA, 1999), como a colonização da região amazônica. Investiu-se em modernização tecnológica e comercial do setor agrícola, no entanto, sem modificar a estrutura agrária (BERGAMASCO e NORDER, 2003). O IBRA foi transformado no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) em 1970, sendo responsável pelas ações de desapropriação, cadastro dos imóveis rurais e a atuação nas áreas públicas federais.

Em 1985, já no processo de abertura política, foi lançado o Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA). Pela primeira vez foram fixadas metas para a implantação de assentamentos, mas pouco se cumpriu (BERGAMASCO e NORDER, 2003).

Na Constituição de 1988, existe um capítulo especial para a reforma agrária, no qual em um de seus artigos consta que “compete a União desapropriar por interesse social, para fins de reforma agrária, o imóvel rural que não esteja cumprido sua função social” (Constituição de 1988, art.184:107). Porém, foi imposta a obrigatoriedade do prévio pagamento da terra desapropriada (o que prejudicou essa função). Além disso, as chamadas “propriedades produtivas” não poderiam mais ser desapropriadas, por interesse social, para a implantação de assentamentos rurais. Esses aspectos tiveram um impacto negativo para a reforma agrária (SILVA, 1994).

A Lei 8629 ou Lei Agrária, promulgada em 1993, expôs o conceito de propriedade produtiva (os graus de utilização e de eficiência da terra passam a ser fixados pelo órgão federal competente). Além disso, definiu que as terras pertencentes à união, aos estados e municípios, ou seja, terras públicas, deveriam ser as favorecidas para a utilização nos planos de reforma agrária (BERGAMASCO e NORDER, 2003).

O II Plano Nacional de Reforma Agrária (PNRA) de 2004 se diferenciou do modelo antigo de implantação, pois pretendia fazer dos assentamentos rurais locais de produção e também de qualidade de vida, o que envolve o acesso a direitos fundamentais. Coloca a realização da reforma agrária como uma necessidade urgente e que traz benefícios para a

sociedade como um todo na medida em que permite a geração de empregos e renda e contribui para a segurança alimentar. Pretende-se descentralizar as ações e envolver os estados, municípios e as comunidades, essas por meio da participação nos Conselhos de Desenvolvimento Rural. O PNRA apresentou o objetivo de recuperação das áreas de assentamentos existentes e a meta de assentar 400 mil famílias até 2006 (MDA, 2004).

### **2.1.2. A Implementação de Assentamentos Rurais no Estado de São Paulo**

No Estado de São Paulo, a maioria dos assentamentos rurais originou-se em um contexto de insuficiência de políticas agrárias efetivas e ações políticas dos trabalhadores rurais sem terra organizados em movimentos sociais e sindicais (BERGAMASCO e NORDER, 2003).

As primeiras propostas foram formuladas nos anos 1960 por meio da criação do programa estadual de Revisão Agrária Paulista que resultaram na implementação de apenas dois projetos: um em Campinas (em uma área particular desapropriada) e outro em Marília (na área da Secretaria Estadual da Saúde). A partir de 1983, a política fundiária foi reformulada pelo governo do Estado e dois aspectos valorizados: implementação de assentamentos rurais em terras públicas e a regularização fundiária para as terras que estavam ocupadas há mais de três anos, respectivamente as Leis 4957 e 4925, ambas promulgadas em 1985. Como consequência, entre 1981 a 1988, 537 famílias foram assentadas em quinze núcleos. A partir de 1986, assentamentos foram implementados em áreas públicas nos municípios de Itapeva, Casa Branca, Araraquara, Araras, Sumaré, Andradina, Itapetininga, Porto Feliz e Euclides da Cunha. No total, no Estado de São Paulo, até 1999 em torno de 9.600 famílias encontravam-se assentadas (BERGAMASCO e NORDER, 2003).

A maioria dos assentamentos implantados no Estado possui integração com os mercados agrícolas locais e regionais para a venda da sua produção agrícola. As explorações mais encontradas nos assentamentos voltadas à comercialização são o algodão, café, milho, hortaliças e cana-de-açúcar, enquanto o arroz, feijão, mandioca e leite são, geralmente, para o consumo da família (BERGAMASCO et al, 1997).

De acordo com a Fundação Instituto de Terras do Estado de São Paulo “José Gomes da Silva” (ITESP)<sup>3</sup>, que é o órgão do governo estadual responsável pela administração e prestação de serviços aos assentamentos, na década de 1980, os hortos florestais pertencentes a FEPASA começaram a sofrer ocupações de trabalhadores rurais sem terra, na maioria bóias-frias originados da região de Campinas e organizados por segmentos pertencentes à Igreja e grupos ligados ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST).

Em 1984, cerca de 45 famílias ocuparam o Horto de Sumaré, depois de terem sido despejadas da Usina Tamoio, em Araraquara e do Horto Florestal Loreto, em Araras. O governador Franco Montoro fez a proposta da assinatura de um Protocolo de Intenções, em 1984, objetivando fixar critérios para a seleção de áreas voltadas à implantação de projetos de assentamento rural, além da formulação de princípios para um programa de liberação dessas áreas por meio de permuta ou compensação. Esse Protocolo surgiu como uma solução jurídica que alicerçou legalmente os assentamentos em áreas públicas.

Houve acordo da FEPASA com os termos do Protocolo que decretou a liberação da área do Horto de Sumaré e se comprometeu em liberar as outras áreas na medida em que os contratos com as empresas que exploravam madeira nos hortos fossem sendo expirados. Deste Protocolo originaram-se apenas dois assentamentos: em Sumaré e em Araras, o qual não estava mais ocupado quando sua área foi liberada. Os dois governos que se sucederam não cumpriram o Protocolo, além disso, os representantes da FEPASA dificultaram as negociações. Porém, os movimentos sociais continuaram as ocupações.

Em 1992, o Horto Florestal Guarani no município de Pradópolis, foi ocupado por 571 famílias que estavam organizadas pela Federação dos Empregados Rurais Assalariados do Estado de São Paulo. No ano seguinte, o presidente do INCRA mostrou interesse em comprar a área após várias negociações sem sucesso, tentativas de reintegração de posse suspensas e situações de conflito. Em 1996, o INCRA entrou no processo de aquisição, mas esse não foi concluído.

“Com o anúncio da federalização da FEPASA e a partir da manifestação de interesse do INCRA em adquirir esses hortos, mais e mais trabalhadores sem terra foram se instalando em acampamentos em frente a alguns hortos, ocupando outros, posicionando-se, enfim, na

---

<sup>3</sup> O ITESP é sucessor legal de toda uma seqüência de órgãos ligados às questões agrária e fundiária, entre eles a Secretaria da Agricultura. Atualmente encontra-se vinculado à Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Para maiores informações consultar o endereço eletrônico <<http://www.itesp.sp.gov.br>>.

tentativa de obter essas áreas, que juntas chegavam a quase 25 mil hectares, para assentamento” (ITESP, 1998:76). Foram ocupados os hortos de Jaboticabal, Iperó, Bebedouro, São Carlos, Restinga e Mogi Mirim (Horto Vergel).

Em agosto de 1998, com a intermediação do Secretário da Justiça em reunião com os representantes de todos os acampamentos e assentamentos em hortos da FEPASA negociou-se um novo Protocolo de intenções no qual foi proposta a suspensão de ocupações assim como os despejos das famílias nas áreas já ocupadas até que o governo paulista chegasse a uma conclusão sobre os hortos, além da preservação da madeira que seria vendida e revertida para aos assentamentos. No dia 3 de setembro de 1998, em audiência pública com trabalhadores, sindicatos, prefeitos, vereadores e na presença do ministro Raul Jungmann, o governador interino Geraldo Alckmim anunciou medidas para a implantação imediata de assentamentos provisórios e definitivos em onze hortos e estudos para outros cinco. Em setembro desse mesmo ano, foi autorizada a liberação de dezesseis áreas de hortos sob responsabilidade do ITESP (ITESP, 1998), inclusive o Horto Vergel.

Os assentamentos são conceituados como “novas unidades de produção agrícola por meio de políticas governamentais com o objetivo de reordenar o uso da terra, em benefício de trabalhadores rurais sem terra ou com pouca terra” (BERGAMASCO e NORDER, 1996:7).

É a própria família quem organiza e executa as atividades de produção nos assentamentos. Definida como agricultura familiar, “a família, ao mesmo tempo em que é proprietária dos meios de produção, assume o trabalho no estabelecimento produtivo” (WANDERLEY, 1999:25).

As condições de vida dos assentados demonstram que as famílias encontravam-se em melhor situação quando comparadas às condições de vida dos habitantes de baixa renda das periferias das cidades. Os assentados estavam, no mínimo, conseguindo suprir uma das necessidades que as levaram a integrar movimentos reivindicatórios - a sobrevivência física, em níveis compatíveis com os da pequena produção agrícola no Brasil (PAULILO, 1994).

O acesso à terra e um mínimo de apoio governamental tornam o pequeno agricultor capaz de sobreviver no assentamento “com um nível de qualidade de vida superior ao que poderia obter como trabalhador assalariado, no campo ou na cidade” (ROMEIRO, 1994:76). O

acesso a serviços de saúde faz parte do apoio governamental necessário para as famílias assentadas.

## **2.2. A Questão da Saúde no Brasil**

### **2.2.1. Um Pequeno Histórico da Atenção à Saúde**

Durante muito tempo, o sistema de saúde brasileiro esteve ligado à contribuição previdenciária, primeiro com a criação das Caixas de Aposentadoria (CAPs) em 1923, depois com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) na década de 1930. Após o golpe militar em 1964, todos os IAP foram substituídos por um único instituto, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Na década de 1970, o INPS foi subdividido e foram criados o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse último incorporou a maioria dos serviços de saúde do antigo IAP, construiu postos de atendimento ambulatorial e hospitalar e contratou serviços privados em centros urbanos para atender os seus beneficiários que viviam, em sua maioria, nas cidades (SOUZA, 2002).

Ao longo desse período a população brasileira encontrava-se dividida em três categorias em relação à assistência à saúde: os formalmente empregados, e seus familiares, eram assistidos pelos serviços de saúde prestados pelos CAPs, IAPs, INPS ou INAMPS; os que podiam pagar pelos serviços de saúde particulares; e os que não se encaixavam nas duas categorias anteriores, restando, assim, para esses, os hospitais filantrópicos e os serviços públicos (CAMARGO JR e MATTOS, 2002).

Em relação às ações coletivas, havia uma rede de serviços públicos, localizada principalmente em postos de saúde e unidades laboratoriais, e que era responsável pelas vacinações, atividades de vigilância epidemiológica e ações de assistência relacionadas ao atendimento médico de pessoas com doenças consideradas de saúde pública, como tuberculose ou hanseníase. Essas ações eram gratuitas e financiadas exclusivamente com recursos de impostos (CAMARGO JR e MATTOS, 2002).

Em meados da década de 1970, instaurou-se uma crise de financiamento da Previdência que afetou o INAMPS. Esse passou a adotar medidas de racionalização de despesa, como a realização de convênios com os serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), o que permitiu a assistência à saúde, nesses

serviços, da população de uma forma geral (não apenas aos beneficiários do INAMPS) (SOUZA, 2002).

O Programa de Assistência Rural (PRORURAL), pelo FUNRURAL<sup>4</sup>, foi criado em 1971. Esse promoveu o direito a aposentadoria e ampliou o acesso aos serviços de saúde, incluindo a assistência médica cirúrgica-hospitalar e tratamento odontológico aos trabalhadores rurais (BRUMMER, 2002). No entanto, o acesso ao atendimento ocorria apenas em instituições de saúde conveniadas com o FUNRURAL. Na década de 1980, o INAMPS possibilitou o atendimento aos trabalhadores rurais em qualquer de seus estabelecimentos de saúde, o que ampliou o acesso desses trabalhadores aos serviços, principalmente em hospitais (SOUZA, 2002). Ao mesmo tempo em que crescia a possibilidade de acesso, as políticas de saúde ainda eram desiguais tanto no acesso quantitativo quanto qualitativo entre os habitantes da zona urbana e da zona rural. “Delineava-se, assim, o processo que se consolidou na década de 80 e que veio a ser denominado de “universalização excludente” das políticas de saúde” (MENDES, 1993:23).

Na assistência à saúde havia um “privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública” (de natureza coletiva) (MENDES, 1993:22) e realizada principalmente em hospitais, sendo que esses passaram a ser o principal local de prestação de serviços de saúde à população.

Apesar do desenvolvimento dos serviços hospitalares de alta complexidade, em algumas regiões do país, partes significativas da população continuavam sem assistência ou com assistência precária. Com o objetivo de superar esses problemas, entre outras, foi criado, em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saneamento (PIASS) que levou a implantação de estrutura básica de saúde pública (rede básica) nas comunidades de até 20 mil habitantes principalmente na região Nordeste (NUNES, 1998). Em 1979 o programa foi adotado em todo o país o que significou uma grande expansão da rede ambulatorial pública (MENDES, 1993).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na Rússia em 1978, foi um importante evento de discussões acerca do desenvolvimento da saúde em todos os países. Dessa, resultou a Declaração de Alma Ata que apontava a relevância do

---

<sup>4</sup> As primeiras medidas para estender a cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais ocorreram na década de 1960. O Estatuto do Trabalhador Rural, promulgado em 1963, regulamentou os sindicatos rurais, estabeleceu a obrigatoriedade do pagamento do salário mínimo a esses trabalhadores e criou o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FAPTR), que foi denominado FUNRURAL em 1969 (BRUMMER, 2002).

desenvolvimento dos cuidados primários de saúde principalmente nos países em desenvolvimento. Os cuidados primários de saúde são definidos como os essenciais de saúde que são oferecidos à população em locais próximos a moradia e ao trabalho. O foco principal das ações é direcionado a partir dos principais problemas de saúde da comunidade, sendo que todos devem ter acesso a esses cuidados (OMS, 1978).

A proposta de Alma Ata e a necessidade, no país, de desenvolvimento de uma modalidade assistencial de baixo custo para a parcela da população que ainda não tinha acesso aos serviços de saúde, principalmente os habitantes das periferias das cidades e das zonas rurais, levou ao crescimento da proposta da atenção primária seletiva<sup>5</sup> realizada com recursos escassos e “providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência a níveis de maior complexidade tecnológica” (MENDES, 1993:26).

O processo de abertura política do país marcou os anos 1980 e as novas regras da democracia nacional foram estabelecidas na Constituição de 1988. Ainda nessa década, foram instituídas algumas ações que demonstravam modificações no modo de conduzir a assistência à saúde: a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e outras normas para evitar as fraudes e desvio de recursos que estavam acontecendo na previdência. Além disso, as Ações Integradas de Saúde (AIS) que representavam a transferência de recursos do INAMPS aos estados e municípios para o atendimento dos beneficiários e também da parcela não contribuinte da população. A expansão das AISs permitiu o crescimento da cobertura do sistema de saúde e levou a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), englobando, na época, 2.500 municípios (CAMARGO JR e MATTOS, 2002).

Com a crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social somada à grande mobilização política de trabalhadores da saúde, centros universitários e de setores organizados da sociedade (mobilizações populares), constituíram o então chamado “Movimento da Reforma Sanitária” no contexto da democratização do país, e que contribuiu para a consolidação de um sistema de saúde com tendência a cobertura universal (SOUZA, 2002:14).

Ainda na década de 1980, “a corrente da Saúde Comunitária propõe uma nova forma de prestação de serviços em que se postula a integração de cuidados curativos e preventivos, individuais e coletivos, valendo-se de conceitos como a atenção simplificada à saúde e a

---

<sup>5</sup> Posteriormente abriram-se espaços, políticos e institucionais, para o desenvolvimento do movimento contra-hegemônico da saúde, sendo, na década de 1980, denominado de Reforma Sanitária Brasileira.

participação comunitária” (CARVALHO, 2002:104). Ainda de acordo com o autor, essa proposta foi impulsionada pela Conferência realizada em Alma Ata e pela Assembléia Mundial de Saúde. No Brasil, projetos inovadores, frutos de propostas baseadas no modelo teórico conceitual dessa corrente, foram implantados, por setores vinculados ao Movimento Sanitário em alguns municípios como Montes Claros, Paulínia, Sobradinho, Campinas entre outros.

Com a promulgação da Constituição de 1988, a população brasileira passou a ter acesso aos serviços de saúde de forma gratuita, universal e igualitária por meio de ações e serviços estatais, também de particulares conveniados, formando o Sistema Único de Saúde (SUS) (Constituição Federal do Brasil, artigos 196 e 200).

A organização da rede de serviços do SUS é dividida em níveis: o mais básico inclui os serviços que utilizam tecnologias apropriadas para realizar os procedimentos mais freqüentes de uma região, ao nível mais especializado com os procedimentos de menor freqüência e recursos tecnológicos de alta complexidade (geralmente realizados em hospitais ou ambulatórios). As unidades de serviço que realizam os procedimentos de saúde mais freqüentes e de baixa complexidade tecnológica de uma determinada região são denominadas de Rede Básica (CAMARGO JR e MATTOS, 2002). Nessa, além da utilização de saberes técnicos e instrumentos de trabalho diferenciados, há a relação de interação entre os usuários e os profissionais que está sempre presente em todo procedimento e exige dos profissionais no seu cotidiano um outro tipo de tecnologia, a que envolve as relações, o vínculo, pois demanda a capacidade de ouvir, o contato com a cultura dos usuários (muitas vezes distante e diferente dos profissionais), abertura para as necessidades sociais entre outros.

Na Constituição de 1988 compreende-se ainda que a saúde é um dever do Estado e deve ser garantida não apenas pelo acesso aos serviços de saúde, mas também por meio de políticas sociais e econômicas que objetivam reduzir o risco de doença e de outros agravos (Constituição Federal do Brasil, artigo 196).

