

Fernando Ferreira Carneiro

**A Saúde no Campo:
das políticas oficiais à experiência do MST e de
famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005**

Tese apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciência Animal

Área: Medicina Veterinária Preventiva e Epidemiologia

Orientador: Prof. José Ailton da Silva

Co-orientação: Prof^a Anamaria Testa Tambellini

Belo Horizonte
UFMG – Escola de Veterinária
2007

C289s Carneiro, Fernando Ferreira, 1973-
A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005 / Fernando Ferreira Carneiro. –2007.
143 p. :il.

Orientador: José Ailton da Silva
Co-orientadora: Anamaria Testa Tambellini
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária
Inclui bibliografia

1. Política de saúde – Teses. 2. Saúde do trabalhador – Teses.
3. Trabalhadores rurais volantes – Teses. 4. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra – Teses. 5. Epidemiologia – teses. I. Silva, José Ailton da. II. Tambellini, Anamaria Testa. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Veterinária. IV. Título.

CDD -614

Tese defendida e aprovada em 09 de março de 2007, pela Comissão Examinadora constituída por:



Prof. José Ailton da Silva
Orientador



Profa. Anamaria Testa Tambellini
Co-orientadora



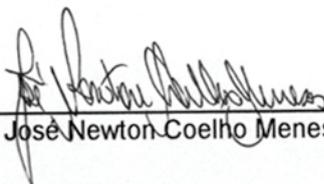
Prof. Volney de Magalhães Câmara



Prof. Francisco Cecílio Viana



Prof. Élvio Carlos Moreira



Prof. José Newton Coelho Meneses

DEDICATÓRIA

A todos que acreditam e trabalham pela transformação de nossa sociedade.

E, especialmente, aos que lutam pela reforma agrária no Brasil, causa apaixonante e ainda por se realizar.

AGRADECIMENTOS

Não consigo imaginar uma Tese como um trabalho essencialmente solitário e individual. Por trás destas páginas existiu um esforço coletivo.

Nossos agradecimentos às famílias do Assentamento Menino Jesus e Acampamento Índio Galdino, que tão bem nos acolheram, e à Direção Estadual do MST, nas figuras de Gaspar e Parazinho.

À equipe do PSF do Bairro Mamoeiro, que tão prontamente apoiou nossos trabalhos ajudando a abrir portas na comunidade.

À Anamaria Testa Tambellini e José Ailton da Silva, pois, realmente, foram grandes orientadores, não somente acadêmicos, mas de vida.

Ao Coletivo Nacional de Saúde do MST, pelo apoio e reflexões.

Ao Centro Mineiro de Estudos Epidemiológicos e Ambientais, na figura de seus diretores Francisco Cecílio Viana e Gustavo Werneck, companheiros de pensamentos e ações; e especialmente, a Waltency Roque de Sá, grande mestre, colaborador em todos os momentos da pesquisa.

Ao André Campos Búrigo, Jaqueline Fernandes e Mateus Carvalho Silva Araújo, por comporem a equipe de trabalho de campo, e a Patrícia Andrade Bertolini, pela digitação dos dados.

A João Paulo Haddad, pela assessoria estatística, e a Flavia Elias, pelo apoio nas questões de segurança alimentar.

Ao Guilherme Franco Netto e Luiz Cláudio Meirelles, que entenderam e apoiaram a realização da Tese ao mesmo tempo em que mantinham meus trabalhos na Vigilância em Saúde Ambiental do Ministério da Saúde e, posteriormente, na ANVISA.

Ao Grupo da Terra do Ministério da Saúde, pelo privilégio de ser seu integrante, pois ao mesmo tempo em que escrevo esta Tese estou tendo a oportunidade de participar do processo de construção da Política de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (a novidade da “Floresta” vai ficar para novos estudos...). A Jacinta Sena, coordenadora desse grupo, pelo apoio na etapa de revisão bibliográfica.

Ao Rodrigo Carneiro Rabelo, pela minuciosa revisão do texto e Luciana Ferreira M. Carneiro, pela ajuda na montagem da apresentação para a banca examinadora. E à Nádia Maria da Silva pela contribuição na formatação final da Tese.

E, finalmente, agradeço de forma muito especial a minha querida Valéria e ao pequeno Marcos, pela companhia e estímulo em todos os momentos. A meus pais, pelo apoio nas horas mais importantes, até quando não havia recursos financeiros para a etapa de campo, tendo de atuar como fomentadores de pesquisa científica voltada para as classes populares.

Este sonho de mais de 10 anos só foi possível ser realizado porque o objeto exigiu um compromisso e uma responsabilidade com as pessoas que constroem o dia-a-dia da luta pela reforma agrária no Brasil.

“Enquanto não buscarmos constantemente o impossível,
nunca alcançaremos o possível.”

SUMÁRIO

	LISTA DE ABREVIATURAS	12
	RESUMO.....	13
	ABSTRACT	14
1.	INTRODUÇÃO	15
2.	MARCO TEÓRICO	17
2.1	Políticas públicas de saúde	17
2.2	Estudos sobre as condições de saúde das populações do campo	19
3.	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....	28
3.1	Descrição e análise das políticas oficiais de saúde para as populações do campo e a experiência do MST	29
3.2	Estudo comparativo sobre as condições de saúde de famílias do MST e de bóias-frias de Unaí-MG	29
3.2.1	Desenho do estudo	30
3.2.2	Métodos de análise	30
3.3.3	Descrição das áreas pesquisadas	30
3.3.4	Características sociais e históricas da região de estudo.....	33
3.4	Preocupações éticas.....	37
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
4.1	Contexto histórico da construção das políticas oficiais de saúde para o campo no Brasil	39
4.2	A organização da saúde nos acampamentos e assentamentos do MST	43
4.2.1	O processo saúde-doença segundo discussão em grupo com membros do Coletivo Nacional de Saúde do MST	45
4.3	Análise das políticas oficiais de saúde para as populações do campo – FUNRURAL, PIASS, SUS e a experiência do MST	47
4.3.1	Comparando as políticas e a experiência do MST	49
4.4	Estudo comparativo das condições de saúde de famílias do MST e de bóias-frias de Unaí-MG.....	53
4.4.1	Características sócio-demográficas e familiares das comunidades estudadas	53
4.4.2	Condições de vida.....	60
4.4.3	Condições de produção e trabalho	77
4.4.4	Animais de produção, domésticos e sinantrópicos.....	85
4.4.5	Serviços de saúde.....	95
4.4.6	Noções de saúde	98
4.4.7	Análise fatorial discriminante	111
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS: ELEMENTOS PARA UMA PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS POPULAÇÕES DO CAMPO	114
6.	CONCLUSÕES	116
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
8.	ANEXOS (A, B, C, D, E, F, G)	124

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1	Estudos sobre as condições de saúde da população do campo	24
QUADRO 2	Cronologia das políticas de saúde para o campo no Brasil (1918 a 2004)	41
QUADRO 3	Comparação entre a atuação do FUNRURAL, PIASS e SUS junto à população do campo, Brasil (1967 a 2004).....	51
QUADRO 4	Variáveis selecionadas para a análise fatorial discriminante das três comunidades estudadas em Unaí-MG, abril de 2005.....	111
Tabela 1	Universo do estudo segundo comunidade de residência, número de famílias entrevistadas e pessoas, Unaí-MG, abril de 2005.....	53
Tabela 2	Distribuição de pessoas de acordo com o sexo e a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	54
Tabela 3	Distribuição de pessoas de acordo com a média da idade e a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	54
Tabela 4	Média de anos de estudo segundo o sexo e a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005	54
Tabela 5	Número de pessoas que freqüentam a escola segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	55
Tabela 6	Local de moradia segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	57
Tabela 7	Local de moradia antes de acampar ou trabalhar como bóia fria segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	59
Tabela 8	Ocupação anterior do homem segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	60
Tabela 9	Ocupação anterior da mulher segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	60
Tabela 10	Disponibilidade de alimento nos últimos três meses entre as famílias, Unaí-MG, abril de 2005	61
Tabela 11	Distribuição da freqüência de falta de comida entre as famílias nos últimos três meses, Unaí-MG, abril de 2005	61
Tabela 12	Distribuição das famílias de acordo com o número de refeições diárias, segundo comunidade de residência, Unaí MG, abril de 2005	61
Tabela 13	Alocação de benefícios sociais para os integrantes das famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	64
Tabela 14	Acesso a serviços públicos e direitos pelas famílias, segundo a comunidade de residência, Unaí - MG, abril de 2005.....	64
Tabela 15	Distribuição das famílias que possuem água encanada dentro da residência segundo a comunidade, Unaí-MG, abril de 2005.....	65
Tabela 16	Destino de dejetos das famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005	67
Tabela 17	Situação do antigo imóvel (assentamento e acampamento) e atual imóvel (Bairro Mamoeiro), Unaí-MG, abril de 2005.....	69
Tabela 18	Participação das famílias em organização ou entidade comunitária, segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	69
Tabela 19	Tipos de organização comunitária de que as famílias participam, segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	71
Tabela 20	Uso de equipamentos domésticos pelas famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	73
Tabela 21	Principais problemas ambientais vividos pelas comunidades segundo as famílias, Unaí/MG, abril de 2005.....	75
Tabela 22	Distribuição das famílias segundo atividades que ajudam na renda e comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	77
Tabela 23	Percepção das famílias do uso de agrotóxicos no seu trabalho segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	83

Tabela 24	Presença de animais sinantrópicos na casa segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	86
Tabela 25	Criação de animais de produção segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005	86
Tabela 26	Fatores necessários para a criação de animais como as famílias sempre sonharam segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	89
Tabela 27	Tipo de animal doméstico presente na residência segundo a comunidade, Unaí-MG, abril de 2005	91
Tabela 28	Conhecimento sobre doenças transmitidas por insetos e animais segundo comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	93
Tabela 29	Percentual de animais de companhia vacinados segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	93
Tabela 30	Pessoas doentes que procuraram atendimento nas últimas duas semanas segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005	95
Tabela 31	Atendimento das necessidades de saúde das famílias por parte do SUS, segundo comunidade de residência, Unaí, abril de 2005	97
Tabela 32	Ações que podem ser realizadas para que o SUS atendesse as necessidades das famílias, Unaí-MG, abril de 2005.....	97
Tabela 33	Percepção do estado de saúde da família antes de viver na comunidade, Unaí MG, abril de 2005	99
Tabela 34	Percepção dos fatores que geram saúde para as famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	100
Tabela 35	Percepção dos fatores que causam doenças para as famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	100
Tabela 36	Principais doenças percebidas pelas comunidades segundo as famílias, Unaí-MG, abril de 2005	102
Tabela 37	Causas das doenças relatadas pelas comunidades segundo as famílias, Unaí-MG, abril de 2005	102
Tabela 38	Percepção dos fatores que faltam para se ter boa saúde nas comunidades segundo as famílias , Unaí-MG, abril de 2005.....	104
Tabela 39	Distribuição das famílias em que um dos membros já sofreu acidente ou doença do trabalho, segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	107
Tabela 40	Remédios produzidos em casa por comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005	107
Tabela 41	Influência do MST em relação à saúde segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.....	109
Tabela 42	Percepção do estado de saúde de quem está organizado junto ao MST comparado aos bóias-frias, Unaí, abril de 2005.....	109
Tabela 43	Resumo da classificação da análise discriminante segundo comunidade de residência e variáveis selecionadas, Unaí-MG, abril de 2005	112
Tabela 44	Função discriminante linear das variáveis selecionadas para as três comunidades estudadas, Unaí-MG, abril de 2005	113
Tabela 45	Médias da análise fatorial discriminante das variáveis selecionadas para as três comunidades estudadas, Unaí-MG, abril de 2005	113

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1	Distribuição do número de meses trabalhados ao longo do ano segundo as famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro, Unaí-MG, abril de 2005	79
Gráfico 2	Tempo gasto por dia para deslocamento até o local de trabalho segundo as famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro, Unaí-MG, abril de 2005	83
Figura 1	Casa e quintal de família do Assentamento Menino Jesus, Unaí-MG, abril de 2004.....	31
Figura 2	Casa e quintal de família do Acampamento Índio Galdino, Unaí-MG, abril de 2005.....	33

Figura 3	Escola do Bairro Mamoeiro, Unaí-MG, abril de 2005	33
Figura 4	Fazenda agroindustrial da região de Unaí-MG, abril de 2005	37
Figura 5	Reunião na escola do Bairro Mamoeiro com representantes da comunidade e dos serviços de saúde, Unaí-MG, abril de 2005	37
Figura 6	Grupo de discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST, Brasília-DF, dezembro de 2004.....	45
Figura 7	Nova escola de Chapadinha Unaí-MG, abril de 2005.....	55
Figura 8	Transporte escolar para a escola de Chapadinha que serve ao assentamento e acampamento, Unaí, 2004	57
Figura 9	Vila estrutural, Brasília-DF.....	57
Figura 10	Vila estrutural, Brasília-DF.....	57
Figura 11	Assentado buscando água de carroça, Unaí-MG, abril de 2005	67
Figura 12	Banheiro de família acampada, Unaí-MG, abril de 2005	67
Figura 13	Reunião com os núcleos de família do acampamento Índio Galdino, Unaí-MG, abril de 2005	71
Figura 14	Cozinha de família acampada, Unaí-MG, abril de 2005	73
Figura 15	As veredas da região têm sido um dos ambientes mais ameaçados com o avanço da monocultura, Unaí-MG, abril de 2005.....	73
Figura 16	Milharal e mandiocal de família acampada, Unaí-MG, abril de 2005	77
Figura 17	Curral do acampamento Índio Galdino, Unaí-MG, abril de 2005	87
Figura 18	Galinha doente em tratamento por acampado, Unaí-MG, abril de 2005	91
Figura 19	Cão no Bairro Mamoeiro, Unaí-MG, abril de 2005.....	91
Figura 20	Meio de transporte mais usado pelas famílias assentadas, Unaí-MG, abril de 2005.....	95
Figura 21	Assentados colhendo arroz – observação participante, Unaí-MG, abril de 2005	105
Figura 22	Famílias do Assentamento Menino Jesus, Unaí-MG, 2004.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS

SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANOVA	Análise de Variância entre Grupos
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
CPT	Comissão Pastoral da Terra
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
CUT	Confederação Única dos Trabalhadores
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FSESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INCRA	Instituto Nacional da Colonização e Reforma Agrária
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NEAD	Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PABA	Piso de Atenção Básica Ampliado
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares
PDA	Planejamento do Desenvolvimento do Assentamento
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PADAP	Programa de Assentamento Dirigido do Alto Paranaíba
PLANOROESTE	Programa de Desenvolvimento Rural Integrado do Noroeste de Minas
POLOCENTRO	Programa de Desenvolvimento dos Cerrados
PRODECER	Programa de Cooperação Nipo-Brasileira para Desenvolvimento dos Cerrados
PSF	Programa Saúde da Família
RIDE	Região Integrada do Distrito Federal e Entorno
SUS	Sistema Único de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
UnB	Universidade de Brasília
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

As políticas oficiais de saúde para a população do campo no Brasil foram caracterizadas, comparando o contexto histórico, princípios, objetivos, estratégias e seus resultados. Também foram investigados os elementos concretos que viabilizaram a implementação dessas políticas, e como as experiências das famílias assentadas e acampadas do Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra -MST- e de bóias-frias de Unaí-MG podem contribuir para avaliar esse processo. Realizou-se a análise documental das políticas oficiais (de 1960 a 2005) e da experiência do MST (de 1998 a 2005) no campo da saúde. Um grupo de discussão com o seu Coletivo Nacional de Saúde contribuiu com novos elementos para caracterizar essa experiência. Foi desenvolvido estudo comparativo das condições de saúde das três comunidades por meio de um censo com aplicação de questionários para 202 famílias, observação estruturada e discussões em grupo. Historicamente, as políticas de saúde para o campo no Brasil estiveram associadas aos interesses econômicos ligados à garantia de mão-de-obra sadia para a exploração dos recursos naturais. Mesmo assim, os maiores avanços dessas políticas ocorreram nos períodos históricos em que os trabalhadores rurais estiveram mais organizados. A resposta do Estado a essas pressões puderam ser entendidas como estratégias de legitimação frente à sociedade e cooptação dos movimentos sociais. Por meio da realização da análise fatorial discriminante, as três comunidades apresentaram 89% de classificação correta, reforçando a hipótese de que são realmente diferentes entre si. Os trabalhadores bóias-frias apresentaram alto índice de insegurança alimentar (39,5%), quase o dobro da proporção entre as famílias acampadas e quatro vezes maior que as assentadas. Com renda variável e baixa, estão também mais expostos aos agrotóxicos (85,2%) se comparados aos assentados (26,9%) e acampados (9,5%). A produção animal desenvolvida por todas as famílias assentadas foi uma característica marcante, ao contrário das famílias bóias-frias que praticamente não contavam com essa possibilidade na cidade. O SUS não tem atendido às necessidades de saúde segundo a opinião de quase 70% das famílias assentadas e acampadas estudadas em Unaí-MG, sendo que o acesso é uma das questões mais importantes. Para a maior parte dessas famílias a única forma do sistema atender a suas necessidades será após reivindicações e pressões sobre o governo. Na noção de saúde apresentada pelo MST, a intersectorialidade e a equidade são princípios fundamentais, expressando conceito amplo associado ao projeto de transformação da sociedade brasileira. O diferencial de sua ação está no processo organizativo e nos princípios que resgatam a politização da saúde, valorizando a promoção e a participação popular. O MST tem pressionado o Estado no processo de elaboração e execução de políticas públicas, tendo sido fundamental na criação do Grupo da Terra e das mudanças no cálculo do Piso de Atenção Básica -PAB-, que incluiu a população assentada. A agenda de luta de movimentos sociais como o MST tem exigido do Ministério da Saúde o desencadeamento do processo de construção de uma política para a população do campo inédita em termos participativos. Essa política poderá fornecer oportunidade para *novo ciclo do SUS*, rumo a um projeto de sociedade mais justa e democrática.

Palavras-chave: saúde no campo, saúde rural, políticas de saúde, epidemiologia, condições de saúde, MST, bóias-frias, saúde do trabalhador rural

ABSTRACT

The present paper characterizes the official health policies for the rural population in Brazil, by comparing the historical context, principles, objectives, strategies and their results. The concrete elements that enabled the implementation of those policies were investigated, as well as how the experience of settled and squatting MST and temporary rural workers families (bóias-frias) can contribute to assess this process. The documental analyses of the official policies (1960 to 2005) and of the MST experience (1998 to 2005) were performed. A discussion group with the MST's National Health Sector contributed with new elements to characterize that experience. A comparative study was conducted in three communities by means of a survey applied to 202 families, structured observation and group discussions. Historically, rural health policies in Brazil have been associated with economic interests aiming to ensure healthy labor to exploit natural resources. Even so, the greatest advances in these policies occurred in historical periods in which rural workers were better organized. The State's response to these pressures could be perceived as strategies of legitimization before society and cooptation of social movements. Through the discriminating factor analysis, the three communities produced an average of 89% correct classification, reinforcing the hypothesis that they were different from each other. The temporary rural workers showed a high level of food insecurity (39.5%), almost double that of the squatting MST families and four times that of the settled MST families. With a varying and low income, they are also more exposed to pesticides (85.2%) if compared to the settled and squatted families (26.9% and 9.5%, respectively). The livestock production of all the settled families was a remarkable characteristic, unlike the families of temporary rural workers who virtually could not count on that possibility in the cities and towns. The public health service (SUS) has not met the health needs of almost 70% of the families settled and squatted that were studied in Unai, MG, with lack of access appearing as a major issue. For most of these families, the only way for the system to meet their needs is after petitions and pressure on the government. In the notion of health presented by the MST, intersectoriality and equity are key principles, thus expressing a broad concept associated with a project of transformation of the Brazilian society. Their action is different in its organizational process and in principles that rescue the politization of health, valuing popular promotion and participation. The MST has put pressure on the State in the process of designing and executing public policies and has been instrumental in the creation of the *Grupo da Terra* (Earth Group) and in the changes in the calculation of the *Piso de Atenção Básica –PAB* (Minimum Basic Assistance), which benefits the settled population. The agenda of social movements like the MST has required that the Ministry of Health take measures to build a policy for the rural population which has never been so participatory. This policy may provide an opportunity for a *new SUS cycle*, towards a fairer and more democratic society.