A Lei 8080, promulgada em 1990, instituiu o SUS e confirmou o conceito ampliado de saúde apresentado na Constituição de 1988, na medida em que reforça a abordagem dos fatores determinantes e condicionantes em relação à saúde: “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Lei 8080/90, título I, art.3º).

A Lei 8142, promulgada também 1990, refere-se sobre a participação da comunidade na gestão do SUS com a representação de usuários nos Conselhos de Saúde (Lei 8142/90). Os Conselhos de Saúde são espaços de participação popular e controle social dos serviços de saúde onde metade dos membros deve ser composta por usuários do SUS (CAMARGO JR e MATTOS, 2002).

A Norma Operacional Básica (NOB) 96 do Sistema Único de Saúde (SUS) foi promulgada em 1996. As NOBs, de uma forma geral, definem as competências de cada esfera de governo, além da função reguladora do SUS.

O município passou a ser o gestor, “o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (NOAB 96:07). A NOB 96 também propõe mudanças no modelo de atenção à saúde:

“O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias” (NOB 96:15).

Para atingir o novo modelo de atenção ampliando as ações da rede básica e priorizando o caráter preventivo da assistência à saúde, a estratégia proposta foi o Programa de Saúde da Família (PSF) que passou a ser incentivado financeiramente com a destinação de recursos extras aos municípios ao introduzirem equipes integradas à rede municipal.

Uma das propostas do PSF é compreender as famílias em seu ambiente físico e social e a partir daí planejar as ações de saúde. Além disso, a localização física da Unidade de Saúde da Família (USF) e a limitação do número de famílias assistidas por equipe pretendem contribuir para a uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. A importância das interações e as condições em que as famílias vivem estão presentes no conceito de necessidades em saúde proposto por CECÍLIO (2001) que abrangem:

-os fatores externos que determinam o processo saúde/doença (como vírus, bactérias etc) como também fatores que influenciam as diferentes formas de adoecer e morrer, como o tipo de trabalho que o sujeito realiza (relacionado à inserção no processo produtivo: na fábrica,

no escritório, na agricultura) além de acesso à água tratada, esgoto, moradia, hábitos pessoais entre outros. Ou seja, a forma como um sujeito vive gera necessidades de saúde específicas;

-a criação de vínculos entre o usuário do serviço de saúde e o profissional e/ou a equipe de saúde. Vínculo é compreendido como uma relação de confiança e referência que permanece no tempo, sendo intransferível. Não é apenas uma inscrição formal em um programa de saúde;

-graus crescentes de autonomia para o sujeito viver sua vida. A autonomia está relacionada com a possibilidade dos sujeitos (re) construírem suas vidas por meio de lutas pela satisfação de suas necessidades o que transformaria seu modo de viver;

-acesso e consumo a toda tecnologia de saúde para melhorar e prolongar a vida.

Para o entendimento de tecnologia de saúde é utilizada a conceitualização de MERHY (1998). O trabalho realizado pelos profissionais de saúde engloba três esferas: os instrumentos de trabalho, os conhecimentos técnicos específicos, e também uma outra característica que é a relação de interação entre o trabalhador e o paciente/usuário na qual “há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação” (MERHY, 1998:04). Essas esferas são denominadas de tecnologias, na qual tecnologia dura representa os aparelhos e ferramentas de trabalho; a leve-dura é formada pelos conhecimentos e saberes específicos das diversas profissões; e na leve encontra-se o processo de relações entre o profissional de saúde e o usuário-paciente, no qual nasce a relação de vínculo e confiança. As tecnologias de saúde são uma classificação dos aspectos que estão envolvidos na atenção à saúde.

No entanto, a tecnologia leve-dura não envolve apenas conhecimentos dos diversos profissionais, mas também os diversos saberes, como as práticas tradicionais de tratamento dos problemas de saúde e o uso de plantas medicinais.

Na pesquisa organizada pela UnB e realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/CEAM/UnB e pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST com o objetivo de conhecer as condições de saúde e de vida em 139 assentamentos ligados ao MST em 23 estados brasileiros em que ocorre a reforma agrária, os remédios caseiros eram uma opção de tratamento de doenças das famílias em praticamente 70% das áreas de assentamento observadas, sendo que as plantas medicinais eram produzidas por mais da metade das famílias

nos assentamentos em várias regiões do país. “Tal informação pode indicar novas possibilidades de se realizarem propostas para fortalecer o saber popular e integrá-lo ao saber científico” (UnB, 2001:30). Porém, a desvalorização do conhecimento popular em relação à manipulação de ervas disponíveis ou mesmo aquelas ervas/plantas agressores ao indivíduo foi encontrada nos assentamentos em outra pesquisa (NEAD, 2000).

A adesão da população ao uso de medicamentos fitoterápicos está relacionada a um saber que não pode ser dissociado da cultura popular e da tradição milenar que os povos trazem em seu modo de vida. (QUEIROZ, 2003).

Em relação às iniciativas governamentais relacionadas ao uso de plantas medicinais, em 1997, no Estado do Amapá foi implementado um programa de controle de diabetes com fitoterapia, além da produção desses medicamentos para as doenças mais freqüentes da comunidade. Na cidade de Belém do Pará, criou-se um projeto piloto de inclusão da fitoterapia em Unidades Básicas de Saúde. No Estado do Rio Grande do Sul, em 1998, foi criado o Projeto Plantas Vivas e em 2001 foi aprovada a Política Intersetorial de Plantas Medicinais, sendo um de seus objetivos levar a fitoterapia para o Sistema Único de Saúde (DARON e CONY, 2002). Alguns projetos de fitoterapia e outras práticas complementares também foram implantados na rede básica do município de Campinas/SP, porém por iniciativa isoladas de profissionais da saúde (QUEIROZ, 2003).

No Estado de São Paulo, o ITESP com apoio financeiro do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), iniciou em 2003 o projeto “Farmácia no Quintal”<sup>6</sup> que envolvia a formação e capacitação dos assentados rurais interessados, membros das comunidades remanescentes de quilombos e profissionais do ITESP. O projeto visava oferecer atividades voltadas ao cultivo e utilização de plantas medicinais, estimular o resgate do conhecimento popular, a apresentação de novas técnicas aos agricultores, além de identificar possíveis formas alternativas de geração de renda. Os assentamentos selecionados para a fase de projetos piloto localizavam-se nos municípios de Araraquara e Presidente Prudente e foram escolhidos por possuírem famílias interessadas e que já realizavam projetos com plantas medicinais (ITESP, 2003).

Um outro tema significativo associado às necessidades em saúde é o da alimentação. No Brasil, a alimentação básica de grande parte de sua população compreende alimentos

---

<sup>6</sup> As informações relacionadas ao “Farmácia no Quintal” foram obtidas em entrevista na sede do ITESP, no município de São Paulo, em janeiro de 2004, com um dos integrantes do grupo de trabalho Gestão Ambiental da Fundação ITESP responsável pelo projeto.

energéticos como a mandioca, misturadas a cereais (arroz, milho) e leguminosas (feijão) (OLIVEIRA et al, 1996). Aspectos econômicos e sociais, como a disponibilidade de alimentos e valores culturais, influenciam diretamente no consumo de alimentos pela população. Uma alimentação balanceada consiste na mistura de alimentos com destaque para as diversas fontes de proteína que participa de processos vitais orgânicos. A oferta protéica é considerada como um dos principais problemas nutricionais em saúde pública. No Brasil, a principal fonte protéica da alimentação é derivada da ingestão de arroz e feijão. Misturas de vegetais, como de um cereal e uma leguminosa, também resultam em misturas protéicas importantes (MARCHINI et al, 1994).

A produção de alimentos nos lotes pelas famílias assentadas contribui para sua subsistência lhes ofertando em muitos casos uma dieta básica. A venda dos seus produtos no comércio local e, em alguns casos, o trabalho temporário na cidade ou no próprio meio rural viabiliza a obtenção de dinheiro e a compra de outros alimentos, complementando a cesta básica. Todavia, longe de ser ideal, tais fatores contribuem para a saúde das famílias e manutenção das mesmas no assentamento.

### **2.2.2. Programa de Saúde da Família**

Em vista ao exposto sobre o breve histórico da saúde no Brasil, a estratégia que tem se destacado principalmente em localidades mais carentes nos centros urbanos e também em áreas rurais é o Programa de Saúde da Família (PSF), implementado em 1994. É uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde que potencializa a ação da rede básica, contribuindo assim, para uma mudança no modelo centrado no hospital e nas ações curativas (NOB 96). A atenção focaliza-se na família que é vista em seu contexto de vida, no seu ambiente físico e social. Assim, as ações das equipes de saúde devem se adaptar à realidade local e regional da comunidade, não o contrário.

Os usuários são assistidos na Unidade de Saúde da Família (USF), que é pública e pertence ao nível primário de ações e serviços do sistema de atenção à saúde. Para que as famílias possam ter acesso aos outros níveis do sistema, a Unidade tem necessariamente que estar vinculada à rede de serviços do SUS.

Cada Unidade cadastra, assiste e acompanha as famílias de um território de abrangência definido. Uma equipe é responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. As Unidades recebem, do Ministério da Saúde, um kit com 32 medicamentos, entre eles os de controle da hipertensão e diabetes, além de antibióticos, antiinflamatórios etc.

O procedimento padrão do PSF consiste no cadastramento das famílias da região definida; implantação do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); realização do diagnóstico das condições sociais, demográficas e epidemiológicas da comunidade sob a sua responsabilidade; planejamento de atuação da equipe, de acordo com os problemas de saúde e nas situações de risco levantados no diagnóstico.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de modo integral e contínuo. As famílias são atendidas na USF e nos domicílios. Além disso, os agentes comunitários de saúde realizam visitas mensais de rotina nas residências e orientam preventivamente, ligando o serviço de saúde à comunidade. Essa dinâmica pode facilitar a criação de vínculos entre os profissionais e a população local.

Os profissionais são integrados em equipes as quais são compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Outros profissionais podem ser acrescentados às equipes ou formar equipes de apoio. O número de agentes comunitários de saúde pode variar e depende do número de pessoas assistidas pela equipe, sendo até 550 pessoas para cada agente.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, as equipes são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade e evitar, assim, internações desnecessárias, mas desde que o PSF esteja funcionando adequadamente nos municípios e integrado aos outros serviços da rede do SUS. Ainda a partir dos dados do Ministério, houve melhoria nos indicadores de saúde (redução da mortalidade infantil, aumento do número de consultas pré-natal etc); aumentou-se à quantidade de pessoas atendidas pelas Unidades de saúde e o acompanhamento de problemas (como hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase etc).

Em 10 anos de PSF o número de equipes cresceu de 300 em 1994 para quase 20.000 em 2004 que atendem cerca de 63,5 milhões de brasileiros. Sua implantação depende, em primeiro lugar, da decisão política da administração pública, pois esse é desenvolvido nos municípios, com recursos do Governo Federal. O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, oferece o apoio necessário à elaboração e à implantação do

projeto. Além disso, a transferência do recurso é feita de modo automático e regular aos fundos municipais a partir do Fundo Nacional de Saúde (repassa fundo a fundo). Ao implantarem o PSF os municípios também recebem um outro incentivo financeiro ao criarem equipes de saúde bucal (Ministério da Saúde, <http://www.saude.gov.br>).

O Programa de Saúde da Família foi introduzido em áreas de assentamento rurais no Estado de São Paulo<sup>7</sup>. Na década de 1990, a implantação desse programa foi reivindicada pelos movimentos sociais e também estava sendo discutida pelo Governo do Estado para diversas áreas carentes de serviços de saúde nas áreas urbanas e assim também foi indicado para assentamentos rurais.

A Secretaria Estadual de Saúde em parceria com o ITESP desenvolveram um projeto de implantação de assistência à saúde nas áreas de assentamento e remanescentes de quilombos com parceria do programa QUALIS<sup>8</sup>, que já tinha sido implantado em algumas regiões carentes do Estado (como o Vale do Ribeira). Foram realizadas várias reuniões do ITESP com as famílias assentadas, com as secretarias municipais de Saúde e com as prefeituras para acertos dessa parceria. A partir de 2000, o Plano de Ação em Saúde começou a ser implantado. Atualmente está funcionando em 56 municípios onde existem áreas de assentamento e remanescentes de quilombos.

Cada equipe de profissionais é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e assiste aos assentamentos rurais e as áreas ao redor. Essa equipe não difere em número e profissionais do PSF, mas dependendo da distância a ser percorrida, na área rural, o número de agentes comunitários de saúde pode aumentar.

O recurso necessário para a manutenção de cada equipe gira em torno de R\$16.200,00 por mês, sendo parte vinda do Ministério da Saúde (repassado para as prefeituras) e parte do Governo Estadual o qual forneceu também recursos para a infra-

---

<sup>7</sup> As informações sobre essa implantação foram obtidas em entrevista realizada na sede do ITESP, na cidade de São Paulo, em janeiro de 2004, com os responsáveis pelo grupo de trabalho Gestão Social e mediante o Plano de Ação em Saúde, desenvolvido pela parceria entre Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania (na qual está inserida a Fundação ITESP).

<sup>8</sup> QUALIS (Programa de Qualidade em Saúde) é um programa pertencente ao governo do Estado de São Paulo. Atualmente está implantado em áreas onde há precariedade de atendimento por falta de recursos em saúde, ou em comunidades com dificuldade de acesso aos serviços existentes, como em regiões carentes do município de São Paulo, no Vale do Ribeira e nas áreas de assentamento onde o programa contribui com recursos para o custeio das equipes de saúde e infra-estrutura.

estrutura (obras, reformas, equipamentos, transporte, comunicação). No total, para a implantação do Projeto foram investidos cerca de R\$ 2 milhões.

As prefeituras dos municípios contratam os profissionais de saúde para atuarem nas áreas rurais. Em relação aos agentes comunitários de saúde a exigência é que pertençam às comunidades e tenham boa relação com essa.

No Vergel, o serviço de saúde foi implantado antes do início da parceria ITESP/Secretaria da Saúde e aconteceu por demanda das famílias e participação da prefeitura do município de Mogi Mirim. O histórico dessa implantação será abordado no capítulo 3 (Os Caminhos da Pesquisa), item 3.1.3 (A Implementação do Serviço de Saúde no Assentamento).

### **2.3. Estudos sobre Saúde em Assentamentos Rurais**

Nas áreas de assentamentos as famílias encontram dificuldade no acesso aos serviços de saúde devido à distância que há entre o lote e os locais de atendimento, aumentada com a insuficiência de transporte. “Essa questão está diretamente relacionada à organização espacial das áreas dos assentamentos, muitas vezes afastadas dos núcleos urbanos que contam com equipamentos de saúde. A discriminação da clientela e o excesso de demanda são problemas relatados e se colocam como barreiras ao atendimento da população rural nos serviços de saúde formais” (UnB, 2001:30).

A pesquisa organizada pela UnB e realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/CEAM/UnB e pelo Coletivo Nacional de Saúde do MST teve como objetivo conhecer as condições de saúde e de vida em 139 assentamentos ligados ao MST em 23 estados brasileiros em que ocorre a reforma agrária. Em relação ao acesso formal à saúde, constatou-se a existência de Postos de Saúde em áreas próximas a 56,8% dos assentamentos, mas apenas 30,9% em funcionamento. Foi detectada a presença de agentes de saúde somente em 44,6% dos assentamentos, sendo que desses apenas 52,9% estavam associados a programas governamentais (UnB, 2001). Esses dados são importantes na medida em que permitem uma visão quantitativa do acesso da população assentada aos serviços de saúde.

Em pesquisa realizada em cinco assentamentos paulistas, com o objetivo de estudar a sua dinâmica e seus efeitos em relação ao espaço social e físico, entre outros aspectos, em

relação ao acesso aos serviços de saúde, observou-se que as famílias buscavam, preferencialmente, os postos de saúde locais. A exceção foi encontrada em Sumaré I e II, assentamentos muito próximos a zona urbana do município, onde as famílias dirigiam-se diretamente aos hospitais (BERGAMASCO et al, 2004).

O I Censo da Reforma Agrária abrangeu assentamentos em todo o território nacional. Concomitante foi realizada a pesquisa amostral para traçar o perfil das condições socioeconômicas das famílias. A coleta de dados aconteceu entre dezembro de 1996 e janeiro de 1997. No total 1.460 assentamentos, registrados no INCRA até 31/10/1996, foram visitados, o que correspondia, na época, a 80% dos assentamentos do país. Um dos itens que os assentados avaliaram foram os serviços de saúde. Nos assentamentos que contavam com Postos de Saúde a assistência foi classificada como regular por 4,27% dos assentados e precária por 10,95%, enquanto apenas 6,12% a classificaram como sendo de boa qualidade. A assistência nos Postos de Saúde localizados nas cidades foi avaliada como de boa qualidade por 29,74% dos assentados, enquanto 22,30% a classificaram como regular e 20,82% como precária. Na região Sudeste as famílias não tinham acesso a serviços de saúde em 40,45% das áreas de assentamento (SCHMIDT et al, 1998).

Em relação a não procura dos assentados por serviços de saúde ao apresentarem problemas de saúde, os principais motivos foram: 40% por dificuldade de acesso físico ao serviço de saúde, 26% por não ter a unidade de saúde no local, 08% referiram que “o serviço não atenderia”, 2,03% que “não tinha direito de ser atendido”. (UnB, 2001:71).

Apesar de ter ocorrido um crescimento das unidades assistenciais ambulatoriais integrantes da rede SUS nas últimas décadas, devido, principalmente a projetos municipais e estaduais, de uma forma geral, “a atenção médica às famílias assentadas na Reforma Agrária ainda é muito insuficiente” (NEAD, 2000:20).