Keywords: rural health, health policies, epidemiology, health conditions, MST, rural temporary workers, rural worker's health

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho se remete às condições de saúde da população do campo, destacando, especialmente, o contingente organizado pelo MST e os assalariados rurais com trabalho temporário, aqui denominados de bóias-frias¹. Segundo vários autores (Figueiredo *et al*, 1987; Faria *et al*, 2000; Veiga e Burlandy, 2001), a produção científica no Brasil ainda é insuficiente para explicar as complexas relações existentes entre as condições de saúde desses grupos e seus determinantes.

A estrutura fundiária brasileira (Economia-IBGE, 1996) é caracterizada por 2,4 milhões de pequenos proprietários com menos de 10ha, o que equivale a 50% do total de propriedades, mas corresponde apenas a 2% de todas as terras. Na outro extremo, 49 mil grandes proprietários de terras (acima de 1000ha), representando apenas 1% das propriedades, possuem 45% de todas as terras agricultáveis do Brasil. O censo agropecuário indica que de 1985 a 1996 foram assentadas 320 mil famílias em aproximadamente 1500 assentamentos² do

¹ Trabalhador rural que vive de trabalhos sazonais segundo as épocas de plantio e colheita. Comumente explorados e sem vínculo empregatício. Não moram nas fazendas, são levados para trabalhar de madrugada, em ônibus e caminhões. Cada um é responsável pela sua alimentação; levam marmitas que na hora do almoço já estão frias – daí a origem do nome bóia-fria (Bertolini, 2005).

² Diversos estudos têm apontado para o fato de que os “assentamentos de reforma agrária”, conforme aparecem no discurso governamental, englobam situações com origens bastante diferenciadas: regularizações fundiárias em terras ocupadas por vezes há décadas por “posseiros”; áreas de conflitos gerados pela tentativa de expulsão de trabalhadores que há muito viviam na terra como “rendeiros” ou “agregados”; áreas improdutivas ocupadas por movimentos de luta pela terra (como o MST) ou também por sindicatos de trabalhadores rurais; reservas extrativistas, fruto da luta de seringueiros pela permanência em terras que exploravam há gerações; usinas falidas, posteriormente desapropriadas, onde foram alocados os próprios trabalhadores que anteriormente eram assalariados (Leite *et al*, 2004).

País, porém 400 mil pequenos proprietários venderam suas terras somente entre 1995 e 1996.

Os dados do censo de 2000 são expressivos das condições de saúde de cinco milhões de famílias rurais que vivem com menos de dois salários mínimos mensais e possuem os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de pobreza decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida (Brasil, 2004a).

A população rural brasileira representa 19% da população total, sendo que 15 milhões de agricultores - 37% das famílias rurais - vivem abaixo da linha da pobreza, e 11% vivem somente da aposentadoria rural (BRASIL, 2004a). Estima-se que existam 4,8 milhões de famílias sem terra no País (Morissawa, 2001).

Frente ao contexto de desigualdades, essas populações buscaram várias formas de organização política por meio de movimentos como as Ligas Camponesas, na década de 1950, ou mesmo criando associações, sindicatos e entidades como a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura - CONTAG. Em fins da década de 1970, o processo de abertura democrática, o fracasso de vários programas de desenvolvimento regional como o de colonização da Amazônia, o desemprego nas cidades, e a conscientização de camponeses por meio da Comissão Pastoral da Terra -CPT- propiciaram a mobilização de agricultores não proprietários em vários Estados para se organizar e lutar por terra. O MST foi fruto dessa conjuntura e representou a fundação e organização de um movimento de camponeses de âmbito nacional de luta por reforma agrária. Até 2004, o MST (2004) já atuava em 23 Estados, envolvendo mais de 1,5 milhão de pessoas.

A dinâmica das ocupações é retratada por Fernandes (2000) como espaço de luta e resistência. Para esse autor a ocupação é

condição da territorialização. A terra conquistada é uma fração do território, onde os Sem Terra se organizam para promoverem um novo grupo de famílias que irá realizar uma nova ocupação, conquistando outra fração do território. Assim, a luta se renova e se amplia, com esses trabalhadores migrando por todo o país, plantando as raízes da luta e minando a concentrada estrutura fundiária.

A escolha do MST para este estudo se deve a seu papel estratégico na sociedade brasileira, também destacado no relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde (2003). Considerado um dos atores a serem articulados para a implantação de uma política de reforma agrária que fixe o trabalhador rural na terra, esse movimento, a partir de sua experiência e organização, pode contribuir para a construção de uma política de saúde para o campo.

Para elaboração do projeto de Tese foi realizada uma primeira discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST sobre as questões prioritárias que mereceriam ser pesquisadas. A idéia inicial sugerida foi a de avaliar se *a questão saúde era um determinante para a viabilizar a implantação de assentamentos de reforma agrária*. Ao longo do processo de elaboração da proposta de pesquisa, esse objetivo transformou-se *na caracterização e análise da questão saúde tal como era elaborada pelo MST, comparando a proposta de política de saúde desse movimento com as políticas oficiais*.

Durante esse percurso, foi considerada oportuna a inclusão de uma comunidade de bóias-frias para comparar as condições de saúde desses grupos com os que vivem em áreas de reforma agrária.

De forma a aprofundar essa análise, foi proposta a realização de um grupo de discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST e entrevistas com sua base, mas por dificuldades operacionais não foi possível gravar esses encontros, o que gerou limitações no registro dessas atividades. No decorrer da pesquisa, o MST foi identificado como um ator estratégico na

construção da política, mas não como uma entidade que desenvolvesse uma política própria de saúde. Em função dessas questões, os objetivos foram recolocados.

Finalmente, este trabalho buscou caracterizar as políticas oficiais de saúde para a população do campo, analisando o contexto histórico, princípios, objetivos, estratégias e resultados. Também foram investigados os elementos concretos que viabilizaram a implementação dessas políticas, e como as experiências das famílias assentadas e acampadas do MST e de famílias bóias-frias de Unai-MG podem contribuir para avaliar esse processo.

A primeira parte da Tese trata das políticas sociais e das categorias fundamentais para se analisar uma política de saúde. Também foram levantados os diversos estudos científicos e pesquisas sobre as condições de saúde da população do campo no Brasil e no mundo, enfocando seus objetivos, desenhos metodológicos e principais achados.

No capítulo de resultados, como primeiro eixo da análise, foi apresentada a evolução histórica das políticas oficiais com destaque ao Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural -FUNRURAL-, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento -PIASS- e a atuação mais recente do SUS. Essas políticas foram analisadas buscando-se um diálogo com a experiência do MST na saúde.

Como segundo eixo de análise, foram comparadas as condições de saúde de três comunidades em Unai-MG (assentados, acampados³ e bóias-frias) avaliando-se o que os sujeitos pensam e constroem em relação ao processo saúde-doença,

³ Os acampamentos são espaços e tempos de transição na luta pela terra. Podem ser considerados realidades em transformação e uma forma de materialização da organização dos sem-terra. Trazem em si os principais elementos organizacionais do movimento, e predominantemente, são resultados de ocupações, portanto, espaços de lutas e de resistência (Fernandes, 2000).

características sociodemográficas e familiares, condições de vida, trabalho e produção, presença de animais de produção, domésticos e sinantrópicos; além de identificação da operacionalização das políticas de saúde. A bibliografia científica existente, os documentos, e discussões realizadas com o MST subsidiaram esse processo.

Ao final, ao mesmo tempo em que se expuseram importantes diferenciais entre esses três grupos, foram levantados elementos para contribuir na construção de uma política de saúde para as populações do campo no Brasil.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Políticas públicas de saúde

Existe uma grande pluralidade de modelos conceituais para o estudo das políticas sociais. Longe de esgotar todas as abordagens serão levantadas algumas definições e categorias de análise para permitir avaliar as ações do Estado nas políticas de saúde para as populações do campo.

Segundo Marshall (1967),

...a expressão política social pode ser empregada com referência à política dos governos relacionada à ação que exerça um impacto direto sobre o bem-estar dos cidadãos, ao proporcionar-lhes serviços ou renda (p.7).

Várias reformas sociais foram baseadas no princípio de que o Estado era responsável pelo bem-estar da “massa do povo” e que estava investido da autoridade de interferir nas liberdades individual e econômica a fim de promover o referido bem-estar. A novidade dessa idéia residia na sua divergência da concepção antecessora, segundo a qual o Estado se ocupava apenas com os miseráveis e os desamparados, e que sua ação em benefício deles não devia entrar em choque com a vida normal da comunidade (Marshall, 1967).

A Fundação de Economia e Estatística (A política -FEE- 1983) ao discutir o papel do Estado afirma que esse é dado basicamente por meio das políticas sociais que buscam a sua legitimação frente à sociedade. Por outro lado, o sentido de sua atuação na área social vincula-se, fundamentalmente, com as transformações relativas ao processo de acumulação. Nesse contexto, a política social do Estado é dirigida também no sentido das questões sociais do campo. Mas, sendo o capitalismo um modo de produção que induz a uma concentração crescente do capital, da força de trabalho, dos meios de produção e das decisões, o urbano transforma-se no eixo dinâmico da economia e no *locus* onde se acirram as contradições sociais. Conseqüentemente, a esfera governamental vai ser muito mais sensível à problemática urbana. A viabilidade da tomada de medidas para a área social vai ser definida pelo jogo das forças políticas em cada conjuntura (A política -FEE- 1983)

Viana (1997, p. 207), ao analisar os diversos enfoques metodológicos para o estudo das políticas sociais, sugere conceituar as políticas públicas como “tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades”. Assim as políticas sociais são “expressões de um tipo específico de intervenção estatal, cuja finalidade é proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida individual e social” (p. 208).

Já Vianna (1998), ao estudar a “americanização das políticas sociais no Brasil”, resgata as diversas definições de “Welfare State⁴”. Embora diferentes em abrangência e significados, os conceitos passam pela concepção de que a sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldades. Segundo essa autora, a privatização e seletividade constituem os eixos da polêmica que agitou

⁴ Estado de Bem-Estar Social. Expressão cunhada pelos ingleses nos anos 40 para indicar uma espécie de mundo novo no qual queriam viver (Vianna, 1998).

os sistemas de bem-estar no final do século XX. Na versão neoliberal, que só vê solução no mercado, privatização se confunde com lucro, e seletividade, com assistencialismo. A modernização econômica levada a cabo durante o regime autoritário implantado em 1964 teve papel importante nesse processo ao incentivar a expansão capitalista, recrutando para o universo lucrativo setores da proteção social antes residuais (a assistência médica, por exemplo) e estendeu oportunidades (não necessariamente suprimidas) de inclusão de milhares de marginalizados.

Vianna (1998) também levanta as correntes de pensamento que tratam da origem e desenvolvimento do "Welfare State". Apesar da diversidade de explicações, como recorte teórico do nosso objeto de estudo, destacamos as hipóteses que associam aspectos estruturais do processo de acumulação capitalista a fatores como consciência de classe, organização sindical e a disposição de setores dominantes a realizar alianças interclasses. A força política e organizacional da classe trabalhadora – expressa em greves e contestações – induz ao alargamento da proteção, cuja contrapartida, no entanto, é o maior controle exercido pelos aparelhos burocráticos sobre os próprios trabalhadores.

Outros autores citados por Viana (1997) reforçam a insuficiência dessa abordagem como causa única e apontam para a necessidade da combinação de vários elementos explicativos, analisados em uma perspectiva histórica. Os processos de industrialização, urbanização e modernização, de expansão do mercado capitalista e de democratização, foram elementos formadores do contexto geral no qual emergiram os modernos sistemas de proteção social. A crise das políticas públicas provoca uma mobilização de atores, na qual o ambiente sócioeconômico e a lógica redistributivista produzem coalizões. Os ambientes culturais e institucionais produzem as bases de um projeto. Esses movimentos desembocam em uma arena de competição política, em

que a busca pelo consenso produz a reforma social (Viana, 1997).

A partir desse referencial, ao se examinar uma política, devem ser avaliadas as agências estatais "fazedoras da política", os atores participantes e as estratégias de interação, os mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis; as inter-relações entre variáveis internas (agências e atores); e as externas que influenciam esse processo. Em alguns casos podem ser construídos modelos de causalidade entre as variáveis que interferem nesse processo: o meio social e político, os atores participantes, as agências estatais e os conteúdos das políticas (princípios, metas e objetivos).

Delgado (2002), ao estudar a universalização de direitos sociais no Brasil por meio da avaliação da política previdenciária rural inaugurada pela Constituição de 1988, constatou impactos positivos sobre a agricultura familiar, a redução da pobreza, a igualdade de gêneros e diretamente sobre a proteção social de idosos e inválidos.

Tais achados rumaram na contracorrente das idéias-força de política social que predominaram nos anos de 1990. Trazendo essa polêmica para o setor saúde, Cohn (2005) afirma que na América Latina as estratégias para se fazer frente às novas restrições fiscais e monetárias impostas pela nova ordem global traduziram-se na formulação de políticas orientadas pela focalização dos gastos. Passou-se então a se travar um embate ideológico e político sobre a reforma da saúde:

...de um lado o modelo focalista, que defende a concentração de recursos públicos nos segmentos mais pobres da população, investindo-se recursos técnicos para sua identificação precisa, uma vez que para os demais segmentos trata-se de articular recursos públicos e privados incluindo sua participação nos gastos com saúde. De outro lado, o modelo universalista, que defende o acesso aos bens públicos essenciais como um direito do cidadão, independentemente da sua

situação social, sem qualquer forma de discriminação, seja ela positiva ou negativa; e neste caso, saúde como um direito é responsabilidade do Estado e deve, portanto, ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos públicos das distintas esferas de governo (Cohn, 2005 p. 393).

Nesse sentido, a experiência brasileira é a exceção que confirma a regra na América Latina. Ao mesmo tempo apresenta graves contradições que segundo Vianna (1998) originaram-se na modernização econômica levada a cabo pelo regime autoritário implantado em 1964 e aprofundado na transição democrática com as soluções neoliberais. O SUS, teoricamente universal, é seletivo na prática em grande parte pelas contingências geradas pelo modelo de desenvolvimento econômico brasileiro.

Em síntese, para se analisar as políticas de saúde, é preciso partir do contexto sócioeconômico onde são produzidas as coalizões, que associadas a um ambiente institucional favorável, produzem a base para um projeto de reforma social. Desse modo, torna-se fundamental identificar os atores do processo, as estratégias de interação e os critérios decisórios utilizados, para que os conteúdos das políticas possam ser devidamente comparados.

2.2 Estudos sobre as condições de saúde da população do campo

O enfoque dado à expressão “condições de saúde” neste trabalho será o de sua definição ampliada, como expresso na Lei 8.080 (Brasil, 1990), que regulamentou o Sistema Único de Saúde -SUS- ou seja, a “saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, 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; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Josué de Castro, um dos maiores estudiosos da questão da fome no mundo, já fazia a crítica da orientação de nossa

política agrícola em 1946, por ter sido inicialmente direcionada pelos colonizadores europeus e depois pelo capital estrangeiro. Essa política focou na produção que visava a exportação em vez de priorizar uma agricultura intensiva de subsistência, capaz de matar a fome do povo brasileiro (Castro, 2003).

Fleuret e Fleuret (1980) fizeram uma revisão de estudos sobre mudanças na estrutura produtiva agrícola de comunidades e os impactos na nutrição das famílias. Muitos autores pesquisados concluíram que o acesso à terra estava significativamente associado ao estado nutricional das crianças e que o mesmo poderia ser utilizado como indicador de saúde e nutrição. Também apontaram como riscos ao estado nutricional das populações rurais as mudanças nos processos produtivos que privilegiam a monocultura e não valorizam a diversidade e as tradições alimentares locais.

A realização de inferências sobre a relação entre desenvolvimento socioeconômico e estado nutricional é avaliada como uma questão difícil e complexa, que, segundo Fleuret e Fleuret (1980), ocorre em função da etiologia multifatorial das deficiências nutricionais. Os problemas principais estão relacionados à dificuldade de se controlar todas as variáveis que possuem papel relevante na questão e na escolha do desenho epidemiológico mais adequado para a realização das inferências.

Victoria (1983) observou no Rio Grande do Sul que a desnutrição e a mortalidade infantil eram mais elevadas entre filhos de empregados rurais em relação a filhos de proprietários, o que explica em parte as diferenças observadas entre as microrregiões estudadas.

Segundo Lira *et al* (1985), a contradição entre o grave quadro epidemiológico das carências nutricionais e o potencial de recursos naturais e meios técnicos disponíveis ressalta a evidência de que a desnutrição, em suas variadas manifestações, deve ser basicamente entendida como um problema de distorção

do quadro sócioeconômico. Esses mesmos autores realizaram estudo sobre a distribuição energético-protéica, anemia e hipovitaminose A em relação ao acesso e tamanho da propriedade rural, conforme está indicado no Quadro 1 (Lira *et al*, 1985).

Esse estudo concluiu que a média de ingestão energética das famílias sem-terra foi de 1.605 calorias, observando-se que, à medida que aumentava a quantidade de terra possuída, maior era a média de ingestão calórica, chegando a atingir mais de 3.000 calorias entre os grandes proprietários (com mais de 50ha), que corresponde à média dos valores encontrados nos países desenvolvidos (Romani e Amigo, 1986).

Victoria *et al* (1986), por meio de outro estudo realizado no Rio Grande do Sul (Quadro 1), afirmaram que a classe social categorizada por meio da posse da terra apresentou um importante papel na explicação dos diferenciais encontrados para a desnutrição infantil nesse estado. Esses autores ainda comentaram o resultado de outros estudos realizados na América Latina em que a posse da terra ou seu tamanho não estava associado a alterações significativas no estado nutricional das crianças. Esses resultados diferenciados poderiam estar afetados por outros fatores como o nível de organização política dos proprietários ou trabalhadores, a qualidade do solo, cultura alimentar e os produtos agrícolas predominantes - de subsistência ou para o mercado.

Partindo do enfoque do nível de organização, Yusuf *et al* (1993), ao compararem o estado nutricional de crianças pré-escolares de pequenos proprietários rurais individuais e de cooperativados na Etiópia, identificou uma melhor situação nestes se comparados com os pequenos proprietários individuais (QUADRO 1).

Os achados apresentados no QUADRO 1, de acampados do MST, sugerem que estas crianças encontram-se fortemente afetadas pelo nanismo. Apesar dessa condição ser reconhecida como uma das mais visíveis

manifestações da desnutrição nos países periféricos, destaca-se que o caráter concentracionista da propriedade da terra – parte integrante do modelo de desenvolvimento adotado no Brasil – é também um fator estrutural na determinação desse perfil de saúde. Diversos autores que estudaram não só as questões relativas à propriedade e ao acesso aos meios de produção rural, como também a situação de saúde da população, apontaram para um maior risco de desnutrição (e mortalidade) a que estão submetidos os filhos dos trabalhadores sem-terra (Ferreira *et al*, 1997). Em relação aos assentamentos, foi identificado uma situação diferenciada. Veiga e Burlandy (2001), no Rio de Janeiro, encontraram déficits nutricionais bem abaixo dos citados por Ferreira *et al* (1997). Castro *et al* (2004) também obtiveram resultados mais baixos, com 7,6% de desnutridos entre crianças com idade inferior a 5 anos, menor que a média nacional de 10,5%. Esses resultados reforçam a tendência de melhores índices de nutrição após o acesso a terra (QUADRO 1).

O estado nutricional das crianças foi utilizado em El Salvador para avaliar os esforços de reconstrução do país, após os 6 anos do acordo de paz que pôs fim a Guerra Civil (1980-1992). O impacto da distribuição de terras além das melhorias das condições de moradia, saneamento e serviços de atenção primária a saúde foram avaliados para uma amostra representativa que envolveu 761 crianças menores de 5 anos que viviam em 27 vilas. Esse estudo transversal encontrou uma prevalência de nanismo de 32,4% (Brentlinger *et al*, 1999). Conforme indicado no QUADRO 1, à medida que as famílias possuíam mais terra, menor era o risco de as crianças apresentarem nanismo, enquanto o risco de nanismo era maior nas casas das crianças que não contavam com água encanada se comparadas com as que utilizavam esse serviço. Outros autores também reforçaram a importância do acesso à água encanada dentro de casa como um fator de proteção para agravos à saúde da população do campo como as parasitoses intestinais (Carneiro *et al*, 2002).

Kassouf (2005), ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares - PNAD de 1998 -, verificou que a saúde da população do campo é avaliada como mais precária se a compararmos com a da população urbana. A falta de disposição adequada de dejetos e de água encanada foi bem maior do que na área urbana, o que pode estar associado à ocorrência de doenças caracterizadas por sintomas gastrointestinais apresentados no QUADRO 1, também citados por Schmidt *et al* (1998) e Saúde - UnB (2001). As dores nos braços ou mãos também podem estar associadas a um maior trabalho braçal no meio rural. Destaca-se ainda a importância das doenças respiratórias no perfil de morbidade das populações assentadas e acampadas (Saúde - UnB 2001) (QUADRO 1).

O coeficiente de mortalidade infantil apresentado no QUADRO 1 (Saúde - UnB, 2001) conflitou com estudos da (Principais - FAO 1992), nos quais a mortalidade infantil em assentamentos era justamente a metade da média nacional. Outro achado da pesquisa informou que o coeficiente de mortalidade por causas externas em assentamentos (194,1/100.000) era maior que o dobro se comparado ao de acampamentos (70,2/100.000), e que os homicídios eram a causa principal de morte (UnB, 2001). As condições de saúde das famílias assentadas foram um dos aspectos das condições de vida com menores índices de avaliação de impacto se comparadas à situação anterior (Leite *et al*, 2004).

Em relação à utilização dos serviços de saúde, foi verificado que uma proporção bem maior de indivíduos utilizou o sistema público de saúde no meio rural em comparação ao urbano. Foi identificada a tendência maior de procura de atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção na área urbana, enquanto no meio rural o principal motivo estava associado a doenças (Kassouf, 2005). Dados da PNAD do ano de 2003 continuaram a apresentar as especificidades dessas duas populações. A cobertura por plano de saúde foi expressivamente maior (28%) na população residente em áreas

urbanas, comparativamente aos que residiam nas áreas rurais (6%). Isso reforçou a importância que o SUS adquiriu para as populações rurais. Nos 12 meses que antecederam a entrevista, 64,9% da população urbana e 51,6% na população rural declararam ter consultado um médico. A população urbana também apresentou maior número de consultas médicas *per capita* (2,6) do que a rural (1,8). Na população urbana 13,6% das pessoas nunca consultaram dentista, e na população rural, 28,0% das pessoas. Entretanto, praticamente não se observaram variações nos coeficientes de internação entre áreas urbanas e rurais (7,0 e 6,9 por 100 pessoas em cada grupo, respectivamente) (Pesquisa- IBGE, 2003).

Cerca de 32,6% dos acampamentos e 23,7% dos assentamentos do MST não contavam com serviços de saúde. Apenas 56,8% dos assentamentos possuíam postos de saúde próximos a suas áreas, sendo que apenas 30,9% destes estavam em funcionamento (Saúde - UnB, 2001). Embora a presença de agentes de saúde, geralmente pagos pelas prefeituras, seja significativa (78% dos projetos), os postos de saúde existiam em apenas 21% dos assentamentos pesquisados (Leite *et al*, 2004). Nos assentamentos que têm posto de saúde, raramente há presença regular de médicos. Dada essa precariedade, os assentados procuravam os serviços de saúde na sede do próprio município (em 92% dos projetos), em municípios vizinhos (42% dos projetos) ou em cidades que são pólos regionais (25%) (Leite *et al*, 2004). As famílias não tinham acesso a serviços de saúde em 45,70% das áreas de assentamento, mas, contrariando os valores apresentados anteriormente, Schmidt *et al* (1998) encontraram que a presença de agentes de saúde era desconhecida ou inexistente em mais de 40% dos assentamentos pesquisados (QUADRO 1).

Ao se avaliar a qualidade do acesso aos serviços nos assentamentos que contavam com postos de saúde, a assistência foi classificada como regular por 6,3% dos assentados e precária por 11,7%, enquanto apenas 4,2% a classificaram como sendo de

boa qualidade. A assistência nos postos de saúde localizados nas cidades foi avaliada como de boa qualidade por 14,7% dos assentados, enquanto 24,1% a classificaram como regular e 25,8% como precária (Schmidt *et al*, 1998). Em relação à 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, 8% referiram que “o serviço não atenderia”, 2,03% que “não tinha direito de ser atendido” (Saúde - UnB, 2001). Kassouf (2005), ao avaliar o não-atendimento das pessoas pelos serviços de saúde encontrou uma diferença entre as áreas urbana e rural no item “esperou muito e desistiu”, com proporção no meio rural quase o dobro do urbano. As porcentagens mais elevadas ocorreram no item “não conseguiu vaga ou senha” e “não tinha médico atendendo”.

Uma pesquisa realizada pela FAO/INCRA (Bittencourt *et al*, 1999) identificou as condições que têm potencializado e as que têm restringido o desenvolvimento de projetos de assentamentos da reforma agrária no Brasil. A organização política dos assentamentos foi uma das variáveis levadas em conta no trabalho. A pesquisa indicou que um dos fatores presentes em alguns assentamentos com maior desenvolvimento foi a presença do MST (Bittencourt *et al*, 1999, p 58) :

...como este movimento social tem forte ação política reivindicatória, estes assentamentos possuem grande capacidade de interlocução, pressão e negociação política com os diferentes espaços públicos, aspecto que não é observado nos assentamentos com menor desenvolvimento que geralmente possuem uma pequena relação com os movimentos sociais.

Outro aspecto importante observado foi que nos assentamentos onde há organização coletiva da produção, quase não existem diferenciações internas entre os assentados, principalmente se relacionadas com a forma de produzir e gerar renda, demonstrando que a organização é fator de

diminuição das desigualdades. Esse fato é acompanhado de uma melhor distribuição dos solos nos assentamentos que possuem essa forma de organização produtiva (Bittencourt *et al*, 1999).

Guedes (2006), ao avaliar as condições de vida de um assentamento do MST, discute que a facilidade e a riqueza da alimentação, a liberdade de decisão, a possibilidade de plantar, colher e criar animais, o uso da força de trabalho em benefício próprio e da família; enfim o controle sobre a própria vida é o aspecto mais marcante da conquista da terra.

Em relação ao bóia-fria, alguns estudos que aprofundaram a análise dos determinantes das suas condições de saúde na zona canavieira de São Paulo (Alessi e Navarro, 1997; Silva, 1999) e na região nordeste do País (Moreira e Watanabe, 2006) encontraram limitações alimentares para essas populações.

Segundo Alessi e Navarro (1997), a expansão do capitalismo na agricultura, ao provocar migrações expressivas do campo para a cidade, determinou alterações nos padrões de morbi-mortalidade da população do País. A partir da década de 1960, intensificam-se as transformações no meio rural, repercutindo negativamente nas condições de vida e na saúde dos trabalhadores do campo. Essas transformações foram se processando no nível da produção em si e também no das relações patrão-empregado, resultando em aumento e diversificação agrícola e também na recriação de antigas e na emergência de novas formas de organização do trabalho. O camponês, ao ser expulso da terra, passou a residir nas periferias das cidades, encontrando no mercado a possibilidade de ofertar a sua força de trabalho a grandes empreendimentos agrícolas. Às suas condições de saúde já debilitadas acresceram-se novos padrões de desgaste que se traduziram em envelhecimento precoce, morte prematura, doenças cardiovasculares, degenerativas, mentais, entre outras (Alessi e Navarro, 1997). Tais trabalhadores se expõem, diariamente, a cargas físicas, químicas e biológicas, que se

traduzem em uma série de doenças, traumas ou acidentes a elas relacionadas, tais como dermatites, conjuntivites, desidratação, câimbras, dispnéia, infecções respiratórias, oscilações da pressão arterial, ferimentos e outros acidentes (inclusive os de trajeto). Além destas cargas laborais, destacam-se aquelas de caráter biopsíquicos, que configuram padrões de desgaste manifestos por meio de dores na coluna vertebral, dores torácicas, lombares, de cabeça e tensão nervosa (estresse), além de outros tipos de manifestações psicossomáticas que podem se traduzir, principalmente, por quadros de úlcera, hipertensão e alcoolismo (Alessi e Navarro, 1997). Silva (1999) também encontrou, na mesma região do interior de São Paulo, alta prevalência de doenças do aparelho respiratório e de alergias causadas pela cana queimada. A incapacidade do corpo em se moldar ao trabalho e à disciplina imposta, aliada ao baixo salário, às incertezas de se encontrar trabalho, à dominação provocavam a “doença dos nervos”, as tensões, a hipertensão e até a loucura. Estes corpos doentes, segundo os médicos da região, ainda eram relativamente jovens (Silva, 1999) (QUADRO 1).

Na zona canavieira da Paraíba também foi encontrado maior risco de acidentes relacionados à presença de animais peçonhentos, à insegurança dos transportes utilizados nos seus deslocamentos, manuseio de instrumentos de trabalho cortantes e no uso de agrotóxicos entre esses trabalhadores (Moreira e Watanabe, 2006).

Outro importante fator de risco à saúde dos trabalhadores do campo consiste na exposição aos agrotóxicos. O Brasil é o 3º maior consumidor de produtos agrotóxicos no mundo e o primeiro no âmbito da América Latina, e, embora tenha logrado avanços consideráveis no controle da produção e consumo desses produtos nos últimos anos, ainda apresenta condições sociais e sanitárias compatíveis àquelas dos países periféricos (Relatório - ANVISA 2005). Faria *et al* (2000) e Soares *et al* (2003), ao pesquisarem o processo de

trabalho rural no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais, encontraram altos índices de exposição a agrotóxicos em variadas tipologias de estruturas fundiárias. Nishiyama (2003), ao estudar a utilização de agrotóxicos em áreas da reforma agrária no Paraná, encontrou um percentual de uso de 62,6%, sendo que 19,7% dos entrevistados relataram intoxicações por esses produtos (QUADRO 1). Reforçando a gravidade desse quadro, Faria *et al* (2007) avaliou vários sistemas oficiais de informação que notificam casos de intoxicações por agrotóxicos no Brasil, e nenhum deles respondia ao papel de sistema de vigilância. Além disso, os receituários agrônômicos revelaram limitações para se avaliar a exposição. A intoxicação aguda é a face mais visível do impacto desses produtos na saúde, mas a carga crônica de doença associada a seu uso ainda é pouco estudada.

Segundo Delgado (2001), a “modernização conservadora” da agricultura brasileira significou a elevação do nível de investimentos de capital no campo, mas manteve ou até concentrou ainda mais a propriedade da terra no Brasil. Esta modernização também levou à precarização das relações de trabalho, além da elevação dos riscos socioambientais vinculados às atividades desse setor (Moreira e Watanabe, 2006; Miranda *et al*, 2007; Soares e Porto, 2007). Silva (1999) aponta também que esse mesmo modelo que ocasionou o surgimento do trabalhador bóia-fria tem gerado o seu desaparecimento frente ao processo de modernização agrícola, criando os “errantes do fim do século”. Além do impacto na saúde humana, autores como Breilh (2004) também têm analisado como as práticas predatórias desse modelo têm atingido gravemente os ecossistemas, colocando em risco a vida no planeta.

Esses dados indicam as dificuldades que a população do campo enfrenta para ter acesso aos serviços de saúde. E quando chegam até os serviços, costumam obter atenção muito aquém de suas necessidades. Frente a tal quadro, Albuquerque *et al* (2000) propõem a

elaboração de indicadores sintéticos específicos para contribuir na execução de políticas de saúde mais apropriadas as suas realidades.

De modo geral, os estudos sobre as condições de saúde da população do campo associam o estado nutricional com a posse da terra, processos de trabalho e saúde (incluindo o uso de agrotóxicos), morbimortalidade referida e relação com os serviços de saúde. Os resultados apontam para um maior déficit nutricional à medida

que diminui a posse da terra, além de evidenciarem um perfil de saúde mais precário da população rural se comparada à urbana. No campo, ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental. O processo de “modernização conservadora” da agricultura no Brasil ainda tem agravado mais esse quadro, na medida em que criou novos riscos socioambientais para a saúde dessa população.

QUADRO 1. Estudos sobre as condições de saúde da população do campo

1º autor, ano	População	Objetivos	Desenho	Resultados/Conclusões
Lira (1985) Romani (1986);	1.257 crianças menores de 6 anos, da área rural do Agreste Pernambucano, no nordeste brasileiro	A distribuição energético-protéica, anemia e hipovitaminose A em relação ao acesso e tamanho da propriedade rural	Estudo transversal	As categorias de famílias sem terra apresentaram 67% de desnutrição, contra 25% para a categoria de famílias com propriedades de 50 e mais hectares (p<0,01)
Victora (1986)	800 crianças amostradas de uma região de grandes fazendas e outra de pequenas propriedades	Avaliar a relação entre a situação fundiária e indicadores como desnutrição e mortalidade	Aplicação de inquérito antropométrico domiciliar	Desnutrição e a mortalidade infantil são mais elevadas entre os filhos de empregados rurais do que entre os filhos de proprietários
Yusuf (1993)	Crianças pré-escolares de pequenos proprietários rurais individuais e de cooperativados na Etiópia	Comparar o estado nutricional	Estudo transversal	Melhores condições nutricionais (peso por idade 43,9%(83), peso por altura 9,5% (18), e altura por idade 48,1% (91) comparado com o grupo de individuais, respectivamente: 55,9% (112); 15,5% (29) ; 63,6%
Ferreira (1997)	Crianças menores de 10 anos de uma ocupação do MST	Avaliar o perfil nutricional	Diagnóstico nutricional.	As prevalências de déficits nutricionais encontradas relativas aos índices massa corporal para a idade, estatura para a idade e massa corporal para estatura foram, respectivamente, 19,6%, 39,8% e 2%, superando os valores divulgados para a zona rural do estado de Alagoas (8,4%, 22,7% e 1,3%)

QUADRO 1. Estudos sobre as condições de saúde da população do campo (cont.)

1º autor, ano	População alvo	Objetivos	Desenho	Resultados/Conclusões
Alessi (1997)	Trabalhadores da cultura canavieira de Ribeirão Preto	Avaliar o processo de trabalho e os padrões de desgaste e reprodução da força de trabalho empregada no corte da cana	Pesquisa qualitativa com observações diretas e entrevistas	Relaciona a exposição diária dos cortadores de cana a cargas físicas, químicas, biológicas e psíquicas que gera doenças, traumas e acidentes
Schmidt (1998)	161.556 famílias distribuídas em 1460 projetos de assentamentos em 26 Estados da federação	Identificar todas as famílias assentadas em áreas de projetos de reforma agrária do Governo Federal, bem como traçar o perfil socioeconômico das mesmas.	Censo da reforma agrária	A maior prevalência de doenças nos assentamentos foram a gripe (32%), verminose (14%), diarreia (9,9%) e malária (8,10%). As famílias não tinham acesso a serviços de saúde em 45,70% das áreas de assentamento. A presença de agentes de saúde era desconhecida ou não havia em mais de 40% dos assentamentos
Silva (1999)	Trabalhadores rurais da Região de Ribeirão Preto (SP) e Vale do Jequitinhonha (MG)	Avaliar a apreensão dos processos de expropriação, exploração-dominância e exclusão a que estão submetidos os trabalhadores rurais.	Diversas pesquisas com a análise da relação classe, gênero e etnia	Analisa o feixe de relações sociais que ocasionou o surgimento do trabalhador bóia-fria em 1960, bem como o seu desaparecimento no momento atual em virtude do processo de modernização conservadora da agricultura
Brentlinger (1999)	761 crianças menores de 5 anos que viviam em 27 vilas	O impacto da distribuição de terras além das melhorias das condições de moradia, saneamento e serviços de atenção primária à saúde	Estudo transversal	A baixa estatura em relação à idade foi notadamente prevalente nas famílias sem terra (odds ratio-OR) para o nanismo equivalente a 0,64 (95% de intervalo de confiança -IC 0,44 - 0,93) para cada hectare de terra cultivada que foi desapropriada. O nanismo também foi mais prevalente nas crianças cujas casas não tinham água encanada (OR ajustada, 2,72; 95% IC, 1,87-3,96)

QUADRO 1. Estudos sobre as condições de saúde da população do campo (cont.)

1º autor, ano	População alvo	Objetivos	Desenho	Resultados/Conclusões
Faria (2000)	1479 trabalhadores rurais	Estudar o perfil sócio-demográfico da população, conhecer as características do trabalho rural e descrever a prevalência de algumas patologias referidas	Estudo transversal	Cerca de 75% dos trabalhadores lidavam com agrotóxicos de vários tipos e 12% referiram intoxicações por esses produtos em algum momento da vida. A prevalência de transtornos psiquiátricos foi de 36%, e a frequência anual de acidentes de trabalho foi de 10%
Veiga (2001)	201 crianças e adolescentes de um assentamento rural (RJ)	Avaliação de indicadores sócio-econômicos e perfil nutricional	Estudo descritivo transversal	A baixa prevalência de déficit nutricional apesar da exposição a fatores de risco, pode se relacionar a presença de fatores de proteção como o acesso a serviços de saúde
UnB(2001)	4.347 famílias assentadas e 3.560 famílias acampadas do MST	Conhecer a situação de saúde dos trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos da reforma agrária	Inquérito de morbi-mortalidade e amostragem	58,3% da população de assentados e 62,5% de acampados consumiam água sem qualquer tratamento, 35,2% de assentados e 51,8% de acampados destinavam seus dejetos a céu aberto. Coeficientes de incidência de doenças respiratórias tanto em assentamentos (158,2/1000) quanto para acampamentos (190,5); doenças infecto parasitárias (57,5/1000 e 95,2/1000) e cardiovasculares (36,6/1000 e 30,0/1000) respectivamente. O coeficiente de mortalidade infantil encontrado para assentamentos foi de 73,6/1000 e nos acampamentos 78,7/1000
Carneiro (2002)	1207 crianças menores de 12 anos de 11 comunidades da zona rural de Caparaó, MG	Desenvolver um indicador para as condições de saúde ambiental das famílias	Estudo transversal analítico	O efeito interativo da alta relação pessoa/quarto aumentou em 5 vezes a prevalência de ascaridíase para as famílias que não possuíam água encanada no lavatório

QUADRO 1. Estudos sobre as condições de saúde da população do campo (cont.)

1º autor, ano	População alvo	Objetivos	Desenho	Resultados/Conclusões
Soares (2003)	1064 trabalhadores rurais de nove municípios de MG	Caracterizar o processo de trabalho rural, considerando indicadores sócio-demográficos, a estrutura agrária, práticas de trabalho relacionadas ao uso de agrotóxicos e intoxicações	Amostra de conveniência com aplicação de questionários e realização de exames para determinar níveis de colinesterase sanguínea	Cerca de 50% dos entrevistados estavam ao menos moderadamente intoxicados
Nishiyama (2003)	Trabalhadores integrantes do MST nas áreas de reforma agrária (PR)	Analisa o uso de agrotóxico.	Inquérito sobre as condições de trabalho.	A falta de capital próprio não tem limitado o uso de agrotóxicos. Um em cada cinco trabalhadores expostos já sofreu intoxicações por esses produtos
Castro (2004)	69 crianças de zero a 60 meses de idade de um assentamento rural do MST, Tumiritinga (MG)	Avaliar as condições gerais de saúde das crianças	Estudo descritivo transversal	7,6% das crianças apresentavam déficits nos índices peso/idade e estatura idade e 47,5% baixa concentração de hemoglobina. 96,1% estavam com infestação parasitária, 34% com vacinação atrasada e a mediana de tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 30 dias
Leite (2004)	Aplicada em 39 municípios com assentamentos selecionados no Sul da Bahia, sertão do Ceará, entorno do Distrito Federal, sudeste do Pará, oeste de Santa Catarina e Zona canavieira nordestina	Avaliar a situação dos entrevistados após terem sido assentados	Pesquisa em manchas amostrais - áreas de concentração de assentamento	Os postos de saúde existiam em apenas 21% dos assentamentos pesquisados com rara presença regular de médicos. As condições de saúde das famílias assentadas foram um dos aspectos das condições de vida com menores índices de avaliação de impacto se comparadas a situação anterior

QUADRO 1. Estudos sobre as condições de saúde da população do campo (cont.)