Uma pesquisa organizada pelo NEAD estudou assentamentos localizados em 16 municípios nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste. Foi observado que as informações relativas à saúde das famílias assentadas, inclusive dados epidemiológicos, praticamente não existiam, “a não ser em alguns locais onde houve trabalho de agentes comunitários de saúde ou de equipes do PSF. Mesmo aí a sistematização e os estudos dessas informações são incipientes ou inexistentes” (NEAD, 2000:12).

Em relação aos aspectos epidemiológicos, a gripe foi a doença mais frequentemente relatada pelas famílias na pesquisa amostral do I Censo da Reforma Agrária, tanto em nível nacional como no Estado de São Paulo (SCHMIDT et al., 1998).

Em estudo realizado por PEREZ (2001) foi detectada a presença de doenças e sintomas conseqüentes da organização do trabalho de 26 agricultores familiares do assentamento rural de Sumaré I.

No tocante à participação nas instâncias formais do Sistema Único de Saúde, os Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e Nacional, foi encontrado um baixo grau de participação dos assentados (NEAD, 2000). A participação de representantes do MST nos Conselhos Municipais de Saúde foi encontrada em cerca de 11% dos assentamentos pesquisados (UnB, 2001).

Os autores da pesquisa organizada pela UnB (2001) propõem a criação de uma proposta de saúde exclusiva para a área rural: *“É preciso incluir no modelo atual, tipicamente urbano, uma política global de saúde dirigida à população rural. Não deve haver proposta de saúde exclusiva para assentados, mas sim, para o ambiente/área rural e para as famílias que lá vivem, estudam e trabalham”* (UnB, 2001:21).

### 3. OS CAMINHOS DA PESQUISA

#### 3.1. O Local de Estudo

##### 3.1.1. Breve Histórico do Horto Vergel<sup>9</sup>

Em 1997, na cidade de Sumaré/SP foram promovidos encontros com trabalhadores desempregados organizados por membros da Igreja Católica e Sindicato dos Trabalhadores Rurais da região de Sumaré e com apoio do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra. O objetivo das reuniões era politizar os trabalhadores por meio de palestras e trocas de experiências com famílias já assentadas, além de explicar como se dava uma ocupação.

Após seis ou sete reuniões, formou-se um grupo com várias famílias originadas de diversos municípios como: Mogi Mirim, Mogi Guaçu, Conchal, Estiva Gerbi, Campinas entre outros.

A área escolhida para ser ocupada foi a do Horto Vergel. Além de ser uma terra pública, outros fatores como o acesso a escolas e serviços de saúde podem ter sido associados à escolha dessa área, uma vez que fica a 08 Km do município de Mogi Mirim e 05 km de Itapira, interligados pela rodovia SP 147.

Na época, o horto pertencia às Ferrovias Paulistas S/A (FEPASA) concentrando uma estação da estrada de ferro abandonada e outras construções de alvenaria, como dois prédios administrativos, um barracão de depósito e cerca de vinte casas distribuídas em duas regiões. Havia o boato de que as antigas fazendas de eucalipto<sup>10</sup> seriam submetidas ao processo de privatização promovido pelo Governo do Estado. De acordo com uma das lideranças do Vergel o grupo aproveitou a situação: *“pois se fosse privatizada ela ficaria na mão de uma só pessoa, se fosse destinada ao assentamento estaria gerando mais vida, mais emprego”* (P.C.).

O passo seguinte foi conhecer a fazenda, as suas divisas etc. Para alcançar tal propósito as lideranças passaram a visitar regularmente o local, fizeram amizade com o vigia,

---

<sup>9</sup> Informações adquiridas em entrevistas com os líderes ou representantes do Vergel, chamados de lideranças, W. D. e P. C., que desde da época da ocupação até os dias atuais exercem essa atividade, e com o técnico do ITESP responsável pelo assentamento.

<sup>10</sup> As fazendas de eucalipto foram formadas no começo do século XX. A madeira produzida era cortada e usada nas fornalhas das locomotivas a vapor e utilizadas como dormentes dos trilhos. A Companhia Mogyana de Estradas de Ferro criou o Horto Vergel na região do seu antigo ramal de Itapira cujos trilhos chegavam até a estação de Eleutério, na divisa com Minas Gerais. A empresa foi encampada pelo Estado em 1952 e a desativação dos seus ramais ocorreu a partir de 1960. A FEPASA foi formada em 1971 e englobou as propriedades de todas as antigas companhias de estradas de ferro paulistas: Mogyana, Paulista, Sorocabana e Araraquarense. Os hortos dessas empresas somavam ao todo 18 (MATOS, 1974).

com o administrador, pescavam no lago, conheciam a rotina dos que ali trabalhavam. Mas não se identificavam como sendo “sem terra”. Essas visitas duraram aproximadamente dois meses.

Segundo o sr. P. C., após conhecer bem a fazenda e ter certeza de que o horto seria o local escolhido para a ocupação, as lideranças reuniram-se com o prefeito de Mogi Mirim (na reunião também estavam presentes alguns vereadores) para “*explicar a situação e anunciar a ocupação*”. De acordo com a liderança, o prefeito disse que a fazenda não pertencia ao município e sim ao Estado, então ele “*não podia fazer nada*” e acrescentou que aquela era uma situação nova, pois no município nunca havia ocorrido uma ocupação de “sem terra”, mas ele deixou-os “*tranquilo, pois ele defendia a vida também*”.

No dia 12 de Outubro de 1997, as famílias ocuparam a fazenda do Horto Vergel. Naquele dia não havia ninguém no local que pudesse oferecer qualquer tipo de resistência, nem o vigia da fazenda, que estava de folga. Todas famílias acamparam em barracas de lona preta perto do escritório da administração do horto. Após alguns dias, a área foi acometida por ventos fortes que desmancharam várias barracas, então o acampamento mudou-se para uma área mais protegida.

As famílias foram organizadas em sete grupos. No início por cidades e depois por afinidades. Perto do acampamento havia uma porção de terra que tinha condições de ser usada para a agricultura, então em um primeiro momento foi usada de forma coletiva, mas não deu certo, então a terra foi dividida em sete partes, uma porção para cada grupo que passou a cultivá-la. O oitavo grupo foi formado posteriormente com uma seleção realizada sob a coordenação do ITESP, responsável por organizar os lotes que permaneceram desocupados.

Para representar as famílias do Vergel foi formada a Associação dos Pequenos Produtores Rurais Doze de Outubro e por meio dela foram compradas as sementes e outros elementos necessários para o início dos cultivos.

Após sete ou oito dias aproximadamente, a polícia foi ao horto para fazer o reconhecimento das famílias e comunicar a ocupação. Não houve violência. Cerca de vinte dias depois, dois Oficiais de Justiça levaram uma liminar para desocupação da fazenda. O grupo, por meio de um advogado, marcou uma audiência com um juiz, que concedeu o adiamento da liminar por um período de aproximadamente um ano. Em 1998, o governador em exercício Geraldo Alkmin autorizou a implantação definitiva de assentamentos em onze fazendas de hortos (incluindo o Horto de Mogi Mirim). Em setembro de 1998, o acampamento

do Vergel passou a ser um assentamento regularizado, reconhecido e sob responsabilidade do ITESP. As famílias assentadas já estavam cadastradas e cada uma passou a ter o seu lote de 8,5 hectares<sup>11</sup>.

Uma outra liderança, sr W. D., descreve brevemente a forma como as famílias sobreviviam no acampamento:

*“Depois de 98 quando foi feito o cadastro do Incra então começou vim uma cesta básica da Conab<sup>12</sup>, é, só que é uma cesta básica, assim, arroz, feijão, farinha de trigo, uma coisinha assim, mais assim só pa tapá buraco, né!?. E aí o pessoal sobrevivia mais do que eles tinha, de doação, de campanha que nós fazia nas cidade vizinha aí, então a gente começô a viver mais dessa forma, aí depois ,que foram pro lote aí começaram a plantar, produzi, tal, aí já melhora mais a situação” (W.D.).*

No entanto, alguns acampados possuíam emprego fixo na cidade e também os que realizavam trabalhos esporádicos no campo ou na cidade e, assim, sustentavam suas famílias.

Como o Horto Vergel pertencia ao Estado, as famílias não precisaram pagar pelo lote, o que também não as tornam proprietárias. A elas não é repassada a escritura do terreno, mas uma autorização de uso válida por cinco anos, podendo ser renovado por noventa e nove anos e renovável novamente pelos sucessores pelo mesmo período.

No acordo com os representantes do Governo do Estado, os eucaliptos já existentes no local continuariam a ser de sua propriedade, sendo que o recurso obtido com a venda da madeira seria revertido em benefício de todos os assentados de hortos, sob coordenação do ITESP, investido em benfeitorias, como abertura de estradas, destoca (retirada dos tocos e raízes) dos eucaliptos, construção de poços artesianos, entre outras. Porém, quando a fazenda tornou-se assentamento, já existia um consórcio de venda da madeira. Em 2000, depois da retirada de uma parcela anteriormente negociada, o ITESP iniciou o processo de destoca dos eucaliptos que haviam sido cortados e comprados pela empresa consorciada. Outras compras e conseqüentes retiradas das árvores foram submetidas a um leilão. A madeireira que venceu a licitação pública promoveu a derrubada durante o ano de 2003 e 2004. Atualmente, 50% dos

---

<sup>11</sup> O lote de aproximadamente 8,5 hectares está abaixo da média do Estado de São Paulo que é de 17,95 ha (INCRA, 1997, apud CARMO, 2003).

<sup>12</sup> Companhia Nacional de Abastecimento.

lotes estão totalmente destocados. Cabe considerar que o destocamento dos lotes é essencial para as famílias poderem produzir.

Na medida em que as árvores eram retiradas de certas áreas, as famílias se deslocavam naquela direção. A maioria das casas construídas nos lotes é feita com a madeira dos eucaliptos. As casas de alvenaria destinadas aos operários da antiga estrada de ferro, e que trabalhavam no horto, foram sorteadas entre as famílias.

O assentamento foi conquistado pela ação do Sindicato dos Trabalhadores Rurais da região de Sumaré, com apoio da Central Única dos Trabalhadores (CUT). De acordo com o sr. W. D., as lideranças realizam reuniões com o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) nas quais são discutidos os problemas comuns aos hortos do estado: *“nóis discutimo junto, é, nóis aqui do movimento sindical juntamente com o MST sentamo e discutimo a mesma política aqui pros hortos porque as demandas são iguais”*. O MST também colaborou no processo de ocupação e desenvolvimento inicial do Vergel, como a implantação da assistência à saúde.

### **3.1.2. O Assentamento Hoje**

O Horto Vergel localiza-se em Mogi Mirim/SP. O município possui 499,12 km<sup>2</sup> de área territorial e 81.467 habitantes, sendo 73.099 residentes na área urbana e 8.368 na área rural. O Rendimento Nominal Médio de pessoas residentes com dez anos ou mais de idade é de R\$780,34 (IBGE, PNAD 2000).

Com a desativação do transporte ferroviário na região na década de 1960, as 24 construções de alvenaria do Horto Vergel foram abandonadas e com o assentamento passaram a ser utilizadas pelas famílias como residências, escritórios dos técnicos do ITESP e do assentamento, como um bar e um salão para reuniões. As casas dispostas uma ao lado da outra se concentram em 2 regiões: na “agrovila” (onde está a USF) e na “colônia”, não sendo grande a distância entre elas (cerca de 500 metros). O assentamento possui um lago na entrada, cuja água está contaminada, por coliformes fecais, e um córrego que corre em um de seus limites. As estradas do assentamento são de terra e nem todos os lotes tem conexão com estas, apenas uma passagem. Ilustrações do lago e da antiga estação de trem podem ser vistas no apêndice 1.

Em relação à experiência de trabalho imediatamente anterior à ida ao assentamento, 52,50% das famílias encontravam na agricultura sua atividade de remuneração (em sua maioria como assalariados temporários) enquanto o restante realizava atividades relacionadas ao comércio ou serviços (principalmente na construção civil) (ITESP, 1998/1999).

Atualmente residem 82 famílias no assentamento rural Horto Vergel, em uma área de 1227 hectares, e se dividem por afinidades em oito grupos, que produzem isoladamente ou em grupo, mas se juntam em alguns momentos como na hora da venda. Atualmente plantam-se abobrinha, arroz, milho, feijão e mandioca, que além de servir ao consumo individual são comercializados na região.

Visando universalizar a distribuição de energia elétrica por meio do programa Luz para Todos, o Ministério das Minas e Energia priorizou os assentamentos rurais e com colaboração do ITESP foi possível o investimento no horto. A energia elétrica passou a ser disponibilizada para as famílias a partir dos primeiros meses de 2004 e atualmente está presente em 53 lotes, sendo que o prazo previsto para o término da instalação em todo o assentamento é 2005. As contas de luz de todos os assentados são encaminhadas à caixa postal do Vergel em Itapira e uma das lideranças da comunidade encarrega-se de retirá-las no local, depois cada beneficiário busca a sua conta na casa desse líder (na agrovila). Em 2002, todas as famílias dos assentamentos pesquisados no Estado de São Paulo possuíam energia elétrica, com a exceção do Monte Alegre IV, onde apenas 81,8% eram beneficiadas (SCHMIDT et al, 1998).

A água utilizada pelas famílias é obtida por meio de poços artesianos. O ITESP construiu quatro poços e existia um presente na fazenda antes da ocupação. A água desses poços é puxada para cada lote e chega até as casas por meio de uma mangueira, comprada com a economia individual dos interessados. Para algumas famílias essa situação já está resolvida, para outras não, pois relataram não ter água, inclusive para plantar, e por isso têm que percorrer distâncias significativas para buscá-la no poço, outras família pagam pelo serviço de busca. De acordo com o técnico *“eles querem que o ITESP coloque até a casa deles, né, então é difícil isso aí, porque o ITESP fornece tudo, mas é ele que tem que puxar até a casa dele, então fica parado nesse detalhe aí”*. Poços como fonte de fornecimento de água predominam no Estado de São Paulo (SCHMIDT et al., 1998). A presença de rede encanada foi observada em dois assentamentos paulistas pesquisados (BERGAMASCO et al, 2004). No Vergel, a

água é consumida pela maioria das famílias sem nenhuma forma de tratamento, pois é considerada como sendo boa e limpa. De acordo com o técnico do ITESP, a água dos cinco poços é analisada todos os anos sob a responsabilidade deste Instituto.

Além da ausência de água encanada, as famílias também são desprovidas de rede de esgoto, fazendo o uso de fossas negras. Em relação aos outros assentamentos, em nível nacional, 41,6% dos assentados usam esse tipo de fossa (UnB, 2001).

Em relação ao destino do lixo, o serviço de coleta municipal, na frequência de duas vezes por semana, percorre as estradas do assentamento. Porém, na opinião de uma das lideranças, o destino do lixo ainda é um problema, pois muitas famílias amontoam, jogam pelo assentamento ou queimam. Para o sr. P.C. “*o pessoal tem uma cultura estranha*”, pois “*joga o lixo em qualquer lugar, não têm cuidado*”. Em sua opinião, o serviço de coleta da prefeitura é suficiente para recolher todo o lixo do assentamento. A queima e o descarte do lixo a céu aberto são frequentes em outros assentamentos do país (UnB, 2001).

No tocante à comunicação, existe apenas um orelhão em todo o Vergel, localizado ao lado do escritório, sendo distante em relação a muitos lotes. Nenhuma família entrevistada possuía telefone fixo e poucas possuíam um celular. O sistema de correio do município não chega aos lotes. O Vergel possui uma caixa postal em Itapira e outra em Mogi Mirim.

Quanto à escolaridade, a maioria da população (74,86%) possui o ensino fundamental incompleto (inferior a quatro anos) (ITESP, 1998/1999). Não existe uma escola no interior do Vergel, os estudantes frequentam as escolas municipais em Mogi Mirim, sendo que o transporte é oferecido pela prefeitura nos três períodos (matutino, vespertino e noturno). Foi possível detectar alguns problemas em relação a esse transporte, pois não percorre todos os lotes, apenas alguns pontos do assentamento, havendo a necessidade de caminhadas até os pontos, o que inibe algumas mulheres de estudarem no período noturno.

A maioria das famílias vive em casas de madeira. Entre as ripas de madeiras pode-se observar pequenas frestas pelas quais é possível a entrada de insetos, além de vento e poeira. O chão das casas é de terra batida. No lugar das portas dos quartos existem lençóis ou panos pendurados. Alguns telhados das casas de madeira são feitos com madeira e outras são de cimento amianto, presente em todas as casas de alvenaria. No apêndice 2 pode-se observar ilustrações de casas de alvenaria e da entrada de um lote (com casa de madeira ao fundo). Algumas famílias construíram casas de alvenaria no lote e outras moram em casas mistas,

parte de madeira e parte de alvenaria. De acordo com a pesquisa amostral do I Censo da Reforma Agrária, a realidade nos outros assentamentos rurais do Estado de São Paulo era diferente, pois em cerca de 65% predominavam casas de alvenaria (SCHMIDT et al, 1998).

### 3.1.3. A Implantação do Serviço de Saúde no Assentamento<sup>13</sup>

No período de acampamento, as lideranças reivindicaram à prefeitura auxílio as famílias, entre eles o atendimento à saúde. Na época, o Secretário de Saúde conversou com alguns médicos que trabalhavam para a prefeitura e pediu para prestarem pequenos atendimentos às famílias no horto. Uma médica plantonista, Marta Tornavoi de Carvalho, aceitou o pedido: *“a proposta dele era bem modesta, embora ele fosse bastante progressista e tinha idéias bastante interessantes em relação à saúde pública”*.