1º autor, ano	População alvo	Objetivos	Desenho	Resultados/Conclusões
Kassouf (2005)	Abrangência nacional, excluindo a região Norte	Comparar o acesso aos serviços de saúde nas zonas rurais e urbanas brasileiras	Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares	45,3% dos moradores do meio rural avaliaram seu estado de saúde como ruim, muito ruim e regular. Maior porcentagem de indivíduos com diarreia e vômito e com dores nos braços ou nas mãos, se relacionados aos da área urbana
Guedes (2006)	40 famílias de assentamento rural do MST, Periquito (MG)	Analisa a relevância da agricultura familiar e o papel do veterinário nesse contexto	Estudo qualitativo com realização de entrevistas não estruturadas e de observação participante	O processo de assentamento cumpre papel fundamental na estabilidade e na melhoria das condições de vida das famílias
Faria (2007)	População rural brasileira.	Avalia os dados sobre intoxicações por agrotóxicos. Também examinou as informações sobre consumo de agrotóxicos contidas no Receituário Agrônomo, a partir dos dados do Rio Grande do Sul. Apresenta revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros sobre agrotóxicos	Estudos dos sistemas de informação, Receituário Agrônomo e revisão bibliográfica	A avaliação dos vários sistemas oficiais de informação que notificam casos de intoxicações por agrotóxicos concluiu que nenhum deles respondia ao papel de sistema de vigilância. Os receituários agrônômicos revelaram limitações para se avaliar a exposição. Os estudos neste campo tem crescido qualitativamente e quantitativamente no Brasil

3. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.

Para a realização deste estudo, foi adotada uma abordagem integral considerando aspectos sociais, econômicos, históricos, culturais e técnicos que se inter-relacionam. Buscou-se a integração dos olhares que englobassem dos aspectos biológicos até os sociais, analisando-os na perspectiva de sua historicidade, articulando métodos dos campos da epidemiologia e das ciências sociais, de forma a contribuir para um conhecimento mais adequado do processo saúde-doença, aproximando dos enfoques de Cordeiro *et al* (1980), Astudillo (1984) e Rosenberg (1986).

Foram utilizados dois eixos de análise. O primeiro caracterizou e analisou as diversas políticas oficiais de saúde para o campo e as relacionou à experiência do MST. O segundo eixo se constituiu em um estudo comparativo sobre as condições de saúde de famílias de um acampamento e um assentamento do MST, e de famílias bóias-frias de Unaí-MG. Ao final, foi realizada uma discussão na qual esses eixos dialogam de forma a contribuir com elementos para a construção de uma política de saúde para essas populações.

3.1 Descrição e análise das políticas oficiais de saúde para as populações do campo e a experiência do MST

Conforme citado por Viana (1997), as políticas foram analisadas a partir do contexto sócioeconômico em que são produzidas, caracterizando o ambiente institucional e identificando os atores do processo, as estratégias de interação e os critérios decisórios utilizados. Os princípios, população alvo, objetivos, estratégias, ações, resultados e os problemas das diversas iniciativas oficiais e a experiência do MST foram avaliados por essas categorias.

O método utilizado incorporou documentos de primeira mão - que não receberam tratamento analítico - e documentos de segunda mão - que já foram trabalhados de acordo com Gil (2006).

O período de estudo das políticas oficiais de saúde no campo abrangeu principalmente a década de 1960 até o ano de 2005, quando ocorreram os programas mais importantes. Foram identificados os documentos oficiais de textos das políticas ministeriais (saúde, previdência, trabalho, agricultura e reforma agrária) que contemplavam a questão da saúde no campo tais como: plano nacional de saúde, programas de saúde, portarias específicas, estudos e avaliações.

As informações sobre a experiência de saúde do MST foram obtidas nos documentos produzidos no âmbito nacional (cartilhas, planejamentos e textos) e pelos diversos relatórios e memórias das reuniões do Coletivo Nacional de Saúde, além das pautas de negociação com o governo federal. O período compreendeu os anos de 1998 - quando foi criado o Coletivo Nacional de Saúde no MST - a 2005. Esse processo se concentrou no levantamento, descrição e análise da construção do entendimento da questão saúde e seus desdobramentos no movimento. Foi realizada uma discussão de grupo com o Coletivo Nacional de Saúde, por meio de um roteiro semi-estruturado (anexo A), com o objetivo de registrar a noção de saúde dessa instância organizativa do MST.

Participaram dois pesquisadores com o papel de observadores para realização do registro da discussão e um terceiro com o papel de facilitador (adaptação de Minayo *et al*, 2005). A discussão foi realizada em Brasília em dezembro de 2004 durante o encontro periódico realizado pelo Coletivo e contou com a participação de 40 pessoas representando 20 estados brasileiros.

Com o intuito de comparar as políticas públicas oficiais de saúde para o campo, foram selecionados o Programa FUNRURAL, o PIASS e o SUS. A Fundação SESP e a SUCAM não foram destacadas para essa análise em função do caráter limitado de sua atuação (Regiões Norte, Nordeste e áreas de endemias). Entretanto, suas ações apresentaram grande capilaridade e ainda são reconhecidas em muitas regiões de difícil acesso como a única marca da presença do Estado. Essas instituições participaram do PIASS e, posteriormente, foram inseridas no SUS após sua fusão na Fundação Nacional de Saúde.

3.2 Estudo comparativo sobre as condições de saúde de famílias do MST e de bóias-frias de Unaí-MG

Realizou-se estudo comparando a situação de famílias de um acampamento e um assentamento do MST com famílias de bóias-frias de um bairro periférico, todas residentes no município de Unaí/MG. Foi avaliado o que os sujeitos pensam e constroem em relação ao processo saúde-doença, características sociodemográficas e familiares, condições de vida, trabalho e produção, presença de animais de produção, domésticos e sinantrópicos; além de identificação da operacionalização das políticas de saúde nos diferentes grupos (anexo B). As perguntas relativas a questões de segurança alimentar foram baseadas nos trabalhos de Vasconcelos (2000) e da Unicamp ({In} Segurança Alimentar - Unicamp 2004).

As ferramentas conceituais foram utilizadas para se pensar dialeticamente em um objeto como definido por Breilh (2006) "que se move entre as características de ser, a um

tempo, simples e complexo, determinado e contingente e incerto, social e biológico, e geral, particular e singular”. Para esse autor, o raciocínio epidemiológico deve considerar os determinantes estruturais, processos generativos e, por fim, os processos específicos. A partir desse enfoque, considera que a epidemiologia não deve apenas definir seu “objeto” de transformação de seu campo científico, mas também o “sujeito” dessa transformação. Assim, poderia contribuir para a emancipação das pessoas frente aos modos de vida e situações enfrentadas.

3.2.1 Desenho do estudo

O estudo realizado envolveu a aplicação de censo por meio de um questionário junto aos responsáveis pelas famílias nas três áreas de estudo entre os dias 15 e 28 de abril de 2005. Além desse instrumento, foram obtidas informações por meio da observação estruturada das condições de vida e trabalho, discussões com os coletivos de saúde e representantes da comunidade (anexo C). Buscou-se trabalhar com a denominada triangulação de métodos, articulando-se abordagens quantitativas e qualitativas (Minayo *et al*, 2005).

Antecedendo os trabalhos nas áreas, foram realizados testes-piloto dos questionários no Assentamento Menino Jesus e em bairros da periferia de Unaí com reconhecida presença de trabalhadores bóias-frias. Após avaliação e aperfeiçoamento dos instrumentos, os questionários foram aplicados para cada unidade familiar no local de moradia. Os informantes principais foram a mulher (ou pessoa que cuida da família) e o homem (para as informações relativas à produção).

Foi investigado por meio da observação participante⁵ um dia de trabalho no Assentamento Menino Jesus (Minayo *et al*, 2005).

⁵ Técnica que consiste na participação real do pesquisador na vida da comunidade, assumindo papel de membro do grupo, durante a observação.

3.2.2 Métodos de análise:

Os dados dos questionários foram capturados e analisados por meio do programa EPINFO (Programa de processamento – EPINFO 2001) - versão 6.0. Para a comparação dos diferenciais entre as comunidades, foram construídas tabelas de frequência e utilizados os testes do Qui-quadrado, Teste de Fisher, ANOVA e teste T de acordo com as características da informação. Posteriormente a essa etapa, foram selecionadas as variáveis mais expressivas das diferenças entre os grupos para a realização de análise fatorial discriminante (Kleinbaum, 1988; Sampaio, 1993) por meio do programa MINITAB (Programa estatístico - MINTAB 2006), versão 14.

Esses dados também foram analisados com as contribuições das discussões com os coletivos de saúde, grupos organizados e da observação estruturada das condições de vida e trabalho.

3.3.3 Descrição das áreas pesquisadas

O município de Unaí encontra-se na mesoregião do Noroeste mineiro e na microrregião da RIDE (Região Integrada do Distrito Federal e entorno⁶), situado a 130 Km de Brasília (anexo G).

⁶A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (ou RIDE) é uma região integrada de desenvolvimento econômico, criada pela Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998. É constituída pelo Distrito Federal, pelos municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso e Vila Boa, no estado de Goiás, e de Unaí e Buritis, no estado de Minas Gerais. Ocupa uma região de 55 mil quilômetros quadrados e sua população se aproxima dos 3,5 milhões de habitantes.

⁷ Nesta forma de organização as casas ficam mais próximas do que nos lotes individuais tradicionais, mas não tão juntas como em uma

De acordo com o último censo demográfico realizado no ano de 2000, o município conta com 70.033 habitantes, sendo 55.525 residentes na zona urbana e 14.508 residentes na zona rural. Unai possui o maior PIB agropecuário de Minas Gerais, com relevante produção de grãos, que em 2003 chegou a 234.000 toneladas de milho, 173.600 de soja e 114.780 de feijão (Cidades@ - IBGE 2003).

Esse município ganhou destaque nacional e internacional no ano de 2004 devido ao assassinato de fiscais do Ministério do Trabalho que investigavam denúncias de trabalho escravo na região. Entre os suspeitos estão grandes fazendeiros, os maiores produtores individuais de feijão do País, e que, ao mesmo tempo, dominam o poder político local (Sakamoto, 2006).

O Assentamento Menino Jesus localiza-se no distrito de Guarapuava, ao lado do lugarejo denominado Chapadinha, no município de Unai-MG. Está a aproximadamente 88 Km da sede municipal e a 268 Km de Brasília-DF. Relativamente pequeno, o assentamento possui área de 935,680 ha (definida na Portaria de criação nº 16/1999 de 27/08/1999) onde se encontram 29 famílias de trabalhadores rurais ligados ao MST (Laudos - INCRA 1999). A região do assentamento caracteriza-se por ser alto de chapada com veredas típicas do cerrado e a presença marcante dos buritis. Há intensa exploração agropecuária com grandes monoculturas de feijão, milho, arroz e soja nas vizinhanças. Em sua trajetória histórica as famílias haviam passado por vários acampamentos antes de conquistar a área. Após a ocupação da sede da fazenda, famílias da região vieram se somar ao acampamento e continuaram a chegar mesmo depois do assentamento. Eram antigos sitiantes que, por razões econômicas, acabaram tendo que vender suas terras (Bertolini, 2005).

As famílias desse assentamento apresentavam identidade com os princípios do MST e desenvolviam a organização interna preconizada em termos da criação

agrovila. A comparação com os raios do sol se dá à medida que os lotes se expandem do centro para a periferia (forma piramidal) com um núcleo comunitário ao centro.

de núcleos de base e setores. Doze famílias dessa área vivenciaram uma nova proposta de assentamento na região, organizando-se a partir do desenho de “raio de sol”⁷. (Figura 1).



Figura 1 – Casa e quintal de família do Assentamento Menino Jesus, Unai-MG, abril de 2004. Fonte: Bertolini, 2005

O Acampamento Índio Galdino está a 10 km do Assentamento Menino Jesus, no município de Unai. Encontra-se em uma região de cerrado, caracterizada por veredas, alto de chapada e suas bordas. As partes de chapada foram muito utilizadas e desmatadas. As veredas estão relativamente preservadas, assim como as bordas de chapadas e as partes mais íngremes. Trata-se de antiga área do INCRA para fins de reforma agrária, em que seriam assentadas famílias de posseiros da região. Foi grilada⁸ por latifundiários produtores de soja e feijão. Os posseiros⁹ acabaram ficando nas piores terras dos vãos da chapada e o assentamento não se efetivou. As famílias de posseiros se uniram ao MST e ocuparam a área novamente em 2001. Cerca de 150 famílias constituíram o acampamento dividido em dois grupos de tamanhos diferenciados.

⁸ Termo que designa quem está na posse ilegal de terras, por meio de documentos falsificados. O termo provém da técnica usada para o efeito, que consiste em colocar escrituras falsas dentro uma caixa com grilos, de modo a deixar os documentos amarelados e roídos, dando-lhes uma aparência antiga e, por consequência, mais verosímil.

⁹ É o titular de posse exercida sobre terras públicas. Tem, no Direito Público, o sentido de possuidor, do Direito Privado.

Além dos antigos moradores, as famílias vieram, em sua grande maioria, da periferia de Brasília (Bertolini, 2005).

As famílias desse acampamento também apresentavam identidade com os princípios do MST e desenvolviam a organização interna preconizada em termos da criação de núcleos de base e setores. Durante o período de estudo, estavam vivenciando o processo de Planejamento do Desenvolvimento do Assentamento (PDA), que envolveu a discussão do parcelamento dos lotes e organização futura do espaço e da produção. A área estava em vias de ser legalizada pelo INCRA (Figura 2).



Figura 2 – Casa e quintal de família do Acampamento Índio Galdino, Unai-MG, abril de 2005

A maior parte dos bóias-frias que atuam na região moram na cidade de Unai. Segundo dados do Sistema de Informações sobre a Atenção Básica de Saúde de Unai, o Bairro Mamoeiro concentrava, proporcionalmente, o maior número de famílias cadastradas com esses trabalhadores. Em função dessa informação, esse bairro foi escolhido como uma das comunidades da pesquisa (Figura 3).

Foram obtidas informações com os profissionais do serviço local de saúde do Bairro Mamoeiro, sobre estrutura e funcionamento, dados das fichas cadastrais das famílias bem como o envolvimento ativo dos agentes comunitários de saúde nos trabalhos.



Figura 3 – Escola do Bairro Mamoeiro, Unai-MG, abril de 2005

3.3.4 Características sociais e históricas da região do estudo

De acordo com o historiador Paulo Bertran, a presença humana no Planalto Central brasileiro é de aproximadamente 12 mil anos. Desde a pré-história até a colonização, a região foi domínio dos índios Jê, povos caçadores e guerreiros, especializados em viver nos cerrados. As sesmarias mais antigas da área do Distrito Federal datam de 1741. “Embora as bandeiras percorressem a região desde o século XVI, com suas doenças e seus fogos a dizimar os indígenas, a colonização só começou no ano de 1700, em Minas Gerais, depois no Mato Grosso (1718) e, por último, em Goiás (1726)” (Bertran, 1994, p.18).

Na questão fundiária, desde as sesmarias - devido às distâncias e dificuldades com os trâmites burocráticos para a legalização - o que realmente valeu na região foi a *substância* da propriedade fundiária descrita nos inventários, ou seja, as benfeitorias, o gado, as roças, os equipamentos e, principalmente, os escravos. Na década de 1930, já no século XX, as fazendas goianas eram conhecidas por sua escassa base documental.

O principal elemento para a dinâmica de ocupação da região foi a instalação, a partir do século XVIII, de grandes fazendas de gado nas áreas de cerrado propícias ao desenvolvimento da pecuária extensiva. As fazendas, com seus vaqueiros e agregados, mantinham em suas margens núcleos

agrícolas, conjugando um padrão de convivência e dependência entre os grandes latifundiários e os colonos, moradores, parceiros e posseiros. Os primeiros municípios da região foram sendo construídos entre as grandes fazendas, como entrepostos de tropeiros. Além das fazendas de gado, no início do século XX houve um curto ciclo de borracha a partir de espécies nativas do cerrado, contribuindo para a intensificação do processo de ocupação da região (Leite *et al*, 2004, p. 49).

Com a criação do Distrito Federal, passando a capital do País para Brasília em 1960, as regiões de seu entorno imediato passam a sofrer mais influência. Um dos principais elementos dessa zona de influência foi a questão da migração, principalmente do Norte e Nordeste, aumentando o número de municípios e a população. A região passa a sofrer com a valorização das terras devido à proximidade da capital e ao intenso fluxo migratório.

O processo de ocupação da região fica marcado pela discrepância entre a modernidade, representada por Brasília, e o atraso dos latifúndios improdutivos e da pecuária extensiva de seu entorno.

O quadro rural começa a se alterar a partir da década de 1960 com o processo de modernização da agricultura e os investimentos governamentais para viabilizar projetos agrícolas no cerrado. Dentro das linhas políticas dos governos militares observa-se que:

O Estado teve um papel relevante neste processo por meio da oferta de abundantes recursos a taxas de juros negativos e incentivos à pesquisa de variedades vegetais adequadas ao cerrado. Durante as décadas de 60 e 70 foram implementados vários projetos de desenvolvimento agropecuário nesta região (federais e estaduais), como por exemplo o Polocentro e o Prodecer (ambos do governo federal); o Planoroeste (do governo de Minas Gerais, voltado para a região noroeste do Estado), o Padap (Programa de Assentamento Dirigido do Alto Paranaíba, também do governo de

*Minas). Estes projetos e programas acabaram por reforçar a tendência histórica de concentração fundiária dessa região. Parte dos recursos advindos desses projetos foram indevidamente direcionados para a pecuária extensiva, com conseqüências sociais ainda piores (Leite *et al*, 2004, p. 58).*

Esse processo intensificou a concentração fundiária, levando à expropriação de pequenos proprietários e posseiros.

A partir da década de 1970, começam a surgir mobilizações mediadas pela igreja católica e movimento sindical (CUT). Os conflitos se intensificam e, na década de 1980, iniciam as ocupações de terras improdutivas por meio das federações de trabalhadores rurais gerando os primeiros assentamentos na região. Os marcos referenciais foram as desapropriações das fazendas Saco Grande/Palmeirinha, em Unai (1984), e Fruta D'Anta, em João Pinheiro (1986); a primeira devido a conflitos com posseiros ameaçados de expulsão e a segunda por ação do movimento sindical. No Nordeste goiano, o principal agente era o movimento sindical de trabalhadores rurais, além de movimentos de atuação local (Leite *et al*, 2004).

Segundo Ávila (2002)

...a precarização das condições de vida, as baixas remunerações temporárias, e as migrações em busca de trabalho e sobrevivência, decorrentes do processo de modernização agrícola, induziram uma crescente luta social na região Noroeste mineira, que resultou em diversas ocupações de terra na década de 80. A falta de empregos na cidades seria um fator adicional que levaria as populações da região a crescentes conflitos fundiários (p. 24).

Considerando-se o processo histórico, atualmente, as formas de ocupação características das áreas rurais do Distrito Federal e entorno (Minas Gerais e Goiás) podem ser classificadas de acordo com Bertolini (2005):

- Fazendas de exploração agrícola (empregam trabalhos sazonais). - Moram nessas fazendas algumas famílias de trabalhadores rurais que “cuidam” da fazenda e desenvolvem atividades produtivas em associação com o proprietário. O restante denomina-se bóia-fria. Esses moram nas periferias das cidades da região, geralmente cidades pequenas e médias, indo para o campo apenas nas épocas de plantio e colheita;
- Latifúndios improdutivos - Vastas extensões de terras que empregam um ou dois peões para cuidar da terra e de algumas cabeças de gado;
- Fazendas agroindustriais – Médias e grandes fazendas na linha do agronegócio, com produção agrícola de monocultura voltada para a exportação, mecanizada com o uso intensivo de fertilizantes e agrotóxicos (Figura 4). Empregam pouca mão-de-obra, mas qualificada como tratorista, administrador e gerente. Os bóias-frias são contratados apenas em períodos específicos para realizarem tarefas ainda não-absorvidas pela mecanização.



Figura 4 – Fazenda agroindustrial da região de Unai-MG, abril de 2005

O restante da população do campo se distribui em pequenas propriedades e assentamentos rurais, produzindo para autoconsumo e mercado local, além de sítios e áreas de lazer para finais de semana.

Já consolidado em boa parte de Goiás e Minas Gerais desde a década de 1980, o processo de organização do MST no Distrito Federal e entorno começou apenas em 1992, por meio de experiências espontâneas e isoladas. O marco de nascimento foi a ocupação da fazenda Barriguda I, em Buritis, Noroeste de Minas Gerais, no dia 1º de setembro de 1995 por 650 famílias.

O MST do DF e entorno compreende 11 acampamentos com 1.957 famílias e 23 assentamentos com 1.693 famílias, envolvendo mais de 3.600 famílias (MST, 2004).

3.4 Preocupações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob número 588-04 (anexo D). Previamente ao trabalho nas três áreas, a equipe de pesquisa reuniu-se com representantes das comunidades e do setor saúde local para planejar suas atividades. Foram desenvolvidas atividades educativas em escolas e com grupos organizados (aulas, teatro). Ao final dos trabalhos de campo, foram realizadas reuniões para discussão das impressões da equipe de pesquisa sobre as condições de saúde das famílias (Figura 5). Foi aplicado o consentimento livre e esclarecido a todas as pessoas que responderam aos questionários (anexo E).



Figura 5 - Reunião na Escola do Bairro Mamoeiro com representantes da comunidade e dos serviços de saúde, Unai-MG, abril de 2005

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Contexto histórico da construção das políticas oficiais de saúde para o campo no Brasil

A evolução das políticas de saúde para o campo no Brasil esteve principalmente associada aos interesses econômicos ligados à garantia de mão-de-obra sadia para a exploração dos recursos naturais - como foi no caso da exploração da borracha; ou para apaziguar os ânimos dos movimentos sociais do campo - como ocorreu com as Ligas Camponesas e a conseqüente criação do FUNRURAL (Fundação de Economia e Estatística, 1983). Essa característica das políticas nesse período é citada por Lima *et al*, (2006) como uma abordagem restrita da relação saúde e desenvolvimento (QUADRO 2).

Evidenciadas principalmente na década de 1950 e no início de 1960, as ações e campanhas de combate às endemias rurais mobilizaram recursos humanos, financeiros e estiveram associadas aos projetos e ideologias do desenvolvimento. Entre os argumentos, estavam a recuperação da força de trabalho no campo, a modernização rural, a ocupação territorial e incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista (Lima *et al*, 2005).

Embora a Constituição de 1934 determinasse o direito à previdência social a todos os trabalhadores brasileiros, a população rural só teve acesso à proteção social no início dos anos de 1970. Vários fatores poderiam explicar essa questão. Desde a forma subalterna que o setor rural participava da estratégia de desenvolvimento do País após 1930, até o fato de que essas populações ainda não tinham se constituído em grupos de pressão com capacidade de articulação política e vocalização suficientes para que o Estado populista-paternalista os visse como grupo social a ser integrado e cooptado por meio da expansão significativa da cobertura dos programas sociais (Delgado, 2002). Essa explicação encontra respaldo em

abordagem também citada por Vianna (1998).

O cenário começou a mudar a partir de 1950 com a gradativa mobilização dos trabalhadores, que tinham no eixo de suas reivindicações a reforma agrária, seguida pela extensão das políticas trabalhistas e sociais. No início de 1960, um amplo movimento de sindicalização rural com um crescente grau de organização ficou evidenciado pelo papel das Ligas Camponesas. A Igreja Católica contribuiu nesse movimento assim como o governo Goulart foi sensível à mobilização (Delgado, 2002).

Apesar de a primeira vista paradoxal, o regime militar brasileiro, conservador e autoritário foi o responsável pela expansão de forma inédita na América Latina da cobertura previdenciária ao setor rural. Segundo Delgado (2002 p.191 e 193):

...é lugar comum, entre os analistas, afirmar que o regime militar brasileiro temia perturbações sociais na área rural, sobretudo porque, nos anos 60 e 70, implementou-se uma política de modernização do setor rural, marcada pela mecanização e quimificação das técnicas de cultivo, expansão da grande propriedade e produção de commodities exportáveis, uma estratégia de desenvolvimento rural que implicou alto custo social para a pequena produção rural. Apresentou-se, aos estrategistas, a possibilidade, por meio de um programa social de cunho paternalista e centralmente administrado, aumentar a dependência individual em relação ao Estado e, além disso, cooptar organizações sociais tais como os sindicatos de trabalhadores e empregadores rurais, transformando-as em intermediários de serviços sociais e desarmando-as enquanto entidades socialmente representativas (...) cumprindo à perfeição o papel de instrumento de consecução da doutrina de segurança nacional do governo militar.

Nesse período, apesar da posição favorável à expansão de cobertura por parte dos tecnocratas, houve oposição ao projeto de expansão de cobertura por parte das

seguradoras privadas e do instituto dos bancários, baseadas em preocupações de cunho fiscal (Scorel, 1998).

Posteriormente, já no início da fase de abertura do regime militar, surge a possibilidade de implantação do PIASS, um programa que almejava ser de impacto, visível para a população e um instrumento de legitimação do regime. Entretanto, foi tecnocrático, na medida em que sua elaboração esteve restrita a um conjunto de técnicos sem discussão com a sociedade, mas incorporou uma série de propostas racionalizadoras que o movimento sanitário encampou como bandeiras de luta. Sua implantação esbarrava em concepções diferentes dos técnicos do MS que tendiam a valorizar a experiência da FSESP ou as técnicas de planejamento da Organização Pan-americana da Saúde -OPAS-, enquanto o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada -IPEA- defendia a proposta mais modesta de municipalização dos serviços de saúde. Em relação ao financiamento, a grande

barreira estava no Instituto Nacional de Previdência Social -INPS- dominado pela hegemonia do modelo assistencial privatizante cujos anéis burocrático-empresariais não perceberam que poderiam aumentar sua abrangência ao apoiarem as ações de extensão de cobertura. Chegou-se a formar frente política de secretários envolvidos no programa, com o objetivo primordial de reivindicar recursos da Previdência Social. Esse movimento assentou as bases do que viria ser a organização dos secretários estaduais de saúde – CONASS. A razão do programa ter se desenvolvido prioritariamente na região nordeste, apesar do discurso de região carente, era em função de sua importância política como um dos maiores redutos eleitorais (Scorel, 1998).

No QUADRO 2, são apresentadas as principais iniciativas relativas às políticas de saúde do Estado voltadas para as populações do campo no Brasil:

QUADRO 2. Cronologia das políticas de saúde para o campo no Brasil (1918 a 2004)

Ano	Iniciativas	Significados
1918	Liga pró saneamento	Campanha pelo saneamento rural, com impacto significativo sobre a sociedade brasileira. O Estado passou a abordar a doença como um problema político, constatando o atraso e o abandono em que se encontrava a quase totalidade da população rural (Lima, 2005).
1934	Previdência social	Constituição de 1934 – o trabalhador brasileiro passava a ter direito à proteção da previdência social, mas sem a extensão da proteção social aos trabalhadores rurais (Delgado, 2002).
1941	Serviços Nacionais de combate as endemias	Interiorização das atividades de saúde pública em direção às áreas rurais, basicamente aquelas onde se verificavam focos de endemias. A preocupação com o controle desses focos estava vinculada com o processo de migração das populações rurais para as cidades, que já começava a adquirir importância em 1940. Esse fato se relacionava à formação do mercado de trabalho urbano. (A Política - FEE 1983).
1942	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública- FSESP	Criado por razões de ordem estratégica, ligadas à produção de borracha na Amazônia, a FSESP passou a atuar prioritariamente naquela região, combatendo a malária e a febre amarela, os maiores flagelos a dizimar a mão-de-obra nos seringais (Scorel, 1998).
1963	Estatuto do Trabalhador Rural	O surgimento das Liga Camponesas reivindicando a reforma agrária fez com que o Governo João Goulart reagisse a essas pressões, sancionando a lei que ficou conhecida como o Estatuto do Trabalhador Rural (Delgado, 2002).
1967	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural- FUNRURAL	Criado no Estatuto do Trabalhador Rural somente foi colocado em prática durante o regime militar brasileiro, implantando um modelo de assistência à saúde tipicamente urbano e curativo (Pinto, 1984).
1970	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM	Resultado da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais, da Campanha de Erradicação da Varíola e da Campanha de Erradicação da Malária. Foi responsável pela execução direta de atividades de erradicação e controle de endemias (Lima et al, 2005).
1976	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS	O Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e os programas tradicionais (Programa –PIASS 1981); Pinto (1984).
1988	SUS	Implementado à partir da nova Constituição – a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Os serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) tornam-se universais (para todos) e equânimes (com justa igualdade) MS (2003); Lima <i>et al</i> (2005).
2004	Grupo da Terra	Criado no âmbito do Ministério da Saúde para participar da formulação, implantação e acompanhamento da Política de Saúde para a População do Campo (Brasil, 2004c).

Historicamente, as Conferências Nacionais de Saúde também constituíram-se em fórum privilegiado para o debate e proposições de políticas públicas de saúde para o campo (Andrade e Nagy, 2004). A 5ª Conferência Nacional de Saúde (1975) tratou a questão como um dos eixos temáticos.

Na 6ª Conferência Nacional de Saúde (1977), deu-se continuidade à estratégia de discussão da extensão das ações de saúde às populações rurais, mas no contexto da proposição de um sistema nacional de saúde e da expansão de cobertura dos serviços de saúde e saneamento (PIASS). As discussões eram voltadas para ampliação da oferta dos serviços primários.

Durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), as discussões focavam a interiorização das ações como preconizado no PIASS; saneamento ambiental; políticas educacionais e de formação de recursos humanos para a saúde; integração com o INAMPS; articulação com os projetos agropecuários e as ações de saúde, habitação e construção de postos de saúde na zona rural; e inserção da saúde na discussão dos projetos de desenvolvimento.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) apontou para a necessidade de se implantar uma reforma agrária que respondesse às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais e que fosse realizada sob o controle dos mesmos. Essa conferência significou o marco político de construção da Reforma Sanitária Brasileira¹⁰, fornecendo as bases para as definições da Constituição de 1988 (Arouca, 2002) e do SUS. O conceito de saúde cunhado na 8ª Conferência foi:

...saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte,

emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

O *acesso e a posse da terra* não aparecem no conceito definido posteriormente pela Lei 8.080 (Brasil, 1990). Seu grande diferencial em relação às outras conferências foi a presença de mais de 4000 pessoas representando um movimento sanitário que buscava transformações profundas na saúde pública. Na origem desse movimento, estavam profissionais de saúde, muitos ligados ao Partido Comunista Brasileiro, que, a partir de um referencial médico-social e por meio de práticas políticas, ideológicas e teóricas, buscaram transformar o setor saúde no Brasil, também ocupando postos-chave no aparelho de Estado. Ou seja, passaram a utilizar os espaços institucionais como *locus* da construção contra hegemônica (Scorel, 1998). A criação do SUS foi resultado de um movimento que se apresentou na contracorrente das reformas de saúde de cunho neoliberal, baseadas no conceito de ajuste estrutural defendida pelo Banco Mundial na década de 1980 (Vianna, 1998; Cohn, 2005).

Na 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000) e 12ª (2003) Conferências Nacionais de Saúde, a reforma agrária foi sempre um dos assuntos tratados, mas apesar de não ser priorizada como um eixo temático, as questões de saúde no campo apareceram de forma detalhada em várias propostas. A maioria dessas reforçava a garantia dos direitos básicos da cidadania, bem como a implementação de medidas de acesso às ações de saúde para as populações rurais. Outro destaque era o caráter intersetorial bem demarcado, evidenciando as grandes lacunas existentes das políticas sociais (habitação, saneamento, distribuição de renda, meio ambiente, transporte, lazer, esportes, educação e outras) – também necessárias para garantir a saúde da população do campo. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, o MST foi citado diretamente como um dos atores estratégicos para contribuir na construção dessas políticas.

¹⁰ Processo político que transformou o sistema de saúde brasileiro por meio da mobilização de amplos setores da sociedade organizada, fornecendo as bases para a elaboração da parte referente a Saúde da Constituição e para a construção do SUS (Netto *et al*, 2004).

Nas Conferências Nacionais temáticas, destacaram-se as Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador (1994). Na sua segunda edição, em 1994, foi ressaltado, no eixo específico de política agrária e saúde do trabalhador rural, o reforço à realização da reforma agrária e de ações intersetoriais visando à qualidade de vida e à proteção da saúde desses trabalhadores.

A relação da CONTAG e MST com o Ministério da Saúde no final da década de 1990 e início do ano 2000 foi marcada pela negociação de pautas de reivindicações extensas, envolvendo vários programas e áreas técnicas. As demandas eram respondidas de forma fragmentada e desintegrada, a partir da junção de informações de múltiplos setores desse órgão. Em 2003, o ministério identificou a necessidade de construção de uma política de saúde para o campo e a estruturação de um grupo para conduzir esse processo, de forma a desenvolver ação sistêmica para atender as demandas dos movimentos sociais. Essa intenção encontrou respaldo em movimentos como o MST, que já vinha levantando essas necessidades em suas pautas de luta (Andrade e Nagy, 2004). A formalização desse processo se deu por meio da Portaria nº 719, de 14 de abril de 2004, do Ministro da Saúde, que criou o Grupo da Terra (Brasil, 2004c) com a participação de várias áreas técnicas do Ministério como a Secretaria Executiva, Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Gestão Participativa; e órgãos vinculados como ANVISA, FUNASA e FIOCRUZ. Em relação à sociedade, participavam CONASS, CONASEMS e os movimentos sociais do campo: MST, CONTAG, Movimento das Mulheres Camponesas, Comissão Pastoral da Terra, com a agregação posterior dos representantes dos Quilombolas e Seringueiros por meio da Portaria nº 2460, de 12 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005).

Os maiores avanços das políticas oficiais de saúde para o campo ocorreram nos períodos históricos em que os trabalhadores rurais estavam mais organizados. Na década de 1960, o FUNRURAL; na década de 1980, o PIASS e, no ano de 2004, o

Grupo da Terra. Com a criação desse grupo, pela primeira vez, o “público alvo” da política de saúde para o campo começou a participar diretamente do processo de sua construção.

4.2 A organização da saúde nos acampamentos e assentamentos do MST

Após a ocupação, inicia-se o acampamento. Os acampados passam a se organizar em núcleos de 10 famílias, elegendo um coordenador e uma coordenadora que farão parte da direção do acampamento. Cada núcleo define uma pessoa para participar de tarefas como produção, saúde, educação, lazer, segurança. Atuando em conjunto com pessoas de outros núcleos, formam os setores responsáveis pela execução das tarefas (Fernandes, 2000). A participação nas decisões ocorre por meio das reuniões nos núcleos, reunião da coordenação e assembléia geral. “Os princípios que norteiam a organização são a democracia, a participação de todos no processo decisório, a divisão de tarefas e a direção coletiva” (Morissawa, 2001). Estas formas de organização terão continuidade na implantação do assentamento, assim como é adotada nas demais instâncias do MST.

Desde a criação do MST, são desenvolvidas ações de saúde nos acampamentos e assentamentos. O movimento possui setores organizados em todas as áreas, inclusive saúde, para enfrentar de forma organizada, os problemas que surgem ao longo dos processos de ocupação e assentamento. As atividades desses coletivos abrangem desde o acompanhamento de doentes até as preocupações com o acesso aos serviços de assistência médica, água de boa qualidade, promoção da fitoterapia entre outras. Muitos de seus integrantes atuam como agentes comunitários de saúde inseridos em programas como o PSF e, em alguns Estados, participam nas instâncias de controle social do SUS como os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (Relato -MST, 2005a).

No ano de 1998, o MST organizou o Coletivo Nacional de Saúde, por meio de uma oficina nacional, em Brasília, com a participação de representantes de 23

estados do Brasil. Nesse encontro, foram definidos os princípios a serem utilizados na luta pela saúde, relacionados à educação, à produção, lazer, moradia e também à luta pela terra, entendida também como direito para que todos tivessem condições dignas de vida e bem-estar (Oficina –MST 1998).

Uma das linhas iniciais de discussão do Coletivo considerou o direito à saúde como conquista consagrada na Constituição de 1988, mas que não estava garantida na prática para quem vive no campo. Segundo o Coletivo:

...para ter saúde é preciso que as condições de vida sejam garantidas: terra e trabalho; condições de moradia; educação de qualidade; alimentação saudável, sem venenos e conservantes; meio ambiente limpo e conservado; lazer e bem-estar, etc (Lutar por saúde - ANCA 2000).

Essas discussões envolviam os princípios constitucionais da saúde como direito de todos e dever do Estado, conceitos oriundos do movimento da moderna Reforma Sanitária Brasileira. O conceito ampliado de saúde também é resgatado e entendido que seu alcance está condicionado ao acesso à “terra, trabalho, moradia, alimentação, educação, saneamento básico, transporte, saúde pública, cultura, meios de comunicação, energia elétrica – onde haja justiça, igualdade, participação e organização” (Construindo -MST 2000, p. 12).

Um dos resultados da criação do Coletivo foi a elaboração dos princípios de saúde do MST, o que contribuiu para o processo de formação dos integrantes do setor (MST, 2000). Para o MST, a política de saúde do campo deve ser baseada no fortalecimento e consolidação do SUS e dos princípios da Reforma Sanitária.

Segundo o Movimento,

...historicamente, nunca houve uma política de atenção à saúde dos camponeses. O próprio SUS não está voltado para o campo, não existe uma

linha na Lei do SUS que mencione a atenção à população rural. Hoje já começa a haver uma discussão sobre isso, mas muito retraída. E o MST, nesses 20 anos de luta, vem levantando essa bandeira, assim como levanta a bandeira da educação do campo e outras questões que aparentemente não estão ligadas à reforma agrária. Essas questões vão surgindo a medida que a luta vai desvendando outras lutas e que não são só dos camponeses, mas do povo brasileiro. Por isso, nos colocamos no cenário da disputa política, seja no campo da saúde, da educação, da comunicação, da cultura, da agroecologia (Saúde e Reforma Agrária - MST, 2005 p 2)

Para o MST, no campo da saúde,

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

O Setor de Saúde do MST, expressão administrativa de seu Coletivo Nacional, apresenta um amplo leque de ações e parcerias, tanto no âmbito federal, quanto no estadual. Além dos projetos relacionados a DST/AIDS, existem iniciativas voltadas para a produção de fitoterápicos em vários assentamentos, que garantem a utilização desses produtos no âmbito das atividades do próprio MST.

As questões relacionadas a DST/AIDS, fitoterapia, a discussão sobre as políticas de saúde/SUS, participação social e a organização dos coletivos foram se tornando os principais temas discutidos nos encontros do setor saúde. Ao longo do processo, outros temas foram incorporados, como os relacionados à saúde ambiental, haja vista que a falta de saneamento, a contaminação por agrotóxicos e as condições de moradia são alguns dos problemas que continuam a contribuir para o perfil de morbimortalidade dessas populações (Saúde – UnB 2001; Saúde e Reforma Agrária – MST 2005). Além dos encontros periódicos dos coletivos de saúde, o MST já colocou em andamento mais de oito cursos no campo da saúde coletiva pelo Brasil, a exemplo do Curso Técnico em Saúde Comunitária realizado no Instituto de Pesquisa sobre a Reforma Agrária/Escola Josué de Castro, em Veranópolis/RS (Proposta -MST 2001). A construção e implementação desses cursos têm absorvido boa parte da agenda de trabalho do Coletivo Nacional de Saúde do MST.

Uma das marcas dos processos de formação e capacitação do MST é a utilização de princípios pedagógicos próprios. A partir de referenciais teóricos como os de Paulo Freire, é construída uma pedagogia própria dos Sem Terra, entendendo estes como uma categoria simbólica que vai além de ter ou não ter a terra (Caldart, 2000). No horizonte desse movimento, está o objetivo de construir uma nova sociedade, lutando contra o sistema capitalista e criando as bases para um modelo de reforma agrária socialista, como definiu Stédile (1994).

4.2.1 O processo saúde-doença segundo discussão em grupo com membros do Coletivo Nacional de Saúde do MST

*“Quando a gente luta por melhores condições de vida estamos construindo políticas de saúde
– o Ministério só combate a doença”*

(fala de um dos participantes do grupo de discussão)

A discussão em grupo foi realizada durante reunião do Coletivo Nacional de Saúde do MST, em Brasília, no dia 4 de dezembro de 2004 (Figura 6). A avaliação do MST em relação ao conceito de saúde, às políticas do SUS para o campo e sobre os fatores de risco de adoecimento mostra a existência de obstáculos a serem superados para que os princípios definidos na Constituição brasileira sejam de fato cumpridos.



Figura 6 - Grupo de discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST, Brasília-DF, dezembro de 2004

Para a maioria dos integrantes do Coletivo, o conceito de saúde envolve a “capacidade de reagir” frente à opressão e a tudo que fere sua autonomia como ser humano, pois a busca pela saúde está refletida no fim do latifúndio, do capitalismo, da violência, de forma a se libertar do sistema atual. Consideram que a maneira de reagir é determinada pelo meio em que vivem. Avaliam, portanto, que não basta ter a terra, mas deve ser forjado novo jeito de viver, com agricultura que não utilize venenos para produzir alimentos, visando uma produção saudável. A questão da desigualdade e a relação com a doença é fundamental, pois como uma família com fome pode ter saúde? Pensar a saúde a partir da qualidade de vida, da necessidade de um ambiente e uma alimentação saudável, higiene e melhores relações entre as pessoas, ainda é um enfoque não praticado de forma geral. Consideram esta abordagem um tabu na sociedade, difícil de trabalhar inclusive com os dirigentes do MST.