O Secretário de Saúde e a médica foram conhecer o acampamento, *“era um pequeno aglomerado de barracos de lona preta com algumas casas de alvenaria”*. Em vista da situação encontrada, a médica percebeu que apenas pequenos atendimentos não seriam suficientes para a situação ali encontrada:

*“A gente viu que aquela comunidade precisava de uma atenção de saúde mais ampla, porque não tinha nada. Eram pessoas miseráveis que estavam mal de saúde e que se eu fosse lá fazer um atendimentinho não ia resolver nada (...). Situação muito complicada: eles viviam em barraco de lona, eles tinham acabado de chegar, além da miséria do lugar, assim, das pessoas morarem em barracos de lona, tinha a insegurança, a incerteza, o medo da polícia”* (médica).

A médica propôs ao Secretário que a dispensasse dos plantões, uma vez que assistir àquelas famílias exigia mais tempo e uma frequência adequada: *“na época, nem era montar um serviço de saúde, era um desejo de atender bem”*. Após alguns dias o secretário aceitou, mas destacou que não poderia oferecer garantias e que a deslocaria do plantão uma vez na semana. Mas a médica passou a ir mais vezes: *“eu fiquei tão apaixonada, que eu ia todos os*

---

<sup>13</sup> As informações foram retiradas de entrevistas com Marta Tornavoi de Carvalho, 36 anos, e de uma cartilha “Relato da implantação de um serviço de saúde na zona rural” elaborada pela própria médica, além de entrevistas com as lideranças.

*dias por conta própria mesmo*". Além de atender as famílias, sua proposta era de conhecê-las, aplicar vacinas, erradicar a desnutrição. Como estava terminando a sua residência em Medicina Preventiva e Social, ela estava *"com aquilo fresquinho na minha cabeça"*. Pediu ao secretário alguém para ajudá-la,

*"Daí foi que realmente ele mostrou que tinha, que apoiava a minha idéia porque ele deslocou duas assistentes de enfermagem para irem comigo, pra começar esse trabalho. Na verdade, uma inicialmente e aí quando o trabalho foi realmente se firmando, ele fez com a outra"* (médica).

Após os primeiros acertos firmados, a médica e o Secretário de Saúde reuniram-se com as lideranças do acampamento, sendo um deles ligado ao MST. Após explicaram seus objetivos, a médica apontou um antigo almoxarifado como sugestão de um local para o atendimento às famílias. Reuniram-se, então, com o diretor da Fepasa para pedir permissão a fim de usarem o local, mas o pedido foi negado. No retorno ao acampamento esse mesmo líder sugeriu: *"olha doutora se a senhora quiser a gente invade"*. A médica respondeu: *"pode invadir"*. No dia seguinte, *"a gente tava com a chave do Postinho na mão"*.

O almoxarifado não era usado há anos, estava sujo e precisava de pequenas reformas. As famílias acampadas colaboraram e formaram mutirões: as mulheres fizeram a limpeza e os homens reformaram e pintaram.

Enquanto as famílias cuidavam do futuro Posto de Saúde, a médica convidou um colega de residência, Gustavo Gregório Cunha para ajudá-la no início do trabalho e ele acabou ficando no Vergel por mais de um ano. Eles visitaram as barracas do acampamento com o objetivo de conhecer todas as famílias, de se apresentarem e de explicar que iriam trabalhar ali com eles. Um questionário também foi aplicado para conhecer as condições de saúde. Alguns assentados os recebiam com receio temendo que fossem da polícia, mas com o tempo as famílias perceberam que poderiam confiar nos profissionais.

Foram levantados dados relativos as crianças que estavam com a vacinação irregular e/ou desnutridas, mulheres com o papanicolau (exame preventivo de detecção de câncer de colo do útero) atrasado ou irregular e queixas de doenças nos quinze dias anteriores, sendo que os sintomas mais freqüentes relatados foram: febre, diarréia, vômito e cefaléia. Além desses

dados, foram observadas as condições de vida, como a água consumida que era retirada de um poço artesiano, sendo o tratamento realizado pela prefeitura; o lixo era queimado, enterrado ou espalhado; o esgoto era exposto no terreno ou era depositado em fossas negras (secas), próximas às casas de lona (aproximadamente 50 metros). Foi observada também a presença de animais doentes e da qualidade duvidosa da água do lago, na qual as crianças nadavam. Com o levantamento desses dados desenhou-se a realidade do local.

No dia 24 de março de 1998 o “Posto de Saúde 12 de Outubro” foi inaugurado. Era composto por duas salas: uma para a recepção e uma para o consultório médico, um banheiro e um quarto pequeno no qual foi instalada uma farmácia para os medicamentos. Como a médica não conseguiu a mobília para o Posto na Secretaria de Saúde, ela a retirou de um depósito de materiais em desuso. Após alguns consertos, o Posto já tinha uma maca, uma cadeira com uma mesinha pequena para atendimento médico e na outra sala de recepção, um armário de ferro meio enferrujado que passou a ser usado como arquivo. Com o tempo, outros móveis foram adquiridos.

As ações de saúde foram montadas acerca das situações mais urgentes: vacinar as crianças, atuar contra a desnutrição, além do atendimento clínico às famílias:

*“A demanda era enorme, e o que é pior, um pessoal muito ansioso né!? Doente porque tava doente mesmo, doente porque tava ansioso com relação às próprias vidas e, também, aquela coisa do médico como alguém que vai salvar todos os problemas e, também, com uma idéia de medicina que a gente queria tirar que é essa coisa de remédio, remédio pra tudo”* (médica).

O combate à desnutrição aconteceu com o auxílio da multimistura (mistura de farelos nutritivos) distribuída pela Pastoral da Criança, da Igreja Católica, e com os polivitamínicos doados pela prefeitura. Além das orientações relacionadas à alimentação, as famílias também eram incentivadas a plantar. As crianças foram vacinadas e vermifugadas. As famílias receberam alimentos, roupas, calçados, obtidos por meio de doações a partir de uma campanha organizada por membros de um Centro Espírita.

As duas técnicas de enfermagem deslocadas para o assentamento controlavam as vacinações, reuniam as mulheres para orientar, entre outras, da importância do papanicolau.

Esse era colhido e enviado para ser analisado no laboratório na cidade. De acordo com a dra Marta elas eram “*muito boas, comprometidas, amorosas*”.

Em relação aos medicamentos, chegavam os poucos possíveis de serem destinados ao assentamento: “*eu não sei na verdade como é que ele (o Secretário) fez isso, essa justificativa inicial, o fato é que ele permitiu que a gente levasse algumas coisas pra lá*” (médica). A insuficiência de medicamentos alopáticos e o fato da médica estudar, na época, fitoterapia e homeopatia foram determinantes para o tipo de tratamento oferecido às famílias no Posto. No início, alguns assentados estranharam, pois estavam acostumados com alopatia.

Porém, passaram a utilizar tais tratamentos e com o passar do tempo,

“*Os chás começaram a fazer efeito (...) Eu imaginava na cabeça deles, eu falava: o senhor toma cinco gotas. Mas cinco gotas doutora, eu tomo bezetacil toda semana! Sabe aquela coisa, então para eles foi uma mudança de paradigma muito grande que a gente ficou ali insistindo, olha pra gripe não precisa tomar injeção, pra resfriado não precisa não sei o que tem, então toda uma ação de educação em saúde também*” (médica).

Enquanto os profissionais de saúde trabalhavam na assistência às famílias, as lideranças do assentamento, por meio da *Comissão dos Hortos*, reivindicavam o apoio da Secretaria de Saúde do Estado para a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Vergel e para os outros hortos em que haviam famílias assentadas. De acordo com W. D. (liderança local), a reivindicação foi feita ao Governo do Estado, pois “*nenhuma prefeitura ela disponibiliza recurso pra dentro de um assentamento sendo que a área é do Estado de São Paulo, é de responsabilidade do Governo do Estado*”. As discussões com a Secretaria de Saúde envolveram também o ITESP. Essa reivindicação seria atendida posteriormente.

A intenção com o PSF era a de um serviço de saúde que atendesse também no domicílio e que abordasse questões ligadas a higiene,

“*Pra podê dá uma modificada, uma melhorada na questã da qualidade de vida, na questã de higiene, na questã de instruí as pessoas na questã de limpeza, de lixo, dessas coisa... As vezes as pessoas num têm conhecimento que precisa limpá, que a casa precisa tá limpá, que precisa tomá banho, até isso tem, né!? Cê sabe que tem uma geração aí de vários tipo de*

*gente aí do Estado de São Paulo, de várias regiões do Estado, então tem gente que nem banho toma, as criança andando sujo com o pé no chão, então essa, essa foi uma idéia da gente montá o PSF” (W. D.).*

No final de 2000, de acordo com a médica, as condições de saúde das famílias estavam melhores. No entanto, havia a preocupação com a situação, pois *“do ponto de vista institucional o Postinho do Vergel não existia”*. Para que as famílias tivessem a segurança do acesso a esse serviço de saúde a médica via a necessidade de a prefeitura encampar o Posto do assentamento. Para tal, a primeira providência foi a mudança de local, pois funcionava de forma inadequada e desse modo não seria aprovado pela Vigilância Sanitária. Então, em uma assembléia as famílias decidiram investir em um novo Posto com recursos e mão-de-obra próprios, que também lhes permitiram equipar com móveis, cadeiras, mesas e uma maca.

Em uma das casas de alvenaria da antiga FEPASA, foi instalado um novo Posto, maior em relação ao composto no almoxarifado e disposto em cinco salas: recepção, sala de enfermagem e com instrumentos para a coleta de material ginecológico, sala de pré e pós consultas (com balanças para adultos e bebês), sala para realização de curativos e consultório médico. Há também um banheiro, uma cozinha e um quarto pequeno no qual foi instalada a farmácia para os medicamentos (Ilustrações do Posto atual e do antigo podem ser vistas no apêndice 3).

Na época em que o Posto ficou pronto, o prefeito havia sido reeleito e um novo Secretário de Saúde já tinha assumido, este auxiliava o Secretário anterior, então já conhecia o projeto, mas o Vergel ainda não, apenas a sua história. Ao conhecer o assentamento ele ficou impressionado com a situação de vida precária das famílias. Também de impressionou com a boa estrutura física do Posto e doou um fogão para a cozinha: *“a gente tinha um certo apoio, mas era mínimo só pra funcionar, não tinha fogão, geladeira, inalador”* (médica).

O Secretário auxiliou a médica a escrever o projeto para o Ministério da Saúde a fim de incorporar o Posto ao PSF. O projeto foi aceito, mas sob algumas condições como a necessidade mínima de 800 famílias, o que levou a incluir no projeto a zona rural do município. De acordo com a médica, *“na prefeitura eles acharam isso ótimo porque para eles seria politicamente muito bom, porque a zona rural inteirinha começou a ser assistida”*. Foi montada uma equipe, sendo que uma das técnicas de enfermagem aderiu e foram contratados

os outros profissionais para compor o restante da equipe. A médica preferiu não se incorporar a equipe, mas continuou atendendo às famílias no assentamento. Assim, a assistência à saúde no Vergel estava constituída e institucionalizada: “*deu tão certo que a gente viu que dava pra montar a segunda equipe*”, o que aconteceu em 2003. Atualmente a prefeitura tem duas equipes do PSF na zona rural com 16 agentes de saúde e aproximadamente 2500 pessoas sendo atendidas.

A partir de 2000, o PSF passou a ser implantado em áreas de assentamento por meio do projeto de parceria entre Secretaria Estadual de Saúde e ITESP. O serviço de saúde do Vergel foi incorporado a esse projeto do Estado de São Paulo.

### **3.1.4. A Saúde Hoje**

No interior do assentamento existe uma Unidade de Saúde da Família que funciona duas vezes por semana: às terças –feiras há o atendimento da médica homeopata e fitoterápica (que trabalha sozinha) e às quartas –feiras da equipe do Programa de Saúde da Família. Além de prestar assistência às famílias, a médica exerce o cargo de coordenadora técnica do PSF rural, treinando as agentes comunitárias de saúde e orientando as duas equipes em relação as medidas a serem tomadas no funcionamento do programa.

A equipe do PSF, formada por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma agente comunitária de saúde, atua de forma itinerante, ou seja, cada dia da semana desloca-se para uma determinada região da zona rural do município, com exceção da agente de saúde que apenas atua no assentamento, realizando visitas domiciliares diariamente.

A agente V.N.<sup>14</sup>, 41 anos, pertence à comunidade, ou seja, é assentada, e utiliza como meio de transporte uma bicicleta. As famílias recebem sua visita cuja finalidade é detectar quem está precisando de cuidados, acompanhar os tratamentos, levar remédios a pedido dos médicos e fazer orientações às famílias relacionadas à higiene, combate à dengue entre outras.

---

<sup>14</sup> V.N. nasceu no Estado de Alagoas, casou-se aos dezoito anos e foi para a cidade de São Paulo onde viveu por oito anos, retornando a Alagoas. Em São Paulo, se formou como técnica de enfermagem, porém não chegou a adquirir experiência profissional. Após quatro anos regressou ao Estado de São Paulo para morar em Mogi Mirim. Em 1997 ela e o marido encontravam-se em uma situação difícil, pois estavam desempregados e residiam em uma casa alugada. Naquele ano, em um bar perto de sua casa foi promovida uma reunião por um integrante do MST referente a ocupação em uma fazenda da Fepasa. Devido a uma forte chuva no dia, apenas ela e o marido compareceram. Esse integrante explicou como seria a ocupação e pediu ao marido de V. N. que fosse conhecer o local. Ele foi pela manhã e no mesmo dia montaram sua barraca e se mudaram para o acampamento.

A equipe também realiza visitas às casas e aos lotes quinzenalmente. Essas visitas são direcionadas pela agente comunitária e pela demanda de casos que aparece na Unidade, priorizando os casos mais urgentes.

No tocante à parte educativa, a equipe tentou por diversas vezes organizar grupos com objetivos preventivo e educativo (como com os hipertensos, diabéticos, adolescentes, gestantes), porém as dificuldades encontradas inibiam tais ações como a demanda de famílias buscando os serviços da Unidade, assim não sobrando tempo aos profissionais da equipe, além da falta de interesse da comunidade em participar. De acordo com a enfermeira, os argumentos das famílias estão relacionados à distância da Unidade, aos horários dos grupos e o questionamento da validade das informações oferecidas. Então, as orientações acabam sendo realizadas individualmente durante as consultas médicas e de enfermagem.

A auxiliar de enfermagem, S.C., 20 anos, relata com preocupação sobre a dificuldade em formar grupos:

*“O PSF como um todo, a gente comenta muito isso, virou muito um P.A., um Pronto Atendimento, não era essa a proposta do PSF, né!?. Então era isso que a gente queria mudar, mas não tem como! Não tem como, sabe, marcar consulta? Como?”(S.C.).*

Na USF do Vergel são realizadas as seguintes atividades: atendimento médico e de enfermagem, coleta de sangue, urina, fezes e de material para o papanicolau, inalação, aplicação de vacinas e o acompanhamento do pré-natal. As coletas para exames são levadas pela enfermeira até o CEM e os resultados são trazidos de volta para a USF para serem entregues às famílias.

Cada criança do assentamento possui um cartão de controle de vacinas. A maioria das famílias leva as crianças para vacinação dentro do prazo correto e quando há atraso em alguma aplicação é realizada uma convocação por meio da agente comunitária de saúde. As famílias não marcam horários de consultas e nem para coletas para exames, normalmente o atendimento é feito por ordem de chegada, com exceção de casos mais urgentes que acabam tendo preferência. No Vergel a distância a ser percorrida pela maioria das famílias até a Unidade é grande, o que contribui para essa dinâmica de atendimento.

Antes da consulta os assentados são pesados e tem a sua pressão medida pela auxiliar de enfermagem, S. C., que colhe material para exame e realiza a pós-consulta como as entregas de remédios, observa os exames que precisam ser feitos e, se for necessário, marca as consultas no CEM. Nesse caso a auxiliar marca os horários das consultas e na semana seguinte o paciente retorna a USF para saber o dia e horário. Ela está trabalhando no PSF rural há cinco meses.

A enfermeira, A.C., 26 anos, que está na equipe há um ano e sete meses também colhe material das mulheres destinado ao papanicolau. Suas funções relacionam-se com a assistência, a parte administrativa e a supervisão da auxiliar e da agente comunitária de saúde. O médico, D.C., 50 anos, realiza atendimentos, faz o acompanhamento individual e coletivo das famílias. Ele está na equipe desde 2001.

A Unidade de Saúde da Família do Vergel faz parte do nível primário de ações (ou atenção básica). Os serviços de saúde pertencentes aos outros níveis de atenção localizam-se na zona urbana de Mogi Mirim.

O município<sup>15</sup> possui dezesseis estabelecimentos de saúde prestadores de serviços ao SUS, incluindo 65 leitos hospitalares. Dentre esses estão catorze Unidades Básicas de Saúde, um hospital (Santa Casa), com um Pronto Socorro municipal, e um Centro de Especialidades Médicas, com uma Unidade de Pronto Atendimento.

O CEM é formado por três prédios, no primeiro há um laboratório de patologia, equipamentos de Raio X e o serviço de ultra-sonografia. Em outro prédio estão concentrados os atendimentos das especialidades (oftalmologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria, dermatologia, além dos serviços de saúde mental, de fonoaudiologia e de odontologia) e no terceiro prédio há a Unidade de Pronto Atendimento. A Santa Casa é uma entidade filantrópica que atende particulares, ao SUS e convênios. Ela serve os assentados, sobretudo, em partos, em casos que necessitem de internação, ou em situações mais médicas que não puderam ser resolvidas nos outros serviços de saúde do município.