Ainda é muito presente a idéia de que o trabalho do setor saúde no movimento é cuidar dos doentes nas áreas ou nas mobilizações. Para o Coletivo, a visão assistencialista é dominante na base do movimento.

A noção de saúde apresentada pelos dirigentes do Coletivo expressa um conceito ampliado, já destacado no movimento político da Reforma Sanitária Brasileira, ou mesmo por autores como Breilh (2006) - representante do pensamento da epidemiologia social latinoamericana. Entretanto, é na vivência da doença que a face dura das dificuldades de acesso aos serviços de saúde foi explicitada pelo grupo, em depoimentos carregados de emoção.

As experiências relatadas são relacionadas a momentos de humilhação, horas de fila, discriminação, que fazem baixar a auto-estima das pessoas na busca de um atendimento pelo serviço público de saúde. As dificuldades de acesso as fazem buscar métodos alternativos de cura na fitoterapia, no controle do estresse e outras soluções. Muitos preferem ser tratados no acampamento, contando com o carinho e a solidariedade das pessoas, fato não encontrado no atendimento na cidade. A experiência da doença pode ser considerada como algo difícil, ruim, sensação de estar imprestável, cansado, depressivo. A pessoa fica sem força para trabalhar, lutar. É como ser levado “para um buraco escuro”, segundo um depoimento. Com o acesso à informação e à formação realizadas pelo MST, várias pessoas saíram de situações de abandono e isolamento. Passaram a ser conscientizadas de que a saúde é um direito e a luta por atendimento adequado, questão de resgate da dignidade humana. Levanta-se a auto-estima das pessoas por meio da reflexão, análises e conversas.

No acampamento, existe maior vulnerabilidade em razão da falta de saneamento, barracos próximos, fumaça e carência de alimentos, propiciando o surgimento de doenças. Há também a tensão e o cansaço mental devido à ameaça de despejo. Mas, ao mesmo tempo,

há maior noção de coletivo e solidariedade. A organização do acampamento ajuda no enfrentamento dos problemas.

No assentamento, o saneamento pode ser melhor que no acampamento, auxiliado pelo espaço entre as moradias e o crédito habitação, assim como a produção de alimentos com os créditos para produção. Entretanto, mudam-se as relações interpessoais, consideram que no acampamento a vida é mais solidária. Avaliam que “quem pega o crédito fica doente com as dívidas” e as preocupações com o lote. No assentamento, a problemática dos agrotóxicos cresce de tamanho para o grupo.

O Coletivo avaliou que o SUS tem se desenvolvido pouco no campo. Os relatos apontam para um uso partidário do sistema, por meio do controle sobre os conselhos de saúde, apadrinhamentos políticos e de outras situações relacionadas a má gestão dos recursos públicos. “O SUS está bonito somente no papel” Afirmam que os assentamentos ficam isolados em termos de políticas públicas, as “pessoas têm que ir à cidade para ter acesso às políticas”. Avaliam que o governo não tem um programa específico para o campo, continuando com a política assistencialista. As pessoas do coletivo colocaram que “se o princípio da equidade fosse praticado boa parte desses problemas estariam resolvidos”. Constatam também que falta mais participação social e humanização no atendimento do SUS.

O grupo considerou que a política de reforma agrária não está acontecendo de forma efetiva. Ela deveria estar gerando qualidade de vida no campo. O crédito não está acessível, a política agrícola privilegia a agricultura para a exportação, não havendo incentivos para as pequenas agroindústrias.

4.3 Análise das políticas oficiais de saúde para as populações do campo – FUNRURAL, PIASS, SUS e a experiência do MST

De modo a aprofundarmos a caracterização das políticas, foram analisados seus conteúdos (Viana, 1997) por meio da

seleção de programas como o FUNRURAL, PIASS e SUS. Os resultados da experiência do MST na saúde também foram discutidos de forma a dialogarem com essas políticas.

O FUNRURAL possuía como princípios básicos o modelo curativo com enfoque urbano e responsabilidade privada pela execução do serviço. A partir de uma coordenação centralizada, eram organizadas suas diretrizes, tendo um caráter não-universal, sendo necessário estar sindicalizado. O programa era voltado para o trabalhador rural e seus dependentes, estando entre seus objetivos o de garantir a assistência médica, ambulatorial e hospitalar para os trabalhadores rurais. Entre suas principais estratégias de implantação estavam os convênios com sindicatos rurais de empregadores, trabalhadores e governos (federal e estaduais). Suas prioridades foram a cessão de equipamentos, a construção de unidades hospitalares de pequeno porte, a recuperação de hospitais, e a distribuição de unidades móveis de assistência. O FUNRURAL teve o mérito de implantar uma estrutura mínima de saúde para o campo alcançando a interiorização de mão-de-obra, mas construiu um sistema desintegrado, urbano, curativo, com diminuição progressiva dos recursos, com escassez de medicamentos e de exames complementares, apresentando distorções na assistência odontológica e restrições ao acesso à hospitalização (Pinto, 1984).

Já o PIASS partia de uma ampla utilização de pessoal do nível auxiliar, com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, buscando o desenvolvimento de ações de baixo custo e alta eficácia, com a preconização da participação comunitária (Pinto, 1984). Com foco nas comunidades de até 20 mil habitantes das regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste do País, estados do Espírito Santo e Minas Gerais. O programa visava implantar uma estrutura básica para a melhoria do nível de saúde da população e proporcionar novos empregos em regiões de grande carência social. Como estratégia, buscou a criação de uma rede integrada de unidades primárias de saúde a cargo de pessoal auxiliar nas menores

localidades (até 2000 habitantes) ligadas a unidades de apoio, com articulação com as secretarias estaduais de saúde e subsídio parcial do INAMPS (Programa -PIASS 1981). O PIASS possuía como escopo de atuação a construção e reformas de unidades de saúde, laboratórios, consultórios odontológicos e sistemas de abastecimento de água e soluções individuais para destino de dejetos além da capacitação de pessoal. Entre os anos de 1976 e 1981, conseguiu a implantação e o funcionamento (envolvendo incorporação) de 2179 centros de saúde e 4364 postos de saúde com potencial de cobertura de 25 milhões de pessoas e treinamento de 11.508 profissionais de saúde; 552 sistemas de abastecimento de água e 67.579 fossas (Programa -PIASS 1981). Entretanto, apresentou como um de seus principais problemas a priorização dos serviços de saúde em detrimento aos de saneamento, uma participação restrita da previdência, uma baixa cobertura dos postos de saúde, com retração estadual do custeio e da manutenção e operação da rede de unidades, com limitação de recursos humanos, supervisão das unidades de saúde, e dificuldade de atendimentos de maior complexidade (Pinto, 1984).

O advento do SUS resultou em um avanço desta última abordagem ao incluir entre seus princípios e diretrizes a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e o controle social. Essa foi a mais ampla das políticas avaliadas em função de seu caráter universal. Dados de 2003 indicavam que 90% da população brasileira era usuária e dessas 28,6% eram exclusivas do SUS (SUS -MS 2003). O objetivo do sistema de saúde foi ampliado quando a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Foi priorizada a execução das ações por parte do nível municipal, com a formação de comissões intergestoras de pactuação (para as 3 esferas); criação de fundos de saúde com repasse fundo a fundo e de conselhos de saúde para propiciar a participação social. O SUS, em termos da saúde para o campo, apresentou como principal estratégia o Programa Saúde da Família, que atua no contexto da Atenção Básica de Saúde

visando ser a porta de entrada do atendimento a essas populações. Com o estímulo do Grupo da Terra (Brasil 2004c e 2005) e pela pressão de movimentos como o MST, foi incluída na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica (PAB-fixo) e do Piso de Atenção Básica Ampliado (PABA) a população assentada entre os anos 2000 e 2003. Somado a isso, foram publicadas portarias que definiram mudanças no financiamento e criaram o incentivo à equidade, para estimular a criação de equipes do PSF em municípios pequenos com expressiva população rural (Brasil, 2004d e b). Outras políticas afins a essas populações como a de plantas medicinais e fitoterapia foram construídas também com o estímulo do Grupo da Terra e a pressão dos movimentos do campo (Brasil, 2006). Em relação ao saneamento, foi publicada uma Portaria da FUNASA (Brasil, 2004e) definindo critérios de elegibilidade para obras em áreas de assentamento, mas a amplitude de suas ações ficaram muito limitadas, esbarrando nos problemas de operacionalização. Apesar do avanço de sua concepção, o SUS ainda apresenta iniquidade, recursos financeiros insuficientes e gastos irracionais, deficiência quali-quantitativa de recursos humanos, baixa resolutividade e limitações no acesso aos serviços.

Os objetivos do SUS vão ao encontro das aspirações do MST, à medida que a conquista de uma vida saudável associa-se a realização de uma reforma agrária em que estivessem garantidos os direitos fundamentais da pessoa humana. Os princípios da atuação do MST na saúde resultaram da valorização de alguns princípios do SUS, mas reforçaram a dimensão política da saúde, pois priorizaram: a luta pela valorização da vida, o acesso ao conhecimento e à informação, a saúde como dever do Estado, a atenção integral, a prioridade à promoção e à prevenção, o respeito às diferenças culturais, e o fortalecimento das práticas não-convencionais e, finalmente, a saúde como conquista de luta popular (Oficina - MST, 1998; Reunião -MST 2000a; Construindo -ANCA 2000; Saúde e reforma agrária -MST, 2005b). As

estratégias do MST para fazer que as políticas públicas fossem implantadas em suas áreas envolvem a realização de marchas, encontros, mobilizações, cursos e negociações de pautas de luta com os órgãos da saúde e outros afins (MST, 2004). Isto se dá, tanto no âmbito municipal, quanto no federal. A experiência de atuação do MST no campo da saúde tem se pautado pela organização da comunidade e a mobilização política na luta por melhores condições de vida. Nesse contexto, inserem-se também demandas específicas para responder às necessidades por atendimento à saúde, problemas como a desnutrição, dependência química e cuidados com o meio ambiente entre outras ações específicas de acordo com a realidade local. A realização de cursos de formação para atuação dos coletivos de saúde, as orientações para práticas como fitoterapia e as atividades educativas voltadas para as DST/AIDS são algumas das ações promovidas cotidianamente pelos coletivos de saúde no âmbito dos acampamentos, assentamentos, encontros e mobilizações do MST (Relato -MST 2005a; Saúde e Reforma Agrária -MST, 2005b). O MST na sua relação com o SUS também conseguiu apoio para a formação de militantes (Proposta -MST 2001) e pautas com os governos parcialmente atendidas. A experiência de atuação na saúde pode ser considerada ainda embrionária se comparada a ações de outros setores do movimento como os de produção e educação. Falta infra-estrutura e apoio econômico para a realização dos trabalhos. Há pouca sistematização das experiências e baixo reconhecimento da importância do setor saúde nas instâncias decisórias do MST, com a necessidade de ampliação da formação de militantes da saúde (Saúde e Reforma Agrária -MST, 2005b).

4.3.1 Comparando as políticas e a experiência do MST

O FUNRURAL criou nova rede de atendimento, que apesar de ter tido o mérito de se constituir como uma estrutura mínima de saúde para o campo, ao abrir várias portas de entrada ao sistema, implantou um

modelo tipicamente urbano e curativo (QUADRO 3). Em 1980, o antigo INAMPS havia gasto mais de 13 vezes o valor *per capita* com o morador urbano comparado ao rural (Pinto, 1984).

Ao contrário do FUNRURAL, o PIASS propôs a criação de uma rede integrada de unidades de saúde, com ampla utilização de pessoal de nível auxiliar e articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto, a prioridade aos serviços de saúde em detrimento às ações de saneamento, somadas às dificuldades de manutenção e operação da rede de unidades, limitou o impacto do programa para a saúde da população brasileira (QUADRO 3). O PIASS, apesar do avanço de sua arquitetura em relação ao FUNRURAL tropeçou nos problemas de operacionalização (Pinto, 1984).

Com a criação do SUS, foram definidas as bases para a implantação de um sistema público de saúde de caráter universal,

eqüitativo e integral, requisitos fundamentais para a saúde no campo. Em função da própria dinâmica da descentralização, as políticas de saúde para o campo ficaram a cargo dos municípios que em um curto espaço de tempo assumiram a gestão do sistema de saúde local (Lima *et al*, 2005). A implantação de ações de saúde no campo acabou por depender do enfoque dado a programas de atenção básica ou de saúde da família municipais. Na esfera federal, somente no ano de 2004, com a criação do Grupo da Terra, iniciou-se processo de construção de uma política de saúde para a população do campo. O governo passou a se articular de forma mais integrada e começou a criar mecanismos para estímulo de novas ações nesse âmbito. Entretanto, essas iniciativas ainda são de caráter embrionário, com a maioria dos municípios brasileiros desinformados sobre os incentivos financeiros, a exemplo do Piso de Atenção Básica diferenciado e do aumento de repasse de recursos do PSF para atuarem junto à população do campo (QUADRO 3).

QUADRO 3 – Comparação entre a atuação do FUNRURAL, PIASS e SUS junto à população do campo, Brasil (1967 a 2004)

Políticas	Avanços	Problemas
FUNRURAL	Implantou uma estrutura mínima de saúde para o campo e interiorizou a mão-de-obra	Sistema desintegrado, urbano, curativo, centralizado, de responsabilidade privada, não universal, convênios com sindicatos, diminuição progressiva dos recursos, escassez de medicamentos e de exames complementares, apresentando distorções na assistência odontológica e restrições do acesso a hospitalização
PIASS	Ampla utilização de pessoal do nível auxiliar, ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, desenvolvimento de ações de baixo custo e alta eficácia e preconização da participação comunitária	Priorização dos serviços de saúde em detrimento aos de saneamento; participação restrita da previdência; baixa cobertura dos postos de saúde, com retração estadual do custeio e da manutenção e operação da rede de unidades; limitação de recursos humanos, supervisão, e dificuldade de atendimentos de maior complexidade
SUS	Universalidade, integralidade, equidade, descentralização e o controle social Saúde como direito de todos e dever do Estado Priorizada a execução das ações por parte do nível municipal Criação do Grupo da Terra e início da construção de uma política de saúde para o campo	Iniquidade; recursos financeiros insuficientes e gastos irracionalmente; deficiência quali-quantitativa de recursos humanos, baixa resolutividade e limitações no acesso aos serviços.

Fonte: Programa -PIASS (1981); Pinto (1984); Brasil (2004c e 2005); Lima *et al* (2005).

Apesar dos avanços, para movimentos sociais como o MST, as iniciativas foram tímidas, existindo distanciamento entre o preconizado pelo Ministério e a realidade na base do sistema de saúde. A experiência do MST coloca a saúde como objeto de luta pela valorização da vida. A saúde passa a significar uma conquista da luta popular, exigindo do MST a formação de militantes da saúde e a delegação de responsabilidade para todos os níveis da organização. Esse talvez seja o grande diferencial da ação do MST sobre a saúde: *seu processo organizativo*. O resgate da politização da saúde, no sentido de valorizar os princípios originais do SUS, baseados na promoção da saúde e na participação popular é outra prioridade importante. Esse olhar é estratégico, pois o SUS focou sua resposta na grande demanda por assistência médica, responsável pelo consumo de mais de 80% de seus recursos,

ficando seu núcleo medicalizado (Arouca, 2002). Segundo o próprio Conselho Nacional de Saúde:

Os princípios e diretrizes do SUS e sua tentativa de concretização encontram-se inequivocadamente dificultados pela política econômica vigente nestes últimos anos, que privilegia o sistema financeiro, o mercado e um paradigma de Estado de baixíssimo compromisso com políticas públicas redistributivistas, desenvolvimentistas, de pleno emprego e de ações intersetoriais, visando a qualidade de vida e aos direitos de cidadania, no que tange à alimentação e segurança alimentar, saneamento, meio ambiente, educação, trabalho (urbano e rural), emprego, renda, habitação, segurança pública, cultura, lazer e, também, a saúde” (O desenvolvimento - MS, 2002, p 22).

Ao analisar a pauta de reivindicações do MST com o Ministério da Saúde, Andrade e Nagy (2004) afirmam que as demandas relacionadas à temática da intersectorialidade e da equidade são as que mais se destacam. Essa agenda é fortemente reivindicada pelo MST, principalmente para atender às demandas por saneamento rural, moradia, água potável e produção de fitoterápicos. Tratam-se de lutas por melhores condições de vida daqueles que vivem nos assentamentos e acampamentos, bem como para a preservação ambiental e a geração de renda. A própria criação do Grupo da Terra e de um PAB fixo para o campo estavam entre as pautas do movimento com o Ministério da Saúde (Andrade e Nagy, 2004), o que pode indicar claramente um bom resultado das pressões feitas sobre o governo.

Albuquerque *et al* (2000), ao avaliarem as condições de saúde nas áreas de reforma agrária, concluíram pela necessidade de criação de um novo modelo de promoção e assistência à saúde para as famílias assentadas. Sugerem que

...é preciso incluir no modelo atual, tipicamente urbano, uma política global de saúde dirigida à população rural, reforçando que não deve haver uma proposta de saúde exclusiva para assentados, mas sim, para o ambiente/área rural e para as famílias que lá vivem, estudam e trabalham (sn).

O contexto de construção da política de saúde para o campo também passa pela discussão sobre o desenvolvimento do País e pelo debate de alternativas rumo a um projeto popular para o Brasil, como explica Stédile (1994). A adoção do modelo político neoliberal, no início da década de 1990, ainda tem limitado a capacidade de ação financeira do Estado brasileiro, que vem priorizando a elevação dos superávits primários necessários ao pagamento da dívida interna (O desenvolvimento -MS, 2002; Miranda *et al*, 2007). A implantação dessa política implicará investimentos e custos que irão criar uma demanda contra-hegemônica frente ao ideário do “Estado

mínimo” (Marshall, 1967; Vianna 1998; Cohn, 2005).

Ademais, uma das expressões desse modelo está na grande mudança ocorrida na agricultura brasileira e mundial, ditada pela acumulação transnacional em grande escala. Autores como Breilh (2004, p.15) alertam que “o espaço privilegiado onde adquiria maior densidade a acumulação de capital eram as cidades, com todo o excesso de problemas ecológicos que isto acarretou para os espaços urbanos, mas agora a essa problemática se soma o rápido avanço da transnacionalização rural e novas seqüelas para os ecossistemas rurais”. Tal enfoque vai de encontro ao papel do urbano em relação ao rural colocado por outros autores na década de 1980 (A política-FEE 1983). Esse novo padrão envolve a expansão dos latifúndios agroindustriais de alta complexidade tecnológica e com um alto grau de externalidades negativas, como também afirmam Soares e Porto (2007) em referência ao uso de agrotóxicos no cerrado brasileiro. Tais externalidades estão relacionadas aos danos ambientais e à saúde humana cujos custos acabam sendo socializados.

Finalmente, para o sistema mudar o seu enfoque, é necessária a proposição de “um novo ciclo para o SUS” como defendem alguns autores (Netto, *et al* 2004). Esse novo ciclo exigiria que as ações de saúde fossem realizadas fundamentalmente, embora não exclusivamente, fora da prática das unidades de saúde. Ocorrendo nos espaços do cotidiano da vida humana, nos ambientes dos processos produtivos e na dinâmica da vida das cidades e do campo, buscando compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana.

A evolução histórica das políticas de saúde para as populações do campo no Brasil estiveram estreitamente associadas aos momentos de mobilizações dos trabalhadores rurais, quando se constituíram em grupos de pressão com capacidade de articulação política frente ao Estado. Nesse

processo foram vencidas importantes barreiras associadas a interesses privados e corporativos. Mesmo assim, o Estado usou essas políticas como forma de cooptação dos movimentos ao mesmo tempo em que buscava uma maior legitimidade junto à sociedade. Essas populações sempre enfrentaram a descontinuidade das ações, modelos que não se consolidaram, e uma fragmentação de iniciativas que ainda contribuem para seus altos níveis de exclusão e discriminação pelos serviços de saúde.

4.4 Estudo comparativo sobre as condições de saúde de famílias do MST e de bóias-frias

No Assentamento Menino Jesus, foram aplicados questionários em 26 residências,

o que correspondeu à totalidade das famílias.

No Acampamento Índio Galdino, foram entrevistadas 95 famílias. No entanto, 50 famílias ali residentes encontravam-se ausentes no período da pesquisa. As famílias de 10 posseiros não foram incluídas na pesquisa por não viverem no acampamento.

O processo de seleção das famílias de trabalhadores rurais partiu do cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica da cidade de Unaí que identificou no Bairro Mamoeiro a maior concentração da população de trabalhadores bóias-frias. De um total de 98 famílias cadastradas pelo PSF local foram aplicados questionários para 81. Ocorreram três recusas e 14 famílias não estavam em casa.

Tabela 1 - Universo do estudo segundo comunidade de residência, número de famílias entrevistadas e pessoas, Unaí-MG, abril de 2005

Comunidade	Número de famílias entrevistadas		Número de pessoas	
	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	26	12,87	115	14,43
Acampamento Índio Galdino	95	47,03	328	41,15
Bairro Mamoeiro	81	40,10	354	44,42
Total	202	100	797	100

Os resultados da aplicação dos questionários nas três comunidades foram agrupados como informações relacionadas a: caracterização sócio-demográfica e familiar, condições de vida, condições de produção e trabalho, presença de animais de produção, domésticos e sinantrópicos, condições de saúde e relação com serviços de saúde. A análise dessa informação será complementada pelos relatos dos grupos de discussão organizados, dados da observação estruturada, bem como com a bibliografia científica pertinente. Ao final será realizada uma análise fatorial discriminante com o objetivo de verificar se

as três comunidades estudadas eram realmente distintas entre si.

4.4.1 Características sócio-demográficas e familiares das comunidades estudadas

A comparação entre as três comunidades por meio das variáveis sexo e idade apontaram que não havia diferenças do ponto de vista estatístico ($p = 0,41$ – Tabela 2). Entretanto, a variável sexo quando associada a escolaridade apresentou diferenças entre os grupos ($p=0,0008$ – Tabela 3). Isso pôde ser explicado pela maior escolaridade das mulheres do assentamento que apresentaram médias de

quase cinco anos de estudo, enquanto os homens das três comunidades possuíam suas médias abaixo de 4 anos. Nas três

comunidades, o sexo feminino apresentou maior escolaridade se comparado ao masculino (Tabela 4).

Tabela 2 - Distribuição de pessoas de acordo com o sexo e a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Sexo				Total
	Feminino		Masculino		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	56	48,7	59	51,3	115
Acampamento Índio Galdino	139	42,4	189	57,6	328
Bairro Mamoeiro	170	48	184	52	354
Total	365	45,80	432	54,20	797

*Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado.

Tabela 3 - Distribuição de pessoas de acordo com a média da idade e a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Idade				Total
	Media	D. E	Min	Max	
Assentamento Menino Jesus	25,32	17,42	1	68	114
Acampamento Índio Galdino	25,48	19,21	0	81	328
Bairro Mamoeiro	23,65	17,01	0	72	354
Total					796

* Uma família assentada não respondeu.

Tabela 4 - Média de anos de estudo segundo o sexo e a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Média de anos de estudo*		Total
	Feminino	Masculino	
Assentamento Menino Jesus	4,84 ^a	3,93 ^a	115
Acampamento Índio Galdino	4,14 ^{ab}	3,35 ^{ab}	328
Bairro Mamoeiro	3,81 ^b	3,01 ^b	354
Total	4,26	3,43	797

* Letras iguais numa mesma coluna indicam valores semelhantes entre as comunidades para $p < 0,05$ (ANOVA)

As características sócio-demográficas e familiares das comunidades eram semelhantes se levamos em conta a idade, o sexo, a escolaridade bem como a conformação das famílias (maioria nuclear – chefe, cônjuge e os filhos). Essas características comuns contribuem para uma melhor comparação entre os grupos.

Nas três comunidades, em torno de um terço das famílias possuíam membros freqüentando a escola (Tabela 5). Cabe destacar que a mesma escola servia ao

assentamento e ao acampamento. Anteriormente, em condições precárias, atendia apenas ao vilarejo mais próximo, denominado Chapadinha. Com a implantação do assentamento e do acampamento foram realizadas pressões por parte dessas comunidades sobre os administradores municipais no intuito de garantir melhores condições de estudo para as crianças. Foi construída uma nova escola, com um maior número de salas, amplas e arejadas, modelo para a região (Figura 7).

Tabela 5 - Número de pessoas que freqüentam a escola segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Freqüenta a escola				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	42	36,5	73	63,5	115
Acampamento Índio Galdino	109	33,2	219	66,8	328
Bairro Mamoeiro	113	31,9	241	68,1	354
Total	264	33,12	533	66,88	797

*Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado.



Figura 7 – Nova escola de Chapadinha, Unaí-MG.

Entretanto, o transporte escolar foi qualificado pelos jovens do acampamento e do assentamento como precário (Figura 8). Percursos de longo tempo de duração, má qualidade das vias, exposição à poeira ou mesmo à chuva no interior do veículo estiveram entre os problemas relatados na forma de um teatro, no dia do encerramento das atividades e divulgação dos resultados preliminares da pesquisa pela equipe de campo. A utilização do teatro foi uma estratégia didática desenvolvida pelo grupo de jovens do assentamento para a exposição dos problemas vivenciados pela comunidade.

O assentamento possuía 22,6% dos integrantes da família morando fora do local, contra 16,8% do acampamento e 7,1% do Bairro Mamoeiro. O Bairro Mamoeiro

contava com a população mais fixa (Tabela 6).



Fonte: Bertolini, 2005

Figura 8 – Transporte escolar para a escola de Chapadinha que serve ao assentamento e acampamento, Unai, 2004

Tabela 6 - Local de moradia segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Mora no local				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	89	77,4	26	22,6	115
Acampamento Índio Galdino	273	83,2	55	16,8	328
Bairro Mamoeiro	328*	92,9	25*	7,1	353
Total	690	86,68	106	13,32	796

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação; faltou uma resposta para o Bairro Mamoeiro

A origem das famílias do assentamento Menino Jesus era predominantemente rural se comparada com as famílias do acampamento Índio Galdino, que exibiam um perfil predominantemente urbano ($p < 0,05$). Essas famílias acampadas vieram

de uma das áreas mais pobres e degradadas da periferia do Distrito Federal, denominada Vila Estrutural. Essa cidade cresceu junto ao lixão de Brasília, possuindo altos índices de pobreza, violência e falta de infra-estrutura básica (Figura 9 e 10).



Figura 9 e 10 - Vila estrutural, Brasília-DF Fonte: Cabral (2002); Dugger (2004)

Os dados do assentamento (Tabela 7) apresentaram correspondência com outros de âmbito nacional (Saúde nos assentamentos -UnB 2001; Schmidt *et al*, 1998). Já o acampamento exibiu algumas características não muito comuns às demais áreas do MST se compararmos com os dados da pesquisa da UnB (Saúde nos

Assentamentos – UnB 2001). A maioria das famílias (82,4%) morou anteriormente nas cidades, o que pode sinalizar para um outro perfil de beneficiário da reforma agrária. Por outro lado, as famílias do Bairro Mamoeiro estavam em uma situação intermediária (42,3%), pois uma parcela possuía origem rural, e outra, urbana.

Tabela 7 - Local de moradia antes de acampar ou trabalhar como bóia fria segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Local de moradia				Total
	Zona rural		Zona urbana		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	20	76,9	6	23,1	26
Acampamento Índio Galdino	16*	17,6	75*	82,4	91
Bairro Mamoeiro	46	56,8	35	43,2	81
Total	82	41,41	116	58,59	198

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. Faltaram 4 respostas no acampamento.

Silva (1999), ao estudar a migração de trabalhadores bóias-frias no interior de São Paulo identificou a migração interestadual proveniente de áreas rurais e a migração interna proveniente de áreas urbanas. Essa autora considera que o processo de modernização da agricultura em algumas regiões como o norte de Minas Gerais eliminou a possibilidade de sobrevivência de muitas famílias camponesas, com a tomada das chapadas e até mesmo de regiões de grotas pelas grandes fazendas mecanizadas. No final de 1960, a intensificação do processo de modernização da agricultura e a oferta de recursos (financeiros, tecnológicos e jurídicos) para a adaptação do cerrado às exigências de uma agricultura capitalista também trouxeram mudanças com a expropriação de pequenos proprietários e posseiros, intensificando a concentração fundiária (Leite *et al*, 2004; Miranda *et al*, 2007; Soares e Porto, 2007). No caso das comunidades analisadas em Unai, já estamos lidando com a geração dos “filhos dos expropriados”. Muitos que haviam trabalhado nas fazendas ou partiram

para a periferia de Unai, atuando como bóia-fria ou para Brasília, como assalariados urbanos, segundo os relatos durante a aplicação dos questionários.

A ocupação anterior mais citada para os chefes de família foi a de empregado de fazenda, com exceção do acampamento Índio Galdino, onde prevaleceu o trabalho como assalariado urbano (37%). A alta frequência do item “outros” está associada à diversidade de serviços temporários urbanos ou em fazendas, denominados “bicos” pelas pessoas. Várias famílias do Bairro Mamoeiro não responderam essa questão por sempre terem atuado como bóias-frias (Tabela 8).

Assim como no caso dos homens, 28,2% das mulheres do acampamento trabalhavam como assalariadas urbanas, exibindo também uma grande diversidade em outras ocupações temporárias urbanas (33,8%). Entretanto, de modo geral a função de dona de casa é ainda a mais importante nos três grupos (50%) (Tabela 9).

Tabela 8 - Ocupação anterior do homem segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Ocupação anterior do homem												Total
	Empregado de fazenda		Bóia Fria		Meeiro		Assalariado urbano		Pequeno proprietário		Outros		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	9	34,6	6	23,1	2	7,7	2	7,7	1	3,8	6	23,1	26
Acampamento Índio Galdino	12*	14,8	4*	4,9	3	3,7	30*	37	1	1,2	31	38,3	81
Bairro Mamoeiro	28	39,4	-	-	9	12,7	5	7	-	-	29	40,8	71
Total	49	27,5	10	5,6	14	8,0	37	20,8	2	1,1	66	37,0	178

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. Vinte e quatro famílias do Bairro Mamoeiro não responderam a pergunta.

Tabela 9 - Ocupação anterior da mulher segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Ocupação anterior da mulher												Total
	Dona de casa		Bóia Fria		Empregada de fazenda		Assalariada urbana		Pequena proprietária		Outras		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	13	54,2	4	16,7	3	12,5	2	8,3	-	-	2	8,3	24
Acampamento Índio Galdino	23	32,4	3*	4,2	1*	1,4	20*	28,2	-	-	24*	33,8	71
Bairro Mamoeiro	42	63,6	9	13,6	2	3	5	7,6	2	3	6	9,1	66
Total	78	48,4	16	10,0	6	3,7	27	16,8	2	1,2	32	19,9	161

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. 41 famílias não responderam a pergunta.

O fato do assalariamento urbano ser a ocupação principal anterior do acampado também reforça a hipótese da importância da atração de fluxos migratórios para a região do entorno de Brasília. Já a ocupação anterior do empregado de fazenda para os assentados e bóias frias do Bairro Mamoeiro pode estar associada à concentração fundiária previamente existente e ao processo de modernização conservadora da agricultura, responsáveis por inviabilizar a permanência dessas famílias no campo, como observado também por Leite *et al* (2004) e Bertolini (2005).

4.4.2 Condições de vida

Em relação à segurança alimentar, os bóias-frias do Bairro Mamoeiro apresentaram a situação mais crítica. Ocorreu falta de comida nos últimos três meses em 39,5% das famílias, quase o dobro da proporção entre as famílias acampadas (22,1%) e quatro vezes mais que as assentadas (11,5%). O Assentamento Menino Jesus e o Acampamento Índio Galdino apresentaram melhores indicadores de segurança alimentar que as famílias do Bairro Mamoeiro (Tabelas 10, 11 e 12).

Tabela 10 - Disponibilidade de alimento nos últimos três meses entre as famílias, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Falta de comida nos últimos três meses						Total
	Sim		Não		Não sabe		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	3	11,5	23	88,5	-	-	26
Acampamento Índio Galdino	21	22,1	73	76,81	1	1,1	95
Bairro Mamoeiro	32*	39,5	49*	60,5	-	-	81
Total	56	27,72	145	71,78	1	0,5	202

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação

Apesar de não haver diferenças significativas entre os grupos, a frequência de falta de comida é expressiva (56,3%) para a opção “em alguns dias”, indicando a magnitude do problema da insegurança alimentar para as comunidades (Tabela 11).

O número de refeições diárias reforçou a tendência de uma maior segurança alimentar no assentamento, onde 46,2 % das famílias consumiam até quatro refeições diárias contra 22,5% das famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro. No acampamento, 51,6% das famílias contavam pelo menos com três refeições diárias (Tabela 12).

Tabela 11 - Distribuição da frequência de falta de comida entre as famílias nos últimos três meses, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Frequência de falta de comida nos últimos três meses						Total
	Em quase todos os dias		Em alguns dias		Em apenas 1 ou 2 dias		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	-	-	2	66,7	1	33,3	3
Acampamento Índio Galdino	3	14,3	13	61,9	5	23,8	21
Bairro Mamoeiro	6	19,4	16	51,6	9	29	31
Total	9	16,4	31	56,3	15	27,3	55

*Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado. Faltou uma resposta relativa à frequência.

Tabela 12 - Distribuição das famílias de acordo com o número de refeições diárias, segundo comunidade de residência, Unai MG, abril de 2005.

Comunidade	Número de refeições diárias										Total
	Uma		Duas		Três		Quatro		Cinco		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	-	-	6	23,1	8	30,8	12	46,2	-	-	26
Acampamento Índio Galdino	3	3,2	24	25,8	48*	51,6	15*	16,1	3	3,2	93
Bairro Mamoeiro	3	3,8	31	38,8	28	35	18*	22,5	-	-	80
Total	6	3,0	61	30,7	84	42,2	45	22,6	3	1,5	199

$p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. Três famílias não responderam.

Os achados do estudo comparativo relativos à maior insegurança alimentar entre os bóias-frias se comparados aos assentados também estão relacionados aos resultados mencionados por diversos autores (Victoria 1983 e 1986; Lira *et al* 1985; Romani e Amigo, 1986; Yusuf *et al*, 1993; Ferreira *et al*, 1997; Brentlinger *et al*, 1999; Veiga e Burlandy, 2001; Castro, 2004). Esses estudos apontaram que a propriedade dos meios de produção, no caso entendida como a posse da terra, está associada a um melhor estado nutricional das crianças. Leite *et al* (2004) e Guedes (2006) também observaram que o acesso à terra e à possibilidade de plantio para o consumo parece levar a uma melhoria nas condições de alimentação das pessoas que antes viviam de trabalho temporário ou de outras formas de trabalho instáveis. A análise da geração de renda levando em conta a renda de autoconsumo e a monetária mostrou que mesmo com valores limitados as famílias garantiram a segurança alimentar. Além desse fator, Leite *et al* (2004) encontraram uma média geral de 90% de melhora nas condições de vida das famílias após serem assentadas nas principais “manchas” de assentamentos do País.

Os dados encontrados relativos à insegurança alimentar entre bóias-frias do Bairro Mamoeiro foram também observados por Silva (1999) no interior de São Paulo além de Moreira e Watanabe (2006) na Zona Canavieira da Paraíba, que, ao estudarem o quadro alimentar semanal de famílias bóias-frias, notaram um padrão alimentar precário em proteínas, concentrando-se o maior consumo em cereais e derivados. Boa parte dessas famílias utilizavam mais de 50% do salário familiar com a alimentação (Silva, 1999). Apesar de Fleuret e Fleuret (1980) realizarem ponderações sobre as dificuldades de se controlar as variáveis que possuem papel relevante na questão, Josué de Castro, no seu livro clássico – Geografia da Fome (Castro, 2003), já buscava a explicação principal da fome no Brasil não nas condições naturais, mas nos sistemas econômicos e sociais, nos quais o uso

monopolista da terra era, e ainda é, uma de suas expressões mais significativas.

A Tabela 13 mostra que 76% das famílias das três comunidades não receberam apoio governamental, seja na forma de bolsas, seja outro benefício. Somente 20,1% dos acampados receberam a cesta básica, sendo a bolsa escola o auxílio mais presente no assentamento (14,8%), enquanto a bolsa família foi mais recebida no Bairro Mamoeiro (4,8%). Segundo informações da área social da Prefeitura Municipal de Unai, os baixos índices de cobertura dessa bolsa para as famílias bóias-frias estão associados ao Índice de Desenvolvimento Humano municipal, que é maior que outras regiões como o Vale do Jequitinhonha, fazendo com que o repasse do governo federal priorize essas áreas. Outro aspecto, é que o fato de muitos bóias-frias estarem com a carteira assinada os retiram da população beneficiária, mas quando estão desempregados ao entrar na “fila” para receber o benefício vão para o final. Ou seja, recebem o benefício de forma inconstante. O baixo recebimento de cestas básicas no acampamento está relacionado à sua inconstância, apesar dos acampados considerarem que possuem acesso a essa política por meio da ação do INCRA (Tabela 14).

O Bairro Mamoeiro apresentou melhor acesso ao transporte coletivo (100%), aos serviços de saúde (98,8%), ao saneamento (53,8%), à educação (97,5%), e à telefonia (31,3%) (Tabela 14). O fato de estar inserido na área urbana facilitou a utilização desses serviços. Ao contrário, o assentamento e o acampamento tiveram uso muito limitado dos serviços de saúde (7,7% e 5,3% respectivamente). Isso está associado às distâncias para as áreas urbanas, pois estão a mais de 80 Km da sede do município. A energia havia sido recentemente instalada no assentamento o que o colocou nos mesmos níveis do Bairro Mamoeiro. As políticas públicas mais acessíveis aos assentados foram a energia (92,3%), educação (76,9%), crédito (73,1%) e habitação (65,4%). O saneamento, a

telefonia e o transporte coletivo chegaram a 0%, considerados praticamente inacessíveis para assentados e acampados. As políticas de segurança alimentar atingiram de forma significativa a 93,7% dos acampados diferenciando-os dos assentados e bóias-frias. A educação apresentou valores superiores para as três comunidades indicando a capilaridade dessa política, apesar do melhor acesso para os bóias-frias. Entre as especificidades pode-se observar que somente o assentamento recebeu incentivos para a melhora da

moradia, crédito e assistência técnica; o acampamento recebeu cestas básicas e o Bairro Mamoeiro possuía saneamento e serviços de telefonia. As questões enfrentadas pelo acampamento no que se refere ao transporte coletivo ou e a relação com os serviços de saúde são semelhantes às encontradas no assentamento Menino Jesus. A diferença é que no acampamento existe o setor de finanças do MST que viabiliza o deslocamento das pessoas enfermas para Unai-MG ou Cabeceiras – GO, as cidades mais próximas.

Tabela 13 - Alocação de benefícios sociais para os integrantes das famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Benefícios sociais															
	Aposentadoria		Bolsa Família		Bolsa Escola		Vale Gás		Pensão		Cesta básica		Não recebe		Outro	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	5	4,3	1	0,9	17	14,8	2	1,7	-	-	-	-	88	76,5	2	1,7
Acampamento Índio Galdino	4	1,2	5	1,5	13*	4	4	1,2	4	1,2	66	20,1	228	69,5	4	1,2
Bairro Mamoeiro	7	2	17*	4,8	22*	6,2	12	3,4	1	0,3	1	0,3	290	81,9	4	1,1
<i>Total</i>	16	2,0	23	2,9	52	6,5	18	2,3	5	0,63	67	8,4	606	76,0	10	1,3

p <0,05 tomando o assentamento como base de comparação.

Tabela 14 - Acesso a serviços públicos e direitos pelas famílias, segundo a comunidade de residência, Unaí - MG, abril de 2005.

Comunidade	Acesso a serviços públicos e direitos																					
	Habitação		Segurança alimentar		Saúde		Saneamento		Crédito		Energia		Telefonia		Transporte coletivo		Educação		Assistência Técnica		Estradas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	17	65,4	7	26,9	2	7,7	0	-	19	73,1	24	92,3	0	-	0	-	20	76,9	7	26,9	11	42,3
Acampamento Índio Galdino	2*	2,1	89*	93,7	5	5,3	0	-	10*	10,5	0	0	0	-	0	-	77	81,1	6*	6,3	18*	18,9
Bairro Mamoeiro	1*	1,3	10	12,5	79*	98,8	43*	53,8	3*	3,8	72	90	25*	31,3	80	100	78*	97,5	-	-	-	-
<i>Total</i>	20	9,9	106	52,5	86	42,6	43	21,3	32	15,8	96	47,5	25	12,4	80	39,6	175	86,7	13	6,4	29	14,4

* *p* <0,05 tomando o assentamento como base de comparação.