Quanto aos dados relacionados às doenças das famílias do Vergel, não existem indicadores específicos do assentamento, esses estão inseridos nos dados da zona rural de Mogi Mirim. Assim, os dados de saúde do Vergel apenas puderam ser obtidos com os profissionais de saúde que lá trabalham, como a agente de saúde que sabe, por exemplo, o

---

<sup>15</sup> As informações relacionadas aos estabelecimentos de saúde foram obtidas no Departamento de Saúde do município.

número de pessoas com doenças crônicas: 49 hipertensos, 05 diabéticos, 01 cardíaco e 02 com hanseníase. A insuficiência de dados relacionados à saúde em assentamentos também foi notada em outras pesquisas: “na investigação epidemiológica encontramos um vácuo de informações e de estudos recentes sobre os eventos e quadros de morbi-mortalidade sobre as populações rurais. Mesmo nas Secretarias Municipais de Saúde com programas de certo impacto na área rural, os dados sobre as condições de saúde ou da ocorrência de agravos à saúde são poucos e não estão sistematizados” (NEAD, 2000:13).

De acordo com o restante da equipe do PSF, as doenças prevalentes das famílias que buscam a Unidade são: infecção de pele, infecção respiratória, pneumonia, desnutrição, problemas dentários. Nas mulheres, obesidade e depressão. Ocorrem casos de gravidez em uma idade precoce, na mesma medida orientação aos adolescentes e distribuição de preservativos e anticoncepcionais. Na população adulta de uma forma geral, hipertensão, problemas ligados ao trabalho, como problemas musculares e queixas relacionadas a dores na coluna. Acontece o uso de drogas lícitas e ilícitas entre alguns jovens e adolescentes. Há ocorrência de diarreia, mas não é uma realidade diferente do restante da cidade de acordo com o médico do PSF.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente ao período de 24 de dezembro de 2003 a 24 de novembro de 2004, no Vergel nasceram dez crianças, quatro assentados foram hospitalizados, sendo uma criança menor de cinco anos devido a pneumonia, e ocorreu um óbito.<sup>16</sup>

De uma forma geral, os problemas de saúde encontrados no Vergel também foram observados em famílias de outros assentamentos. PEREZ (2001) detectou, em estudo realizado no assentamento de Sumaré I vários problemas de saúde, alguns correlacionados às más condições de trabalho, socioculturais e sanitárias (como presença das micoses e parasitas), outros relacionados diretamente ao trabalho (como algumas micoses, câncer de pele, etc). Na pesquisa amostral do I Censo da Reforma Agrária, no Estado de São Paulo foram relatadas as gripes, desnutrição, pneumonia, dengue, diarreia, ocorrência de piolho, entre outras (SCHMIDT et al, 1998). Altas taxas (16,7%) de hipertensão arterial, independente da variedade dos fatores biológicos, alimentares e sócio-culturais, têm sido prevalentes em grupos sob maior pressão social, como os trabalhadores rurais (OLIVEIRA et al, 1996).

---

<sup>16</sup> A causa do óbito não foi definida. Dados obtidos com a agente comunitária de saúde que é a responsável pelo preenchimento dessa tabela.

### 3.2. Técnicas de Pesquisa Utilizadas

Esta pesquisa possui caráter quantitativo e qualitativo. Em um primeiro momento foi aplicado um questionário do tipo semi-estruturado com o objetivo de obter dados quantitativos relacionados à identificação e às características dos assentados que participaram da pesquisa, além de dados sobre o acesso aos serviços de saúde, os eventuais problemas desse acesso, o uso de plantas medicinais e a alimentação.

O Vergel atualmente soma 82 famílias. O questionário foi aplicado nos respectivos lotes ou casas, entre junho e agosto de 2004, de 46 assentados, número que representa 56,1% de famílias do assentamento. Esse foi dirigido a apenas um membro de cada família escolhido de modo aleatório, mas com a preocupação de não repetir os sujeitos do mesmo lote<sup>17</sup>. Da totalidade de questionários, 40 (87%) foram respondidos por mulheres e 06 (13%) por homens, devido ao fato das mulheres estarem nos lotes ou casas com maior frequência, além delas se dedicarem mais aos cuidados com a saúde das famílias.

Quando havia mais de uma casa no mesmo lote, foi dada preferência a casa principal, ou seja, a pertencente ao titular. Na maioria dos casos, as outras casas pertenciam aos filhos do titular que casaram ou a parentes que vieram morar no Vergel. Esse fato foi frequentemente observado.

Com a finalidade de aprofundar os dados obtidos na parte quantitativa, foram selecionados cinco assentados, representando 10% do número dos 46, que demonstraram maior disposição em participar da pesquisa, no caso cinco mulheres. Foi elaborado um roteiro com perguntas abertas centrado na temática do uso e acesso dos serviços de saúde pelas famílias. As entrevistas, realizadas entre outubro e novembro de 2004, foram registradas com o uso de gravador portátil e posteriormente transcritas.

Foram entrevistados também os profissionais da equipe do PSF, que prestam assistência às famílias, a médica homeopata e o técnico do ITESP. Os dois assentados que exercem atividade de liderança local também participaram da pesquisa com seus depoimentos.

---

<sup>17</sup> Em pesquisa organizada pela UnB (2001), apenas uma pessoa em cada grupo familiar foi entrevistada. No estudo organizado pelo NEAD (2000), os pesquisadores também entrevistaram as famílias aleatoriamente. De acordo com COSTA NETO (1977), em uma seleção é importante que a amostra seja representativa da população que se pretende pesquisar. Apesar de pequenas discrepâncias sempre presentes na aleatoriedade, a amostragem deve possuir as mesmas características básicas da população em relação à (s) variável (s) que se pretende estudar. Na pesquisa, os entrevistados escolhidos tinham que morar no assentamento e, como já foi exposto, procurou-se apenas um representante de cada família (ou lote).

De acordo com SANTOS e FERRANTE (2003), as entrevistas abrem “espaço para o imprevisto”, sendo de grande valia quando o entrevistado menciona algo que não foi perguntado, permitindo ao pesquisador acrescentar questões extras, segundo o que foi suscitado pelo entrevistado.

Além dessas formas de coleta de dados, no estudo foram utilizados depoimentos extraídos das entrevistas e as observações pessoais da pesquisadora feitas durante a coleta de dados e das conversas e experiências informais com os assentados, como as vivenciadas na sala de espera da USF. Nesse local foi possível conhecer um pouco sobre os hábitos, comportamentos, modos de pensar, além de histórias dos assentados que ali estavam, participando ou não da pesquisa. O contato com a população entrevistada foi fácil e agradável.

A transcrição das entrevistas respeitou a fala do entrevistado, pois o modo como uma pessoa se expressa reflete o grupo social ao qual está inserida. Para que a transcrição fosse fidedigna, a sintaxe do discurso foi mantida (como os erros de concordância ou de regência de verbos), pois demonstra a forma peculiar de articulação do discurso.

O assentamento rural do Horto Vergel foi escolhido como local de estudo, por possuir um serviço de saúde no seu interior e por ser próximo à cidade de Campinas.

Os dados obtidos por meio da aplicação dos questionários e realização das entrevistas encontram-se divididos e comentados nos próximos itens da dissertação.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Caracterizando os Entrevistados

Em relação às origens, 50% dos 46 entrevistados nasceram no Estado de São Paulo. A outra metade nasceu em outros estados, com destaque para Minas Gerais (23,9%), como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da População Entrevistada Por Estados de Nascimento, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Estados	Número	Porcentagem
São Paulo	23	50%
Minas Gerais	11	23,8%
Paraná	05	10,9%
Pernambuco	02	4,3%
Alagoas	01	2,2%
Bahia	01	2,2%
Espírito Santo	01	2,2%
Rio de Janeiro	01	2,2%
Piauí	01	2,2%
Total	46	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A partir dos entrevistados foi possível constatar um número tendente aos dados contidos no I Censo da Reforma Agrária (SCHMIDT et al, 1998) que mostraram o predomínio nos assentamentos paulistas de pessoas nascidas no Estado de São Paulo. Esse predomínio também foi observado em outra pesquisa, onde 57,1% dos assentados eram paulistas (BERGAMASCO et al, 2004).

No caso do Vergel, onze entrevistados (23,8%) nasceram no Estado de Minas Gerais. A presença significativa de mineiros também ocorre em outros assentamentos paulistas (BERGAMASCO et al, 2004).

O tempo de permanência no município de nascimento dos entrevistados encontra-se exposto na tabela 2 onde é possível observar que 33 entrevistados permaneceram na cidade de origem um tempo inferior a vinte anos. Estes dados complementam os expostos na tabela 1 relativos à migração.

Tabela 2. Distribuição da População Entrevistada em Relação ao Tempo de Permanência no Local de Nascimento, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Tempo	Número de pessoas	Porcentagem
Menos de 1 ano	04	8,7%
De 1 a 10 anos	11	23,9%
De 10 a 20 anos	18	39,1%
De 20 a 30 anos	04	8,7%
De 30 a 40 anos	03	6,5%
De 40 a 50 anos	02	4,4%
Não sabe	04	8,7%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa.

A maioria dos 23 entrevistados não paulistas migrou para São Paulo sem ter vivido anteriormente em outro estado; apenas dois assentados residiram primeiro no Paraná. Após a migração, as famílias moraram em outros municípios paulistas antes de sua ida ao Vergel, sendo que catorze viveram em um município e o restante em duas ou mais localidades. Apenas um entrevistado não viveu em outro município paulista, veio de seu estado de origem (MG) para morar com parentes no assentamento.

Em relação aos 23 entrevistados que nasceram no Estado de São Paulo, sete viveram em outro município paulista antes de chegar ao Vergel, dez viveram em dois ou mais municípios, quatro entrevistados moraram em outros estados (Paraná, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul). Apenas dois entrevistados vieram direto de seus municípios de origem com destino ao Vergel (moravam em municípios próximos a Mogi Mirim: Conchal e Campinas). Os dados do I Censo da Reforma Agrária demonstram que na região Sudeste, 34,41% dos assentados originavam-se de outros municípios em relação à localização de seu assentamento (SCHMIDT et al, 1998). Em nossa pesquisa, apenas um entrevistado nasceu no mesmo município do assentamento, ou seja, Mogi Mirim.

A tabela 3 refere-se ao tempo de permanência dos entrevistados no Vergel e permite concluir que 67,4% dos entrevistados chegaram ao Vergel no período de acampamento e vivem no assentamento desde a sua criação. Aqueles que estão menos tempo no local são, em sua maioria, parentes dos assentados que se mudaram em 1997. No entanto, em outros assentamentos do Estado de São Paulo observou-se que 81% dos assentados chegaram a esses locais após a criação dos mesmos (BERGAMASCO et al, 2004).

Tabela 3. Distribuição da População Entrevistada em Relação ao Tempo de Permanência no Assentamento, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Período	Número	Porcentagem
Menos de 1 ano	03	6,5%
De 1 a 3 anos	05	10,9%
De 3 a 5 anos	01	2,2%
De 5 a 7 anos	06	13,0%
7 anos	31	67,4%
Total	46	100,00%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A idade dos entrevistados pode ser conferida na tabela 4 e está classificada por faixas etárias. Participaram da pesquisa, assentados com idade entre 18 a 74 anos.

Tabela 4. Distribuição da População Entrevistada em Relação à Idade, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Faixa Etária	Número	Porcentagem
Menos de 20	03	6,5%
De 20 a 30	11	23,9%
De 30 a 40	07	15,2%
De 40 a 50	16	34,8%
De 50 a 60	05	10,9%
De 60 a 70	04	8,7%
Total	46	100,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A maior parte dos entrevistados, 34,8%, encontra-se na faixa etária entre 40 a 50 anos, seguido por 23,9% na faixa entre 20 a 30 anos. Os dados do I Censo da Reforma Agrária, realizado entre 1996 e 1997, referentes à idade dos titulares dos lotes, em sua maioria homens, demonstram que a faixa etária predominante era entre 28 e 57 anos (SCHMIDT et al, 1998).

A grande maioria dos entrevistados possui o ensino fundamental incompleto (primeira a oitava série), sendo que, desses, 71,4% estudaram até o primário (primeira a quarta série) incompleto (tabela 5). Três assentados nunca freqüentaram a escola. Existe um baixo nível de escolaridade entre os assentados estudados. O analfabetismo e a baixa escolaridade no campo também foram detectados pelo I Censo da Reforma Agrária (SCHMIDT et al., 1998).

A baixa escolaridade encontrada em nossa pesquisa refletiu os dados socioeconômicos obtidos na Caderneta de Campo 1998/1999, realizada pela Fundação ITESP no Vergel, no qual a escolaridade predominante era o primeiro grau incompleto.

Tabela 5. Distribuição da População Entrevistada em Relação à Escolaridade, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Escolaridade	Número de pessoas	Porcentagem
Ensino médio/Técnico	01	2,2%
Ensino médio completo	03	6,5%
Ensino médio incompleto	01	2,2%
Ensino fundamental completo	03	6,5%
Ensino fundamental incompleto	35	76,1%
Não estudou	03	6,5%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Dados da Pesquisa.

Relacionando idade com escolaridade, os entrevistados com menos de 25 anos possuíam escolaridade mais alta, quando comparadas ao restante dos assentados pesquisados. No entanto, foram encontradas algumas exceções, como entrevistados nessa faixa etária com baixa escolaridade, assim como em faixas etárias superiores e com escolaridade superior ao restante dos membros de sua idade. Dois exemplos são: o caso de uma senhora de 42 anos com o curso de Magistério e outra senhora de 72 anos que cursou a escola até a 4ª série, parou e depois de anos terminou o 3º colegial.

A caracterização dos entrevistados, realizada na pesquisa, incluiu as necessidades e tecnologias em saúde como a utilização de plantas medicinais e as condições de vida dos sujeitos, em especial, a alimentação.

Na pesquisa, o uso de plantas medicinais foi citado por 43 entrevistados. Essa frequência alta pode resultar, em parte, da presença de uma médica que também usa fitoterapia no serviço de saúde e que estimula essa prática. De acordo com essa profissional, cerca de 90% de medicamentos receitados em suas consultas no Vergel são fitoterápicos. Certamente, o aspecto cultural também é significativo e pode ser observado nos seguintes depoimentos:

*“A gente tem muita fé”* (T A P, 26 anos),

*“Tomo chá e se não resolvê aí vô no médico”* (O A J, 50 anos),

*“É bom, conhecimento dos antigo”* (A B V M, 46 anos),

*“Minha família sempre usou e sempre teve serventia”* (V L S, 27 anos),

*“É o jeito que a gente foi criado na roça”* (C P A, 45 anos).

As três plantas mais usadas pelas famílias são: erva cidreira, usada principalmente como calmante; hortelã, para gripe; e boldo para problemas de estômago. Essas plantas são usadas para fazer chás e xaropes ao serem misturadas com outras, como poejo, alecrim, guapo.

Dos 43 assentados que usam plantas medicinais, 35 as cultivam, sendo que as mais cultivadas são as mesmas citadas como as mais utilizadas. Os que não cultivavam as conseguiam com os vizinhos do Vergel ou na própria Unidade de Saúde da Família (USF), como a hortelã e erva cidreira. O cultivo de plantas medicinais pelas famílias também foi observado em outros assentamentos (UnB, 2001).

Quando questionados sobre os motivos para o uso dessas plantas, os entrevistados apresentaram um grande leque de argumentos. Os mais frequentes estão expostos na tabela 6.

Tabela 6. Exposição dos Motivos de Utilização de Plantas Mediciniais Pela População Entrevistada, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Motivos	Número
Quando não é “caso de médico”	07
Família sempre usou	05
Aprendeu com a dra Marta	04
Não tem química, é saudável	03
Melhor que remédio “de farmácia”	03
Quando não tem remédio em casa	02
USF fechada	02

Fonte: Dados da Pesquisa.

As razões de utilização das plantas medicinais envolvem uma mistura de motivos relacionados a tradição familiar e ao estímulo da médica homeopata, que demonstram a importância dessas plantas no tratamento dos problemas de saúde para as famílias do Vergel.

O médico do PSF não possui conhecimentos sobre fitoterapia, porém preferiu respeitar o desejo das famílias que costumam utilizar plantas medicinais, além de aprender com elas. Em sua prática clínica existe uma relação entre a alopatia e o uso dessas plantas que pode ser observada no seguinte depoimento:

*“O cara, por exemplo, vem aqui e é diabético, eu tô dando medicamento para diabetes para ele, ele fala “ah, eu fiquei sabendo que tem uma planta que é boa para diabetes” e aí começa a usar. Aí eu faço o controle da glicemia, né!?. Se eu perceber que a glicemia abaixou bastante eu tento tirar a medicação e vejo como é que a doença se porta só com a planta, né!?. Mesma coisa com a hipertensão, “eu comecei a usar um remédio (plantas medicinais) para pressão alta e regularizou minha pressão”, aí eu meço a pressão, vejo a ausculta cardíaca, se eu percebo que melhorou mesmo eu falo “mantém e a gente acompanha aqui” (médico do PSF).*

Além do uso de plantas medicinais, cuja utilização revela o trato dos assentados com a saúde da família, é de conhecimento geral que uma alimentação equilibrada está relacionada às boas condições de saúde.

Assim, foram levantados dados acerca dos alimentos que os entrevistados consomem. De uma forma geral pôde-se conhecer um pouco de sua alimentação com destaque aos alimentos cultivados nos lotes e destinado a própria família que os produz. Nos assentamentos uma parcela significativa de todo alimento produzido é voltada à subsistência da família: milho 51%; arroz 48%; mandioca 33%; café 7,6% e cana-de-açúcar 37% (INCRA, 1997, apud CARMO, 2003).

Na pesquisa foram encontradas famílias que produzem poucos alimentos, como mandioca, e por outro lado, outras que têm uma produção diversificada. A maioria dos entrevistados cultiva produtos para a alimentação da família, mas isso não significa que não há necessidade da compra desses ou de outros gêneros alimentícios, a maioria faz os dois.

Pelos dados da tabela 07 é possível observar que os alimentos mais produzidos são os essenciais para a alimentação da família, os chamados “básicos”. A agricultura de produtos alimentícios básicos é também conhecida como agricultura doméstica. O arroz, feijão, milho e a mandioca são alimentos considerados típicos do Brasil e “vêm participando da alimentação de nossa população, durante alguns séculos. Eles constituem, do ponto de vista nutricional, um bom exemplo de uma alimentação instintivamente bem balanceada” (OLIVEIRA et al, 1996:25).

Tabela 7. Relação dos Alimentos mais Cultivados pelos Entrevistados, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Alimento	Número	Porcentagem
Mandioca	44	95,6%
Milho	39	84,8%
Banana	36	78,3%
Abobrinha	34	73,9%
Arroz	32	69,6%
Mamão	32	69,6%
Feijão	28	60,9%
Chuchu	26	56,5%
Couve	24	52,2%
Alface	21	45,6%
Laranja	17	36,9%

Fonte: Dados da Pesquisa.

O milho é um dos produtos freqüentemente plantados pelos entrevistados e comprados por poucas famílias, sendo consumido apenas na época: “*quando dá*”. O milho possui de 8 a 9% de proteínas, sendo “um dos alimentos mais ricos em carboidratos” (OLIVEIRA et al, 1996:22). Os outros produtos plantados e consumidos na sua época em quantidades menos expressivas e que entram na economia doméstica dos assentados do Vergel são: abóbora, alho, almeirão, amendoim, batata, batata doce, berinjela, beterraba, café, cana-de-açúcar, cebolinha, cenoura, chicória, coentro, espinafre, pepino, pimenta, pimentão, quiabo, repolho, rucula, salsinha tomate e vagem. Na família das frutas: abacate, abacaxi, acerola, amora, caju, goiaba, jabuticaba, jaca, limão, manga, maracujá, melancia, melão, mexerica e romã.

Existem algumas árvores frutíferas que já estavam plantadas quando as famílias chegaram no Vergel, como pés de jabuticaba, goiaba, laranja e mamão.

Em relação à criação de animais, 24 famílias criam galinhas, sendo que oito apenas para a produção de ovos; uma família só para o consumo de carne e quinze para ambos. Vacas são criadas por nove famílias, mas apenas para o consumo do leite e catorze famílias criam suínos.

Na divisa com o assentamento, existe uma fazenda que produz comercialmente e o seu proprietário doa os produtos descartados aos assentados. Alguns entrevistados (10) afirmaram buscar alface naquele local.

A base da alimentação da família de 45 entrevistados é composta pelo arroz e feijão, sendo que outros alimentos são incorporados a essa mistura. Esses dois alimentos também estão presentes na base da alimentação de outras famílias assentadas, com o acréscimo do milho e da mandioca (SANTOS e FERRANTE, 2003).

O arroz e o feijão formam uma mistura alimentar que se encontra presente na mesa das famílias de quase todas as regiões do país, e em todos os estratos de renda. Esses alimentos são significativamente responsáveis pela oferta de calorias e proteínas da população (OLIVEIRA et al, 1996).

Em relação às proteínas, 24 famílias consomem leite e 06 ovos diariamente. Das 07 famílias que consomem carnes (frango, bovina ou suína) todos os dias, 06 também consomem leite diariamente e nenhuma consome ovos na mesma frequência. A carne de frango é mais consumida que a vermelha e ambas são compradas.

O consumo de carne de frango, de ovos e de leite é maior em outros assentamentos do Estado de São Paulo, quando comparados ao Vergel, o que evidencia a importância da criação de galinhas e de gado leiteiro nessas áreas (SANTOS e FERRANTE, 2003).

As frutas mais consumidas são a banana e a laranja e dentre as hortícolas, a alface. Essas duas frutas também foram as mais constantes na pesquisa organizada por SANTOS e FERRANTE (2003), que consideram as frutas fontes de vitaminas e sais minerais que regulam as funções do organismo.

Outro alimento consumido frequentemente por 23 entrevistados é o pão, comprado do padeiro que passa todos os finais de semana pelo assentamento e/ou no mercado. Porém, além de comprar, a família de 22 entrevistados também produz em casa. Apenas 02 entrevistados disseram não comprar esse alimento (apenas fazem em casa). Outro produto feito em casa por 12 famílias é a farinha de mandioca.

Para obter um módulo de subsistência que praticamente completaria o auto abastecimento alimentar das famílias assentadas seria necessário o cultivo consorciado de arroz, feijão, milho, mandioca, cana e café, somado à criação de galináceos (galinhas e galos), suínos, caprinos, horta e pomar (pés de banana, mamão e de diversos citros) entre outros gêneros alimentícios (em proporção direta ao tamanho da família) (NORDER, 1998).

Uma alimentação e nutrição equilibradas dependem de vários fatores como a produção, a distribuição e o consumo de alimentos, os quais são influenciados pela renda e

pela educação. Porém, ter dinheiro não é a garantia de estar bem alimentado. A educação e a orientação alimentar são fundamentais para a boa nutrição. De acordo com estudo realizado na região de Ribeirão Preto/SP, a maior disponibilidade de renda contribui com o aumento da diversidade de alimentos comprados, mas não com a quantidade de alimentos básicos e com a qualidade nutricional da alimentação (OLIVEIRA et al, 1996).

Com o acesso à terra, as famílias passaram a ter a possibilidade de plantar para o seu próprio consumo, contribuindo com uma alimentação melhor da família. O aumento da produção de gêneros alimentícios e a preocupação com a garantia da alimentação das famílias assentadas são itens presentes no II Plano Nacional de Reforma Agrária de 2004, do Governo Federal, que orienta as ações voltadas para a melhoria das diversas questões que envolvem a vida no assentamento rural, entre elas a saúde das famílias (MDA, 2004).

Concluindo, os entrevistados estão produzindo alimentos básicos e típicos do país, voltados para o seu consumo. O arroz e o feijão constituem a base de sua alimentação e fornecem energia e proteína, que são importantes para a saúde. No entanto, a alimentação das famílias ainda necessita ser melhorada com o consumo mais freqüente de outros gêneros alimentícios, responsáveis por uma alimentação nutricionalmente mais equilibrada.

## 4.2. A Assistência à Saúde

### 4.2.1. Acesso e Uso dos Serviços de Saúde

Mogi Mirim e mais 55 municípios com áreas de assentamentos e remanescentes de comunidades de quilombos são beneficiados com o Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo, por meio da parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde do Estado e o ITESP. E como já foi apresentada, essa realidade não é comum a maioria dos assentamentos brasileiros.

As famílias do Vergel têm acesso ao serviço de saúde por meio do PSF. Todos os entrevistados informaram freqüentar a Unidade de Saúde da Família (USF) do próprio assentamento, a qual é chamada de Postinho.

A USF é bastante procurada pelas famílias, como pôde ser observado e confirmado pelos profissionais que trabalham no local. Calcula-se que uma média de 80 pacientes por semana frequentam, às terças-feiras e quartas-feiras a USF. Porém, existem assentados que a frequentam ns dois dias da semana, às vezes as mulheres buscam a Unidade na terça-feira para se consultar com a médica homeopata, justamente por ser do mesmo sexo: *“a gente se dá mais pro lado de médica mulher”* (A M, 46 anos) e as quartas-feiras levam os filhos. Os homens também frequentam a USF, porém em menor número em relação às mulheres. Essas, algumas vezes, vão as consultas visando conhecer tantos os problemas que elas e os maridos sentem, conversam com os médicos sobre o problema do companheiro e depois tentam resolver a situação em casa. Além disso, os assentados abrigam parentes com problemas de saúde para receberem tratamento na USF.

A alta demanda encontrada no Vergel pode ser explicada pelas carências enfrentadas pelos assentados em seu cotidiano somada ao acesso facilitado na USF. As famílias podem, também, estar buscando na USF um apoio e acolhimento para os seus problemas e aflições, ou seja, na Unidade é ofertado mais do que na assistência encontrada nos outros serviços do município. Ao procurar um serviço de saúde o usuário trás consigo todos os aspectos das suas necessidades de saúde que estão representadas em aspectos como, por exemplo, a busca de soluções para as más condições de vida, busca de vínculos afetivos ou acesso a alguma tecnologia disponível para melhorar a vida. Para uma melhor organização do serviço, tanto

para a equipe como para as famílias, cabe a equipe escutar e traduzir essas necessidades modeladas na demanda para focar as ações coletivas, nos aspectos que estiverem ao seu alcance.

No Vergel, as famílias têm a possibilidade de escolha entre os dois médicos que atendem na USF. A grande maioria (91,3%) dos entrevistados consulta com os dois médicos, sendo que seis mulheres referiram que a médica é mais indicada para o atendimento das mulheres. Os dois únicos entrevistados que nunca haviam se consultado com a médica relataram ter ouvido boas referências sobre ela: *“dizem que é muito boa”*.

De uma forma geral, os entrevistados demonstraram sentimentos de afeto e familiaridade com os médicos. Esses sentimentos também foram relacionados à enfermeira e a auxiliar de enfermagem (as famílias chamam as duas de enfermeiras), como pode ser notado no depoimento abaixo:

*“Os médico daqui já num são nem médico mais, são mais é amigo do que médicos, né!?, são umas pessoa excelentes (...) aqui nós temos dois médicos maravilhosos, tem as enfermeiras que são dez também”* (A. C., 49 anos).

Em relação a agente comunitária de saúde, ela é vista pelos entrevistados como uma profissional que trabalha visitando todas as famílias.

*“Bom, eles frequenta as casa uma vez por mês, a Vera vai sempre também. Ela distribui aquelas pasta (pasta e escova de dente) pras criança, daí num precisa a gente tá vindo direto aqui. Minha fia mesmo, ela toma muito remédio, pressão, diabetes, aí eles, às vez passam lá, levam o remédio pra ela lá se ela tá precisando, aí num precisa ela vim. É, sempre aqui. Porque ela também num agüenta tá andando no sol, aí é bom, atendimento bom, né!?”* (V.S., 27 anos).

A qualidade do atendimento oferecido pelos profissionais que ali trabalham soma-se à possibilidade de acesso mais fácil pela proximidade da USF às famílias. A importância da presença da USF e da qualidade do atendimento podem ser ilustrados com os seguintes depoimentos:

*“Óia, aqui no Postinho tudo é bom, porque é perto. Num precisa tomá ônibus pra ir”*  
(A. M., 46 anos).

*“O que o Postinho oferece pra gente é um, uma saúde um pouquinho mais estável (...) Uma melhora pra nossa saúde. É um tratamento muito bom, sabe, que eu num vi em outros lugares não, porque nos outros lugares você enfrenta aquelas fila. Aqui também porque os médico é pouco, né!? Quanto a fila, até aqui tem fila também, mas só que diferencia é que o tratamento aqui é melhor porque a gente é tratado com mais educadamente e nos Postinho da cidade cê é tratado com muita brutalidade, cê é mal atendido. Cê entendeu?”* (A C, 49 anos).

*“...O atendimento, certeza, porque assim, cê vê os médicos daqui, as enfermeira daqui conhece a gente, sabe que a gente aqui não é nenhum bicho de sete cabeça, né!? Conhece a gente e trata a gente bem, eu num tenho o que reclamá de nenhum deles aqui”*  
(V.S., 27 anos).

As condições ambientais e o meio também colaboram com a procura da USF. Em dias frios a demanda cresce principalmente devido a problemas respiratórios em crianças, em oposição aos dias chuvosos, cuja procura diminui devido às condições ruins das estradas e ruas de terra.

*“No Vergel, a gente tem uma demanda espontânea grande, tanto que é um local que a gente tem pouco tempo pra fazer mais o trabalho educativo, porque a demanda é muito grande. A carência da população e a carência de infra-estrutura. Na maioria das casas não tem água encanada, não tem rede de esgoto, não tem iluminação, né!? Então, é uma população muito vulnerável. Então, a gente tem uma demanda muito grande, espontânea. Eu normalmente atendo umas 40 pessoas individualmente, no Vergel, toda quarta-feira”*  
(médico).

Os entrevistados disseram utilizar a USF para consultas médicas e de enfermagem, coleta de material para exames, vacinas, curativos, entrega de remédios, além de receber as

visitas nas casas/lotes. Porém em nenhum contato com os assentados, entrevistados ou não, foram citados os grupos educativos que a equipe do PSF procura organizar.

Fora do assentamento, as famílias procuram soluções para seus problemas de saúde nos serviços de saúde da cidade de Mogi Mirim e também em Itapira. A procura pelas instituições de saúde de Mogi Mirim (CEM ou Santa Casa) pode ser observada na tabela 8 onde se pode visualizar que dos 43 entrevistados que frequentam os serviços de saúde desse município, 58,2% recorrem a essas instituições por encaminhamento dos médicos do Vergel para realizar consultas, exames ou tratamentos diversos, 32,5% nos períodos em que se encontra fechada a USF. A procura dos serviços em Mogi Mirim acontece em maior número devido aos encaminhamentos dos médicos (demanda organizada).

Tabela 8. Motivos da Procura pelos Entrevistados dos Serviços de Saúde da Cidade de Mogi Mirim, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Motivos	Número	Porcentagem
Encaminhamento médico	18	41,9%
USF do Vergel fechada	14	32,5%
Emergências	06	13,9%
Tratamentos diversos	07	16,3%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Além de Mogi Mirim, 20 entrevistados relataram freqüentar os serviços de saúde do município de Itapira, conforme exposto na tabela 09. Os motivos da procura pelos serviços de saúde do município de Itapira relatados pelos entrevistados dizem respeito ao melhor atendimento em relação ao oferecido em Mogi Mirim, principalmente com as gestantes. Durante uma conversa com uma gestante, esta disse que gostaria de realizar o seu parto em Itapira, mas como uma “conhecida” do Vergel teve dificuldade em ser atendida lá, ela optou pelo serviço de Mogi Mirim. Outro fator alegado é a menor distância entre Vergel e Itapira que ajuda, principalmente, em casos de emergência. Pode-se notar que a demanda espontânea supera a organizada ao serviço de Itapira.

Tabela 9. Motivos da Procura pelos Entrevistados dos Serviços de Saúde da Cidade de Itapira, Horto Vergel, Mogi Mirim, 2004.

Motivos	Número	Porcentagem
Proximidade	03	15%
Emergência	07	35%
Após atendimento ruim em Mogi Mirim	02	10%
Melhor atendimento	02	10%
Parto	03	15%
Encaminhamento	01	5%
USF do Vergel fechada	02	10%

Fonte: Dados da Pesquisa.

É importante acrescentar que a busca pelo serviço em Itapira só não é maior, pois as pessoas entrevistadas alegam que o atendimento a sua família são dificultados pelo fato do assentamento não pertencer àquela cidade, mas sim a Mogi Mirim. Essa foi a justificativa de sete entrevistados, que disseram não buscar os serviços de saúde em Itapira porque “*eles não gosta*” ou “*não atende o pessoal do Vergel por ser de Mogi*”. Todavia, outras pessoas vão a Itapira e são atendidas, principalmente em casos de emergência.

Para expor a situação:

*“Se for, vamo dizê assim, um caso de internação, fô muito grave você ainda, eles internam, mas se fala assim: “não, dá pra corrê” eles mandam você pra Mogi. Eles atende, até atende, sabe, mas se fô assim, fala assim, é, que nem o caso da minha nora, né!?. Ela tava grávida, tava passando mal, né!? E eu levei ela aqui em Itapira. Aí eles atenderam, tudo, só que aí a moça, a médica falô pra mim assim “olha, a pressão, porque ela tá com problema de pressão, né!?, tá alta, mas eu não posso interna ela aqui, (...) você sai daqui e vai direto pra Mogi”. Daí eu já de lá, fui direto pra Mogi e internô”* (S D, 42 anos).

Quando questionados sobre suas respectivas impressões em relação aos aspectos positivos e negativos existentes entre os atendimentos na USF do Vergel, no Hospital Municipal e Postos de Saúde de Itapira e no Centro de Especialidades Médicas e na Santa Casa de Mogi Mirim, os entrevistados destacaram a relação com os profissionais do “Postinho”, especialmente a atenção que estes oferecem às famílias, conforme pode ser observada em alguns depoimentos:

*“Eles tratam bem, examinam muito bem, cê vai lá e não é assim chegá, né!?. Você senta ali, ele sentadinho “o que você tem?” E só vai escrevendo” (fora do Vergel). Não! Aqui examina tudo, se você fô a semana inteira, a semana inteira eles te examina, né!?” (S.D. 42 anos).*

Sobre a qualidade do atendimento:

*“O atendimento é o essencial, é o melhor, porque se o atendimento dos médico num for bem, nada no Postinho num presta. Por mais que você receba remédio gratuito, mas se os médico não trata você bem, as enfermeira não trata você bem, então pra nós nem presta, né!? Mas graças a Deus, que tanto os médico ... como as enfermeira que vem, tratam a gente muito bem. Então, o importante é isso, né!? O que eu gosto é isso!” (A. C., 49 anos).*

Dessa perspectiva, ao buscar a USF os entrevistados encontram não apenas atendimentos, mas atendimentos com pessoas afetivas e atenciosas que permitem a existência de vínculo, compreendido como uma relação contínua no tempo que é pessoal e intransferível. Essa interação do usuário com os profissionais forma o “rosto” do serviço de saúde e ajuda a formação da confiança nesse.

#### **4.2.2. Problemas com o Acesso e Uso dos Serviços de Saúde**

Apesar dos entrevistados demonstrarem apreciar o atendimento dos profissionais e da proximidade do serviço de saúde, também foram expostas críticas, sendo a principal relacionada a pouca frequência de atendimento na mesma, apenas duas vezes por semana. Os entrevistados gostariam que a USF abrisse mais vezes na semana e também à noite.

*“Eu acho assim, pouco atendimento, eu acho que poderia vim mais dias, porque pra ficá doente num é só eu, mais é um, é outro. Parece que no dia que eles tão aí tá tudo normal, né!?, E o dia que não tem ninguém pra atendê aí que acontece alguma coisa” (T.C., 45 anos).* Neste depoimento a entrevistada referiu-se a acidentes durante o trabalho, picadas de aranha e escorpiões.

*“Num pode tê médico todo dia que cê tá doente, ne!?. Mas vamo supô, se tem médico aqui pelo meno três veis por semana você vai controlá teu problema, porque pra saí fora é difícil, pra vim aqui eu vim de carroça e pá ir na cidade num dá” (A M, 46 anos)*

Em relação aos horários de abertura da USF:

*“As doença das criança aparece mais é de noite memo. Menina, é incrível que parece!. Mas tanto da gente adulta, tanto das criança é mais de noite que parece, sabe?. Aí você tem que ir dando remedinho pra criança até amanhecê o dia, cê num dorme, aí até amanhecê o dia pro cê levá a criança no Postinho ou na cidade porque aqui é só dois dias da semana que tem” (A. C., 49 anos).*

Outra queixa apresentada pelos entrevistados foi em relação à ausência de um dentista na Unidade. Esse problema também é uma queixa da equipe do PSF, cujos profissionais acrescentaram um agravante que é a preocupação insuficiente dos assentados em relação aos cuidados com os dentes que foi relatado como hábito de ordem cultural. As principais constatações são cáries nos dentes de pessoas de todas as faixas etárias, além da perda de dentes nas pessoas adultas e idosas.

*“Eles têm uma carência grande na área odontológica. Aqui, como não tem dentista, eles têm que ir para a cidade e pelo fato dos dentistas terem pouco tempo em cada consulta, tem que voltar muitas vezes. Então, a grande maioria acaba abandonando o tratamento, né!?, Além da higiene precária que eles acabam tendo na área odontológica” (médico do PSF).*

*“Um dentista, eu acho que é o que mais falta, mas acho que a gente não pode colocar muito só no dentista. Tem coisas que a gente orienta, tudo, mas eles não dão tanta importância que é a escovação, a gente distribui pastas, escova, né!?. Mas eles focalizam muito que a cura vai ser só se o dentista viesse e muitas vezes eles não conseguem entender, que a ação preventiva que seria ensinar as crianças a escovar, incentivar, né!?, a escovar os dentes” (enfermeira do PSF).*

A presença de animais como cachorros, muitas vezes doentes, e o mato alto perto da USF, são situações que não combinam com um local de saúde, segundo a interpretação de alguns. A modernização dos aparelhos da USF também foi apontada como um aspecto a ser melhorado.

Em relação aos problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde apontados pelas famílias, o principal deles é o transporte tanto para a Unidade de Saúde da Família no assentamento, como para a cidade. A insuficiência de transporte também foi observada a partir da pesquisa do NEAD (2000): “grande dificuldade de transporte de pacientes em busca de assistência médica individual ambulatorial ou hospitalar, tanto no atendimento agudo quanto em tratamentos mais prolongados” (NEAD, 2000:19).

As famílias do Vergel improvisam vários modos de locomoção, a fim de conseguirem um atendimento nos serviços de saúde.

Em torno de 39,1% dos entrevistados possui carro e fazem uso desse para percorrer a distância entre o assentamento e os serviços de saúde. Mas nem sempre isso é possível, pois é comum faltar combustível e o veículo estar em condições precárias, além das mulheres entrevistadas não dirigirem. Os homens são responsáveis por esse transporte e quando não estão em casa ou próximos, o veículo não é usado.

Após uma longa caminhada do interior dos lotes ou agrovila do assentamento, na rodovia SP 147 é possível ter acesso ao ônibus inter municipal, que é utilizado por 26,1% dos entrevistados. Os horários que variam de uma hora ou mais, de acordo com o dia da semana, e o preço da passagem, limitam o seu uso.

“Pagar um carro” é a outra forma dos entrevistados percorrerem a distância, mas na maioria das vezes é usada em casos de urgência. Essa forma é utilizada por 15 entrevistados e consiste em pagar alguém, geralmente vizinhos, para fazer o transporte de ida e volta entre o lote e os serviços de saúde. O valor é fixado pelo executor do serviço e varia entre R\$10 a R\$20, podendo ser apenas os gastos com o combustível. Outros modos de transporte citados para emergência foram a ambulância, a guarda municipal, táxi e o resgate.

Os entrevistados ainda pegam carona com parentes, amigos ou com o ônibus escolar. Além disso, 8,7% dos entrevistados utilizam charrete. O deslocamento a pé é adotado por 6,5% para as zonas urbanas enquanto 54,3% dos entrevistados se locomovem somente dessa

forma para a USF. Nesse caso, o tempo necessário para ir a Unidade varia de um minuto à uma hora e trinta minutos, dependendo da distância do lote e do meio de locomoção utilizado.

Alguns entrevistados disseram utilizar o meio de transporte disponível no momento “*o que tiver na hora*” (J G, 65 anos), por exemplo, se o carro da família estiver sem gasolina ou quebrado, eles tomam o ônibus ou vão de carona ou a pé.

Além do problema com o transporte, alguns entrevistados relataram não gostar do atendimento recebido nos serviços de saúde de Mogi Mirim. As queixas relacionaram-se a presença de longas filas, negação de atendimento e profissionais (atendentes e médicos) mal educados e que não lhes oferecem atenção como os do Vergel. Apesar dos serviços em Itapira apresentarem um atendimento adequado, de acordo com os entrevistados, a dificuldade no acesso não possibilita que seja uma opção para algumas famílias do Vergel.

Outro aspecto reclamado é a disponibilidade de uma ambulância para os momentos de emergência, apontada como insuficiente por assentados que fizeram o pedido e não foram atendidos.

Algumas diferenças entre os serviços de saúde das zonas rural e urbana foram expostas por alguns entrevistados. Segundo eles, a frequência do risco de picadas de aranha, escorpião e cobra sugere serviços específicos que deveriam ser absorvidas pela USF do Vergel.

*“Na minha opinião, aí (na USF) o atendimento devia ser mais reforçado por sê rural mesmo, porque na cidade é mais fácil, né!? Não é que você vive melhor talvez cê vive aqui, né!? Que eu vivi muito na cidade eu sei que é uma cidade, né!? Mas assim, eu digo pelos perigo ... são diferente porque na cidade eu quase não via inseto a não sê barata que é, rato, essas coisa, mas aqui, bem, cê tem que andá e oiá (olhar), é não oiá (olhar) muito pra cima é oiá (olhar) mais pra baixo”* (T.C., 45 anos). Depois dessa entrevista a pesquisadora passou a caminhar olhando para o chão e prestar mais atenção aos possíveis perigos citados!

Nas entrevistas, nenhum assentado fez queixas relacionadas aos profissionais da saúde, o que reforça os dados anteriores sobre a satisfação do atendimento com esses profissionais. As famílias do assentamento têm acesso a serviços de saúde, sendo que sua entrada é facilitada por meio da USF, porém o transporte e a má qualidade do atendimento são

fatores que dificultam o acesso aos serviços dos outros níveis de atenção, como os localizados na cidade.

Em relação as possíveis soluções aos problemas apresentados, ao serem questionados sobre reivindicações por melhorias na atenção à saúde, poucos assentados afirmaram existir pessoas responsáveis por esse papel no Vergel. A maioria citou uma Comissão existente no início do assentamento, mas que foi dissolvida. Apenas uma assentada, esposa de uma liderança, disse saber que há um espaço na prefeitura para serem realizadas as reivindicações das famílias. O Conselho de Saúde municipal é freqüentado por dois assentados, sendo uma liderança e uma assentada que se revezam nos comparecimentos as reuniões.

#### **4.2.3. Ouvindo as Lideranças e os Profissionais**

Para os profissionais de saúde que assistem às famílias na USF, de uma forma geral, as condições de vida no assentamento são responsáveis pela sua saúde, sendo que essas condições também contribuem como desafios no trabalho da equipe.

*“A dificuldade de trabalho aqui é a questão material. Se o medicamento não tem no Posto eles não têm como comprar e muitas vezes, por exemplo, você orienta com um tipo de alimentação eles acabam não tendo também (...) O poder aquisitivo é muito baixo, então a carência nutricional acaba sendo muito alta também (...) A questão higiene é muito precária, você sabe, por exemplo, que o problema está na casa, que a casa não tem a vedação boa, as crianças que tem asma, que tem problema respiratório, você não tem como melhorar isso. Eu acho então, que a melhora das condições de vida para mim é o ponto fundamental para melhorar a saúde deles” (médico do PSF).*

A enfermeira da equipe completa a relação entre as condições de vida e de saúde das famílias,

*“O maior problema nosso aqui é o problema social e a falta de estrutura, a falta de infra-estrutura que tem aqui, né!?. A carência que eles têm aqui do trabalho, de não ter*

*emprego, de ter dificuldades pra estar trabalhando com a terra, né!?. Eu acho, assim, que isso gera os problemas de saúde que a gente tem aqui. Não tem esgoto, é tudo a céu aberto, a falta de higiene é muito grande e aí a questão emocional, né!?. Que acaba afetando tudo, eu acho que o posto acaba sendo, assim, o único local que eles tem para tentar resolver tudo, né!?. Tanto problemas financeiros, que eles vem reclamar, né!?. Mas o que a gente pode fazer é ouvi-los, né!?. A gente ouve e às vezes a gente fica de mão atada, o que a gente pode, a gente tenta correr atrás de uma cesta básica, de roupa que a gente ganha, quer dizer a gente sabe que não é tudo, né!?.” (enfermeira do PSF).*

Certamente esses problemas não pertencem apenas à realidade do Vergel. As condições de vida relacionadas à insuficiência de saneamento básico, armazenamento e descarte inadequado do lixo, condições precárias de habitação, além da alimentação deficiente foram observados como os fatores causadores das doenças prevalentes nos assentamentos pesquisados em todo o país (UnB, 2001).

No entanto, a agente comunitária de saúde acredita que as condições de vida melhoraram desde a época do acampamento. Classificou a saúde das famílias atualmente como sendo boa. Para ela, a implantação do PSF e a introdução das visitas domiciliares contribuíram para essa melhora que parece ser tão visível aos que vivem no local desde a sua criação como o sr W. D.:

*“A saúde das família, das criança mediante a tudo processo que nós passou aqui dentro do assentamento, que acompanhamo. Naquela época tinha mais ou meno, aqui nós tinha umas 50 criança desnutrida, né!?. E, e hoje nós tem mais ou meno aí umas 100 criança tudo comendo, bebendo, alimentada, então a gente vê que teve um avanço muito grande aí a saúde hoje das criançada pelo que eu vejo nós tamo 100% de saúde, todo mundo tá bom de saúde as criança aqui, melhorô 100% das coisa, principalmente na questã alimentar, ne!?, na questã de comida, alimentação. Agora precisa de tê outras coisas na, pra pode contribuí com tudo isso também, ne!?. Precisa tê um desenvolvimento, precisa tê uma política de saúde pa contribui, às vezes não é só alimentar, às veze precisa preparar, ensinar, né!?. Então tem que tê um acompanhamento” (liderança).*

As necessidades de saúde de uma população envolvem as condições de vida. No entanto, a promoção de melhorias na realidade das famílias ultrapassa as responsabilidades do serviço de saúde e dependem de um apoio de políticas públicas efetivas para as áreas rurais dos municípios. Os profissionais de saúde cooperaram procurando doações de cestas básicas, de roupas, entre outros, além do seu trabalho. Apesar de serem medidas paliativas, essas ações demonstram a preocupação e o envolvimento da equipe com a situação das famílias.

O fato da equipe do PSF trabalhar de forma itinerante na zona rural de Mogi Mirim torna possível conhecer a realidade de outras regiões rurais do município, consideradas por eles como sendo melhor do que a realidade do Vergel.

*“Os sitiantes aqui de Mogi Mirim, a renda deles é muito boa. O PIB da zona rural de Mogi Mirim é um dos mais altos do Estado de São Paulo, eles plantam muito limão, laranja, verdura, legume, então assim, é uma outra realidade. A exceção de alguns funcionários de fazendas da zona rural, também que o salário é baixo e eles acabam tendo uma condição tão precária quanto aqui, mas os sitiantes têm uma qualidade de vida bem melhor”* (médico do PSF).

Em relação a USF, na opinião da agente comunitária de saúde não poderiam faltar remédios na USF, mas isso *“aí depende do governo, né!?. É ele quem manda, né!?”*. Os medicamentos faltam principalmente em algumas épocas, como, por exemplo, no final de ano. Em relação às dificuldades encontradas em seu trabalho, foi citado o seu meio de transporte, uma bicicleta *“eu tenho ainda uma bicicleta sem marcha ainda”*, ela gostaria de uma condução melhor, talvez uma moto.

Já a médica homeopata acredita que ainda falta um maior apoio por parte da prefeitura:

*“Eu acho que podia ter uma atenção um pouco maior da prefeitura, tem locais de atendimento que não tem postos na zona rural, o Postinho do Vergel não tem uma faxineira, por exemplo, mas eu acho que via de regra funciona bem”* (médica).

Todo mês uma faxineira dos Postos de saúde do município é cedida para limpar a USF. No entanto esse esquema apresenta falhas e nesses casos a limpeza acaba sendo realizada pela equipe. Além da falta de uma faxineira para o Vergel a médica relatou a demora na substituição do tubo de oxigênio do aparelho de inalação, situação que impossibilita as famílias de utilizarem este recurso nesses períodos.

A equipe do PSF acredita que para melhorar os problemas de saúde das famílias do assentamento, seria necessário melhorar as suas condições de vida, sobretudo a financeira. Em relação a USF seria pertinente a realização de grupos educativos frequentes, com os hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes entre outros. A médica homeopata acredita que para a realização de grupos seria prudente a existência de profissionais que só lidassem com a educação em saúde, pois a demanda na USF é grande para a equipe conseguir realizar atendimentos e também formar grupos.

Apesar das limitações impostas pelas condições de vida das famílias, o médico do PSF acredita que os profissionais de saúde melhoram as condições de saúde da população assentada: “*A gente resolve mais de 80% dos problemas médicos, infelizmente a carência a gente não consegue resolver*” (médico do PSF).

Além dos profissionais da saúde, o técnico do ITESP, M. B. R., 54 anos, trabalha diretamente com as famílias. Suas funções estão relacionadas à coordenação do assentamento, “*tudo que tiver no assentamento a gente tem que participar*”, como os problemas da destoca dos eucaliptos, de plantio etc.

Os papéis para o auxílio natalidade, auxílio doença e aposentadoria são todos preenchidos pelo técnico:

“*O ITESP tem que fornecer um atestado de residência, o assentado ele, como assentado ele tem um seguro especial ele é segurado especial do INSS, então pra ele ter essa condição de segurado o ITESP tem que dar um atestado pra ele que ele é assentado, aí ele tem o seguro*” (técnico do ITESP).

Apesar do ITESP estar envolvido no projeto que implementou o PSF em áreas de assentamento no Estado de São Paulo, as funções do técnico não pressupõem o acompanhamento do serviço de saúde. As únicas informações relacionadas à saúde e ao PSF

que possui são as fornecidas pela agente comunitária de saúde, quando eles se encontram esporadicamente. Ele também afirmou desconhecer seu funcionamento e seus problemas. Porém, reconhece que algumas medidas poderiam ser adotadas como a formação de grupos educativos envolvendo mulheres e homens, a fim de prevenir a gravidez precoce e problemas relacionados ao consumo de drogas.

Para as lideranças, a possibilidade de oferecer atendimento às famílias permanentemente, a presença de médicos especialistas uma vez por mês, de uma ambulância e de outras medidas como aplicações de veneno ao redor das casas contra aranhas e escorpiões, são medidas cabíveis de serem implementadas e já foram encaminhadas ao Conselho de Saúde do município. A meta é encontrar com o prefeito eleito em 2004 e propor essas soluções. Todavia, a mudança de governante do município traz insegurança em perder direitos conquistados e o “Postinho”.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O universo pesquisado é caracterizado por entrevistados de famílias migrantes assentadas regularmente desde 1998, que viveram um período em acampamento e todas as suas dificuldades. Com a transformação do acampamento em assentamento, ao longo do tempo as barracas de lona foram sendo substituídas por casas de madeira, ou em alguns casos por casas de alvenaria. Cada família tem o seu lote, nos quais a energia elétrica começou a ser implantada em 2004. Porém, as famílias são desprovidas de abastecimento de água e rede de esgoto. O acesso à educação é facilitado por meio do transporte que é realizado pela prefeitura.

O serviço de saúde começou a ser implantado ainda na época de acampamento. Atualmente é representado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) com uma Unidade de Saúde da Família (USF) no interior do próprio assentamento. Funciona duas vezes por semana (um dia com o atendimento da médica homeopata e no dia seguinte com o atendimento da equipe do PSF) e recebe uma demanda considerada grande pelos profissionais de saúde. Essa situação dificulta a formação de grupos educativos pela equipe, gerando um sentido de angústia nesses profissionais, pois dificulta as ações coletivas no sentido de prevenir os problemas assistidos frequentemente.

A relação dos entrevistados com os profissionais de saúde é de proximidade e afeto, relação essa que permite o nascimento de vínculo importante para uma interação de confiança entre o usuário e os profissionais. Além dessa relação positiva, a localização da USF facilita o acesso aos seus serviços pela população local, embora a distância seja grande para quem vive em determinadas localidades do assentamento.

Nos períodos da semana em que a USF do Vergel está fechada, os entrevistados buscam os serviços de saúde de Mogi Mirim e Itapira. O primeiro é mais utilizado por uma demanda organizada enquanto os serviços de Itapira recebem mais assentados por demanda espontânea.

O transporte foi exposto como um problema significativo tanto para ir a USF quanto para os dois municípios. Desse modo, o assentamento carece de um transporte público municipal que atenda a demanda da sua população e que circule no interior do Vergel.

Além de buscar os serviços citados, em caso de adoecimento, as famílias usam plantas medicinais, uma tecnologia de saúde utilizada pela grande maioria dos entrevistados.

O uso destas plantas como remédio faz parte da cultura rural e, também, no caso do Vergel, a médica homeopata realiza tratamento com fitoterapia, o que pode influenciar a adesão a essa forma de tratamento. As experiências no assentamento e na Rede Básica de Saúde de outros municípios brasileiros sugerem que o uso de plantas medicinais pode contribuir no tratamento dos problemas de saúde da população.

A alimentação pertence às necessidades de saúde. Sua base nas famílias entrevistadas é composta pelo arroz e o feijão que fornecem energia e proteína importantes para a saúde. Os assentados as cultivam, ajudando na composição da cesta básica familiar e na melhoria da alimentação. Todavia, essa ainda é insuficiente para garantir uma saúde mais equilibrada, pois falta a muitas famílias o consumo mais freqüente de outros gêneros. Nesse sentido a educação pode contribuir com orientações em como preparar refeições nutricionalmente equilibradas.

Em relação ao funcionamento da Unidade de Saúde da Família (USF), os entrevistados afirmaram que a freqüência de seu funcionamento deveria ser maior, além da necessidade de um dentista no local. Sobre este assunto, a equipe do PSF destacou o cuidado insuficiente das famílias com a higiene oral o que agrava a saúde bucal daquela comunidade.

Com a municipalização ocorrida no sistema de saúde, Mogi Mirim é responsável pelo atendimento à saúde de seus habitantes, e entre eles as famílias do Vergel. Esse fato acarreta maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde localizados em Itapira, município que está mais próximo ao assentamento. Como consequência as famílias buscam os serviços de Mogi Mirim que é considerado de qualidade inadequada por alguns assentados.

As críticas ou queixas explicitadas em relação à atenção a saúde no assentamento e na zona urbana, não pressupunham ações relacionadas à busca de melhorias desses serviços. O envolvimento e a união da comunidade pareciam enfraquecidos e, por consequência, as reivindicações eram isoladas, realizadas apenas pelas lideranças. As queixas relacionadas a USF eram direcionadas diretamente aos profissionais e diziam respeito, principalmente, a maior freqüência de atendimento. Apesar da existência de um espaço para a participação social nos Conselhos de Saúde, de uma forma geral, foi observado que os assentados desconheciam essa possibilidade assim como a ausência de um movimento de união para lutar por melhorias nessa área.

A relação positiva encontrada entre os entrevistados e os profissionais de saúde foi observada como um ingrediente importante para a qualidade do atendimento e para a

confiança no serviço de saúde. A alta demanda gerada pela oferta do serviço reflete a necessidade de uma leitura da mesma, baseando-se nas necessidades em saúde, com o objetivo de observar suas características e assim organizá-la para que a equipe possa assistir as famílias e também atuar, mais confortavelmente, com as ações preventivas coletivas. O processo iniciado pela luta das famílias e dos profissionais de saúde trouxe para o assentamento um serviço apreciado e prestigiado, porém esse precisa estar em constante desenvolvimento.

A oferta de apenas dois dias na semana parecia impor uma certa expectativa dos assentados, convidando-os a freqüentar a USF independente da necessidade. Dessa forma, faz-se necessário estimular a autonomia das famílias, em relação a USF, pelos profissionais de saúde. Aprender a cuidar da própria saúde cria um novo círculo de relação entre as pessoas e o serviço de saúde e ajuda a levar para dentro dos lotes a solução de muitos problemas relacionados à saúde.

Nos períodos de fechamento, na procura pelos serviços de saúde localizados nas cidades as famílias encontram obstáculos relacionados à infra-estrutura local, como a insuficiência de transporte, o que torna relevante à formulação de um projeto específico voltado para a resolução do problema da saúde no meio rural.

Apesar da expectativa dos entrevistados em aumentar a carga horária do atendimento, a organização de grupos e estabelecimento de ações educativas coletivas mais freqüentes, contribuiria com a prevenção de agravos em saúde e dessa forma na diminuição dos problemas assistidos freqüentemente pelos profissionais.

Outras questões associadas às necessidades de saúde, dificilmente podem ser resolvidas pela equipe ou pelas próprias famílias. Após a luta pela terra, outras conquistas ganham relevância como a melhoria em sua condição de vida (que contribui para a saúde). Um passo nesse sentido é a implantação de rede de esgoto e abastecimento de água, entre outras medidas. O ambiente de um lote (e suas casas de madeira) pode representar um prejuízo a saúde. A construção de melhores moradias pelas famílias depende de seu trabalho e de suas rendas, sendo necessárias ações de incentivo à produção e à comercialização. O Estado é o responsável pela implantação de infra-estrutura que reflete na sua própria economia em relação a gastos com a assistência à saúde. No mesmo sentido, o acesso mais fácil à educação ajudaria a cumprir mais uma das necessidades de saúde ao viabilizar ações preventivas, responsáveis pelos cuidados da saúde daqueles que vivem e produzem no assentamento.

Após ter contribuído ativamente para a implantação da assistência à saúde para as famílias no Vergel e estar atendendo a comunidade desde o início do assentamento, a médica homeopata pediu afastamento pelo período de um ano em dezembro de 2004. A USF passou a abrir somente uma vez por semana.

Durante toda a coleta de dados para a pesquisa acompanhou-se o atendimento da médica homeopata e no final desse período durante a festa de sua despedida, pode-se confirmar como ela é querida e aceita pela comunidade. A relação da médica com seus pacientes, sua participação na implantação da unidade de saúde e seu trabalho com fitoterapia representavam um dos diferenciais desse serviço de saúde.

Perante o que se viu torna-se relevante mais pesquisas acerca do acesso da população rural ao sistema de saúde, assim como estudos em torno de uma política de saúde do SUS que fosse desenvolvida especificamente para a área rural. Outro tema relevante seria o uso de plantas medicinais em serviços formais de saúde destinadas às populações rurais e, também, urbanas.

Para finalizar, apesar das necessidades de saúde não serem atendidas integralmente, as famílias do Horto Vergel têm acesso à terra, ainda que de forma gradual, o que está permitindo a essa população assentada o acesso a melhores condições de alimentação que podem interferir diretamente em sua saúde. Assim também, o acesso a um serviço local pertencente à Rede Básica do SUS e que contribui para uma melhoria de sua condição de vida pela atenção à saúde que envolve tanto os aspectos técnico e humano dos profissionais.

## 6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGAMASCO, Sonia Maria; NORDER, Luis Antonio Cabello. **O que são assentamentos rurais**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1996.

BERGAMASCO, Sonia Maria Pessoa Pereira; BLANC-PAMARD, Chantal; CHONCHOL, Maria-Edy. **Por uma Atlas dos assentamentos brasileiros**: espaços de pesquisa. Rio de Janeiro: DL/Brasil, 1997.

BERGAMASCO, Sonia Maria Pessoa Pereira; NORDER, Luis Antonio Cabello. **A alternativa dos assentamentos rurais**: organização social, trabalho e política. São Paulo: Terceira Margem, 2003.

BERGAMASCO, Sonia Maria Pessoa Pereira; SOUZA, Vanilde Ferreira de; CHAVES, Tathyana de Abre Batista. **A Dinâmica dos Assentamentos de Trabalhadores Rurais e seus efeitos sobre o Espaço Social e Físico**. Campinas: UNICAMP, 2004 (mimeo).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Título VIII, da ordem social, capítulo II, seção II - Da saúde, art. 196-200. Organização do texto: Encyclopædia Britannica do Brasil, (edição especial), p.112-114.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, <<http://www.saude.gov.br>>, 15/02/2004.

BRASIL. **Lei nº 8142**, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências, <<http://www.saude.gov.br>>, 15/02/2004.

BRUMMER, Anita. **Previdência Social Rural e Gênero**. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, n.7, p.50-81, jan/jun 2002.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel; MATTOS, Ruben Araújo de. Políticas de Saúde no Brasil. Gesthos. In: BRASIL, Ministério da Saúde/IBAM/UERJ/IBQU. **Gesthos**: Curso de capacitação a distância em Administração Hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde, Unidade 2, Módulo I, p.1-36, 2002.

CARMO, Maristela Simões. Assentamentos rurais em São Paulo e a agricultura sustentável em um enfoque de redirecionamento de perspectivas. In: BERGAMASCO, Sonia Maria Pessoa Pereira; AUBRÉE, Marion; FERRANTE, Vera Lúcia Silveira Botta (orgs). **Dinâmicas familiar, produtiva e cultural nos assentamentos rurais de São Paulo**. Campinas: FEAGRI/UNICAMP, Araraquara: UNIARA, São Paulo: INCRA, p.295-318, 2003.

CARVALHO, Marta Tornavoi. Relato da implantação de um serviço de saúde na zona rural: Horto do Vergel, Mogi Mirim. Campinas, 30 p. Trabalho não publicado.

CARVALHO, Sergio Resende. **Saúde Coletiva e promoção à saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 184p. Doutorado (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro:IMS/ABRASCO, 2001.

COSTA NETO, Pedro Luiz de Oliveira. **Estatística**, cap. 3, Amostragem, p.39-45, 1977.

DARON, Vanderléia L. P.; CONY, Jussara. Recuperando a capacidade da natureza de produzir saúde: a experiência da política intersectorial de plantas medicinais no estado do Rio Grande do Sul. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (org). **O fazer em saúde coletiva**: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa: Escola de Saúde Pública/RS, Coleção Escola de Gestão, p.89-109, 2002.

FEPASA. **Diretrizes para o Plano estratégico Situacional de Recuperação, Reengenharia e Modernização da FEPASA**. II Etapa, set 1995.

Folha de São Paulo, “Ferrovia privatizada registra a média de um acidente por dia”, Caderno Cotidiano Campinas, 18/10/1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Dados da PNAD 2000, <<http://www.ibge.gov.br>>, 26/09/2004.

INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO DE SÃO PAULO “José Gomes da Silva” (ITESP) **Caderneta de Campo 1998/1999**, dados socioeconômicos relacionados ao assentamento Horto Vergel. Não publicado.

INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO DE SÃO PAULO “José Gomes da Silva” (ITESP) “José Gomes da Silva” (ITESP) **Cadernos ITESP**. Mediação no campo: estratégias de ação em situações de conflito agrário. São Paulo, n.6, p.71-78, 1998.

INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO DE SÃO PAULO “José Gomes da Silva” (ITESP). **Formação e capacitação em desenvolvimento sustentável e agroecologia para agricultores, membros das comunidades remanescentes de quilombos e profissionais da Fundação ITESP**, núcleo “Farmácia no Quintal”, Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, São Paulo, 2003. Resumo executivo.

INSTITUTO DE TERRAS DO ESTADO DE SÃO PAULO “José Gomes da Silva” (ITESP). **Plano de ação em saúde** (Estado e município), para assentamentos rurais e remanescentes de comunidades de quilombos. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania. Resumo executivo.

KAGEYAMA, Angela (coord); BUAINAIN, Antonio Márcio; REYDON, Bastian P; SILVA, José Graziano da; SILVEIRA, José Maria J.; FONSECA, Maria da Graça; RAMOS, Pedro; FONSECA, Rinaldo B.; BELIK, Walter. O novo padrão agrícola brasileiro: do complexo rural aos complexos agroindustriais In: DELGADO, G.C.; GASQUES, J.G.; VILA VERDE, C.M. (orgs). **Agricultura e políticas públicas**. Série IPEA, n.127, Brasília, p.113-126, 1990.

LINHARES, Maria Yedda; SILVA, Francisco Carlos Teixeira. **Terra prometida: uma história da questão agrária no Brasil**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

MARCHINI, J. Sérgio; RODRIGUES, Margareth M.P; CUNHA, Selma F.C; FAUSTO, M. Arlene; VANNUCCHI, Helio; DUTRA de OLIVEIRA, J.E. Cálculo das recomendações de ingestão protéica: aplicação a pré-escolar, escolar e adulto utilizando alimentos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, 28: 146-52, 1994.

MARTINS, José de Souza. **O Cativo da Terra**. São Paulo: Editora Hucitec, 4ª edição, 1990.

MARTINS, José de Souza. **Reforma Agrária: o impossível diálogo**. São Paulo: Edusp, 2000.

MATOS, Odilon Nogueira de. **Café e Ferrovias: a evolução ferroviária de São Paulo e o desenvolvimento da cultura cafeeira**. São Paulo: Ed. Alfa-Omega, 1974.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, p.19-91, 1993.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

Ministério da Saúde, BRASIL, <<http://www.saude.gov.br>>, 25/03/2005.

Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, <<http://www.saude.gov.br>>, 25/09/2003.

Ministério do Desenvolvimento Agrário, Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, **II Plano Nacional de Reforma Agrária 2004**. Brasília: 40p, 2004, <<http://www.mda.gov.br>, 25/11/2004>.

**Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 36p, 1997, <<http://www.saude.gov.br>>, 25/10/2003.

Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural (NEAD) (org). **Análise situacional da saúde para assentados da reforma agrária**. Consultores: ALBURQUERQUE, Carlos César

Silva de; CASTRO, Antônio Joaquim Werneck de; ROSAS, Roberta Jenner, 2000, <<http://www.nead.gov.br>>, 10/10/2004.

NORDER, Luiz Antonio Cabello. A construção da segurança alimentar em assentamentos rurais: questões, contextos e métodos. **Cadernos de Debate**, NEPA/UNICAMP, vol VI, 1998.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A Especialização em Saúde Pública e os Serviços de Saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998. 194p. Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. <<http://portalteses.cist.fiocruz.br>>, 17/04/2005.

OLIVEIRA, José Eduardo Dutra de; CUNHA, Selma Freire de Carvalho da; MARCHINI, J. Sérgio. **A desnutrição dos pobres e dos ricos: dados sobre alimentação no Brasil**. São Paulo: Sarvier, 1996.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata, 1978.

PAULILO, Maria Ignez S. Os assentamentos de reforma agrária como objeto de estudo. In: ROMEIRO, Adhemar; GUANZIROLI, Carlos; LEITE, Sérgio (orgs). **Reforma agrária: produção, emprego e renda. O relatório da FAO em debate**. Rio de Janeiro: Vozes, 2ª edição, p.192-201,1994.

PÉREZ, Marco António Gomes. **O “trabalho doente” entre assentados rurais**. 91p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru, SP:EDUSC, 2003.

ROMEIRO, Ademar Ribeiro. Reforma agrária e distribuição de renda. In: STÉDILE, João Pedro (org). **A questão agrária hoje**. Porto Alegre:Ed. Da Universidade/UFRGS, p.105-136, 1994.

SANTOS, Isabel Peres dos e FERRANTE, Vera Lúcia Silveira Botta (org). **Da terra nua ao prato cheio: produção para consumo familiar nos assentamentos rurais do Estado de São Paulo**. Araraquara: Fundação ITESP/Uniarara, 2003.

SCHMIDT, Benício Viero; MARINHO, Danilo Nolasco C.; ROSA, Sueli L. Couto. **Os assentamentos de reforma agrária no Brasil**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

SILVA, José Gomes da. A reforma agrária no Brasil. In: STÉDILE, João Pedro (org). **A questão agrária hoje**. Porto Alegre:Ed. Da Universidade/UFRGS, p.165-190, 1994.

SILVA, José Graziano da (coord); KAGEYAMA, Angela A.; SIMON, Elias José; SOUZA, Fernando G.A.; PINHEIRO, Flávio Abranches; MEDEIROS, Leonilde S. De; ANTUNIASSI, M.H. Rocha; PEREIRA, Sônia M.P. **Estrutura agrária e produção de subsistência na agricultura brasileira**. São Paulo:HUCITEC, 2ª edição, p.13-31,1980.

SOUZA, Renilson Rehen de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo, 11 a 14 de agosto de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, <<http://www.saude.gov.br>>, 10/12/2004.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da reforma agrária**. Universidade de Brasília, Centro de Estudos de Saúde Pública, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudeal. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: TEDESCO, João Carlos (org). **Agricultura familiar**: realidades e perspectivas. Passo Fundo: EDIUPF, p.23-56, 1999.

## Apêndice 1



Antiga estação de trem da FEPASA localizada no interior do Horto Vergel, próxima as casas de alvenaria e ao lago. Dezembro de 2004.



Estrada da entrada do assentamento, tendo à esquerda o lago e ao fundo a antiga estação do Horto Vergel. Dezembro de 2004.

## Apêndice 2



Entrada do Sítio Nossa Senhora Aparecida, ao fundo casa de madeira. Dezembro de 2004



Casas de alvenaria de antigos operários da estrada de ferro, hoje ocupadas pelos assentados. Dezembro de 2004.

### Apêndice 3



Antigo Posto de Saúde, antes compreendendo o espaço da porta à esquerda e as duas janelas. Dezembro de 2004.



Posto atual, Unidade de Saúde da Família, situado na região da agrovila. Dezembro de 2004.