Essas comunidades estão, de certa forma, alijadas das políticas sociais do Estado, pois quase 80% das famílias não recebiam qualquer benefício social. Em relação aos serviços públicos, a falta de acesso foi mais observada no assentamento e acampamento se comparados às famílias de bóias-frias. Isso pode estar associado a uma das características marcantes do modo de produção capitalista que induz uma concentração crescente da força de trabalho nas cidades, observada no caso nos bairros periféricos de Unaí e já apontada por outros autores (A política FEE 1983). Para as famílias assentadas e acampadas a única política pública capaz de diferenciá-los dos bóias-frias foi justamente o acesso ao crédito agrícola. Esse diferencial explicita a possibilidade de financiamento da produção de seu próprio alimento. Por outro lado, segundo o grupo de discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST, isso também gera preocupações no sentido da necessidade de honrar com esses compromissos - “quem pega o crédito fica doente com as dívidas”.

Esses dados indicam as limitações das políticas públicas voltadas para essas comunidades, mas sugerem que, para a

zona rural, existem importantes lacunas que podem ser sanadas com programas apropriados às realidades locais a exemplo do que já ocorre com certas políticas de segurança alimentar, crédito, energia e educação.

As águas superficiais, por meio de minas, constituem-se na principal fonte de água para as famílias no assentamento e acampamento. Entretanto, somente 11,5% das famílias do assentamento e 17,9% das famílias do acampamento possuem água encanada dentro de casa. Já o Bairro Mamoeiro conta com 84% das casas com água encanada (Tabela 15). Apesar da má avaliação da qualidade da água por parte das famílias, o Bairro Mamoeiro conta com o serviço público de rede de distribuição de água potável. A presença de água encanada dentro de casa é importante indicador (Carneiro *et al*, 2002) no sentido de viabilizar as condutas de higiene, essenciais para prevenção de diversos agravos à saúde e para potencializar o impacto de programas de reforma agrária (Brentlinger *et al*, 1999).

Tabela 15 - Distribuição das famílias que possuem água encanada dentro da residência segundo a comunidade, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Água encanada				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Merino Jesus	3	11,5	23	88,5	26
Acampamento Índio Galdino	17	17,9	68	84	85
Bairro Mamoeiro	68	84*	13	16	81
Total	88	45,8	104	54,2	192

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Dez famílias do acampamento não responderam.

No Assentamento Menino Jesus, no sub-grupo Fruto da Terra (12 famílias distribuídas no modelo “raio de sol”), o acesso à água foi um fator limitante para a qualidade de vida das pessoas. Gastava-se cerca de 2 horas por dia para buscar água. Essas limitações de uso dificultavam a higiene, a produção de alimentos em volta da casa e a criação de animais. Seu transporte e armazenamento também implicavam riscos à saúde (Figura 11).



Figura 11- Assentado buscando água de carroça, Unaí-MG, abril de 2005.

Já no acampamento, apesar da abundância de água, parte de sua distribuição era a céu

aberto, que, associado às precárias condições sanitárias (lixo e dejetos), propiciava a ocorrência de doenças. Como exemplo pode-se citar a hepatite, quando houve a suspeita de sua ocorrência entre pelo menos duas crianças durante o trabalho de pesquisa de campo.

A maior parte das famílias do assentamento e do acampamento utilizava a fossa (Figura 12), mas o destino de dejetos “a céu aberto” ainda era a opção de mais de um terço destas pessoas. No Bairro Mamoeiro, não ocorreu respostas “a céu aberto”, sendo que 81,5% das residências possuíam banheiros com fossa (Tabela 16).



Figura 12- Banheiro de família acampada, Unaí-MG, abril de 2005

Tabela 16 - Destino de dejetos das famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005 *.

Comunidade	Destino de dejetos								Total
	Fossa		Céu aberto		Banheiro com fossa		Outros		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	14	53,8	10	38,5	-	-	2	7,7	26
Acampamento Índio Galdino	60	63,8	29	30,9	-	-	5	5,3	94
Bairro Mamoeiro	-	-	-	-	66	81,5	15	18,5	81
Total	74	36,8	39	19,4	66	32,8	22	11,0	201

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado.

Um bom exemplo que reforça as dificuldades de acesso a serviços e políticas públicas por parte dos beneficiários da reforma agrária está na questão do saneamento. Os dados do assentamento e acampamento reforçam esta afirmação (Tabelas 15 e 16). Esses dados também são observados na maioria das áreas de assentamento e acampamento do MST (Saúde nos assentamentos -UnB, 2001) e nos assentamentos pesquisados por Leite *et al* (2004) e Schmidt *et al* (1998) indicando a insuficiência das políticas públicas de Estado referentes ao saneamento rural.

O antigo imóvel dos assentados e acampados bem como o atual imóvel das

famílias do Bairro Mamoeiro foram, em sua grande maioria, próprios ou cedidos, não sendo apresentados diferenciais significativos entre as comunidades. O aluguel respondeu por 15,3% da situação do imóvel das famílias do Bairro Mamoeiro ou do antigo imóvel dos assentados e acampados (Tabela 17).

A maior parcela das famílias pertencentes ao assentamento e acampamento considerava-se inserida em uma forma de organização comunitária (65,4% e 61,1% respectivamente). Já as famílias dos bóias-frias do Bairro Mamoeiro apresentaram um grau de organização comunitária bem inferior (25%) (Tabela 18).

Tabela 17 - Situação do antigo imóvel (assentamento e acampamento) e atual imóvel (Bairro Mamoeiro), Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Situação do imóvel										Total
	Próprio		Cedido		Alugado		Ocupado		Outro		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	12	46,2	9	34,6	5	19,2	-	-	-	-	26
Acampamento Índio Galdino	41	43,6	26	27,7	14	14,9	7	7,4	1	1,2	89
Bairro Mamoeiro	51	63	17	21	11	13,6	1	1,2	1	1,2	81
Total	104	53,1	52	26,6	30	15,3	8	4,0	2	1,0	196

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado. Faltou a resposta de 6 famílias do acampamento.

Tabela 18 - Participação das famílias em organização ou entidade comunitária, segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Participa de organização ou entidade comunitária				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	17	65,4	9	34,6	26
Acampamento Índio Galdino	58	61,1	37	38,9	95
Bairro Mamoeiro	20*	25	60*	75	80
Total	95	47,3	106	52,7	201

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. Uma família do Bairro Mamoeiro não respondeu.

As famílias do assentamento se identificavam com a associação de assentados enquanto as famílias do acampamento apresentavam maior identidade com o MST. Esse fenômeno é bem característico das áreas do movimento, pois no momento do acampamento existe melhor organização (Figura 13) em função da própria dinâmica do processo de luta e da proximidade espacial entre as famílias como também foi reforçado no grupo de discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST. Já no Bairro Mamoeiro 64,7%, das famílias possuíam como referência de participação comunitária apenas a igreja (Tabela 19).



Figura 13 - Reunião com os núcleos de família do acampamento Índio Galdino, Unai-MG, abril de 2005

Tabela 19 - Tipos de organização comunitária que as famílias participam, segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Entidade						Total
	Associação		MST		Igreja		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	13	76,5	4	23,5	-	-	17
Acampamento Índio Galdino	1*	1,7	48*	82,8	7	12,1	56
Bairro Mamoeiro	6*	35,3	-	-	11	64,7	17
Total	20	22,2	52	57,8	18	20,0	90

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. Duas famílias acampadas e três do Bairro Mamoeiro não responderam.

Apesar de aliados da maioria das políticas e serviços públicos, as famílias assentadas e acampadas do MST possuem nível de organização política bem superior ao dos bóias-frias. A sua forte ação política reivindicatória tem possibilitado diminuir alguns diferenciais como o acesso à educação e aos créditos governamentais. A construção de uma nova escola em um distrito próximo ao assentamento Menino Jesus mostrou a importância dessas pressões, conforme também foi observado em um outro estudo (Bittencourt, *et al* 1999). Essa característica do MST é um de seus mais importantes diferenciais em relação aos outros movimentos e grupos (Morissawa, 2001). O nível de organização política contribui para a emancipação dos sujeitos frente aos modos de vida e situações de risco a saúde, como explica Breilh (2006), criando uma *lógica da solidariedade*, que coloca o bem comum como meta fundamental, contrapondo-se a

uma lógica da concorrência, que parte da primazia do individual Breilh (2004).

Os acampados apresentaram as maiores limitações em termos do acesso a equipamentos domésticos como pia de cozinha (20,2%), tanque de lavar roupa (8,5%) e vaso sanitário com descarga (7,4%) (Tabela 20). Esses resultados eram esperados em função do caráter provisório do acampamento (Figura 14). É importante destacar como o filtro de água está mais disseminado no assentamento (88,5%) se comparamos com as outras duas comunidades. Isso pode estar relacionado às suspeitas da água estar contaminada, de acordo com os relatos de problemas ambientais enfrentados pelas famílias assentadas (Tabela 21). As famílias de bóias-frias apresentaram os melhores indicadores relativos à presença de vaso sanitário com descarga (77,8%), o que está relacionado ao acesso à rede de água (Tabela 20).

Tabela 20 - Uso de equipamentos domésticos pelas famílias segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Uso de equipamentos domésticos							
	Filtro		Pia de cozinha		Tanque de lavar roupa		Vaso sanitário com descarga	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	23	88,5	16	61,5	19	73,1	8	30,8
Acampamento Índio Galdino	49*	52,1	19*	20,2	8*	8,5	7*	7,4
Bairro Mamoeiro	55*	67,9	55	67,9	55	67,9	63*	77,8
Total	127	62,9	90	44,5	82	40,6	78	38,6

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.



Figura 14- Cozinha de família acampada, Unaí-MG, abril de 2005

Apesar de contarem com os maiores índices de saneamento, bóias frias destacaram o lixo (35,8%), a poeira (24,7%), o esgoto (6,2%) e os insetos (7,4%) como os problemas ambientais mais vividos (Tabela 21). Tais problemas praticamente não foram citados nos outros dois grupos. A água contaminada para os assentados (38,5%) e as queimadas para os acampados (25,3%) foram os mais importantes problemas ambientais enfrentados. O desmatamento (42,3% e 18,9%) e os agrotóxicos (11,5% e 5,3%) estavam entre os problemas percebidos somente pelos assentados e acampados (Figura 15), sendo que 37,9%

das famílias acampadas consideravam que não possuíam problemas ambientais em sua comunidade. Esses diferenciais podem estar associados ao lugar de moradia das famílias. Enquanto os assentados e acampados convivem todo o tempo com problemas ambientais relativos à produção agrícola como o desmatamento, queimadas e uso de agrotóxicos, os bóias-frias visualizam os problemas mais próximos a sua moradia como o lixo, a poeira e insetos; típicos da cidade.



Figura 15 – As veredas da região têm sido um dos ambientes mais ameaçados com o avanço da monocultura, Unaí-MG, abril de 2005

Tabela 21 - Principais problemas ambientais vividos pelas comunidades segundo as famílias, Unaí/MG, abril de 2005.

Comunidade	Problemas ambientais																					
	Desmatamento		Água Contaminada		Veneno		Lixo		Queimadas		Esgoto		Insetos		Poeira		Outros		Nenhum		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	11	42,3	10	38,5	3	11,5	2	7,7	1	3,8	-	-	-	-	-	-	3	11,5	4	15,4	1	3,8
Acampamento Índio Galdino	18	18,9	8*	8,4	5	5,3	-	-	24*	25,3	-	-	-	-	-	-	8	8,4	36*	37,9	12	12,6
Bairro Mamoeiro	-	-	-	-	-	-	29*	35,8	9	11,1	5	6,2	6	7,4	20	24,7	11	13,6	20	24,7	9	11,1
Total	29	14,4	18	8,9	8	4,0	31	15,3	34	16,8	5	2,5	6	3	20	10	22	10,9	60	29,7	22	10,9

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

4.4.3 Condições de produção e trabalho

Mais da metade das famílias do assentamento (57,7%) conseguia viver apenas da produção do lote, plantando mandioca (96,2%), arroz (92,3%), cana-de-açúcar (84,6%), milho (65,4%), feijão (53,8%), frutas (73,1%), hortaliças (69,2%) e amendoim (30,8%) o que as diferenciavam dos acampados e bóias-frias. Basicamente,

toda a produção era direcionada ao sustento da família, quase não havendo excedentes. Os assentados desenvolviam poucas atividades cooperadas, existindo alguns exemplos de cooperação entre vizinhos e parentes (19,2%). Em torno de 42,3% das famílias, trabalhavam também em fazendas para complementar sua renda (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição das famílias segundo atividades que ajudam na renda e comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Atividades que ajudam na renda								
	Trabalhos em fazendas		Trabalhos na cidade		Outros		Nenhuma		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	11	42,3	1	3,8	6	23,1	8	30,8	26
Acampamento Índio Galdino	34	36,1	6	6,4	23	24,5	31	33	94
Bairro Mamoeiro	34	42	10	12,3	12	14,8	25	30,9	81
TOTAL	79	39,3	17	8,5	41	20,4	64	31,8	201

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado. Uma família acampada não respondeu.

Mesmo com todas as dificuldades de estarem acampadas, 22,1% das famílias do acampamento Índio Galdino conseguiam retirar seu sustento do lote. As culturas preferidas estavam ligadas a sua autosustentação como o milho (64,2%), mandioca e hortaliças (62,1%), seguidos pelo arroz (32,6%), frutas (28,4%), amendoim (22,1%) e cana-de-açúcar (14,7%) (Figura 16). Em termos da realização de atividades cooperadas, assim como no assentamento, 21,1% dos acampados trabalhavam com seu vizinho. Não havia excedentes na produção e boa parte das famílias também tinha de trabalhar como bóias-frias em fazendas (36,1%), ou buscava trabalho temporário na cidade (9%) para obter renda (Tabela 22). O trabalho em uma carvoaria vizinha ao acampamento também foi citado por alguns acampados, valendo destacar o aspecto degradante dessa atividade em função da exposição ao calor e fumaça.



Figura 16- Milharal e mandiocal de família acampada, Unai-MG, abril de 2005

Resultados semelhantes foram encontrados por Leite *et al* (2004) e Guedes (2006). Esses produtos se destinam ao autoconsumo. O feijão e o milho também são produzidos em maior escala na região pelas grandes fazendas do agronegócio (População -IBGE, 2003).

A complementação da renda para as famílias assentadas e acampadas obedece à sazonalidade da colheita que oferece oportunidade para trabalho temporário.

Os bóias-frias do Bairro Mamoeiro cultivavam nas grandes fazendas predominantemente o feijão (95,1%), seguido pelo milho (64,2%), algodão (51,9%), soja e cana-de-açúcar (25,9%), e hortaliças (24,7%). A principal etapa da produção desempenhada por esses trabalhadores era a colheita (96,3%), seguida pela capina (63%), plantio (27,2%) e aplicação de agrotóxicos (16%). A maioria relatou possuir carteira assinada (67,1%). Em função dos casos de trabalho escravo

identificados pelo Ministério do Trabalho na região foi criado o “condomínio rural”. Uma parcela dos bóias-frias era empregada nesses condomínios e atuava em diversas unidades produtivas, tendo a situação legalizada por essa via. Trabalhavam de segunda a sábado (66,2%), mas parte do grupo (7,8%) deslocava-se todos os dias. A oferta de trabalho limitava-se, de maneira geral, a apenas seis meses ao ano, mas de forma inconstante, fazendo que as famílias tivessem renda variável e baixa (Gráfico 1). Essa situação pode ser considerada como importante fator que contribuiu para a insegurança alimentar desse grupo, conforme já apresentado nas Tabelas 10, 11 e 12.

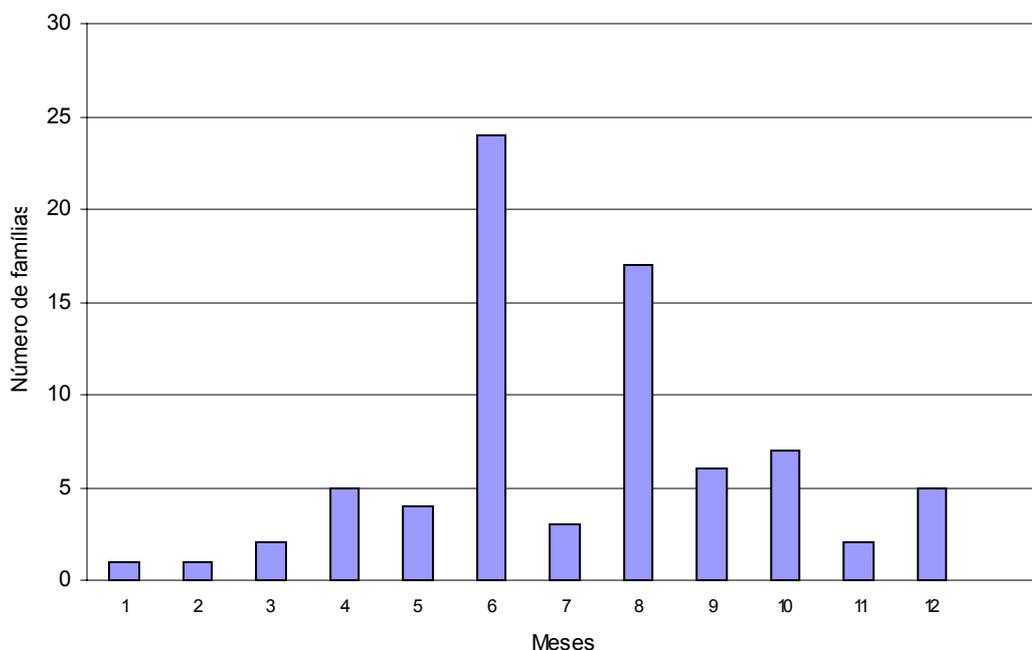


Gráfico 1 - Distribuição do número de meses trabalhados ao longo do ano segundo as famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro, Unai-MG, abril de 2005

A grande maioria das famílias (90%) gostaria de mudar de ocupação. As alternativas pretendidas incluíam de “qualquer outro” (29,2%) até “operador de máquinas” (13,9%), “trabalhar em fazendas” (8,3%) e outras opções consideradas “mais tranquilas”.

Entre o que havia de pior no trabalho estava a hora de acordar (44,52%), o deslocamento (19,5%), a comida, os danos à saúde, o cansaço e a “exploração” (14,3%). Essas condições chegavam a situações extremas. Os relatos incluem até quatro horas de tempo gasto para chegar ao local de trabalho diariamente, fazendo que muitos iniciassem seu deslocamento no início da madrugada. Os trabalhadores chegavam a viajar mais de 130 Km para às fazendas onde vão trabalhar com tempo de deslocamento médio de três horas (Gráfico 2). Isso implicava dificuldades na conservação de seu alimento, como também contribuía para as reclamações de cansaço e de danos à saúde. Portanto, os motivos relacionados à vontade de mudança estavam associados aos horários (23,5%), necessidade de encontrar trabalho

menos cansativo e sofrido (20,6%) que tivesse carteira assinada (13,2%) com alguma estabilidade financeira (11,8%) e ficando mais perto da família (5,9%).

As condições degradantes de trabalho citadas pelos bóias-frias também já foram encontradas nos estudos dos processos de trabalho específicos na região canavieira de Ribeirão Preto, São Paulo (Alessi e Navarro, 1997) e da Zona Canavieira da Paraíba (Moreira e Watanabe, 2006). Os trabalhadores eram expostos diariamente a cargas físicas, químicas e biológicas traduzidas em uma série de doenças, traumas ou acidentes a elas relacionados, além da carga biopsíquica que gerava manifestações psicossomáticas. Os resultados da modernização conservadora no campo brasileiro (Delgado, 2001; Ávila, 2002) têm agravado as condições de vida dos bóias-frias, gerando uma super-exploração do trabalho humano, com conseqüente aumento da carga laboral (Alessi e Navarro, 1997). Isso pode ajudar a explicar porque 90% dos bóias-frias do Bairro Mamoeiro preferiam trocar de trabalho.

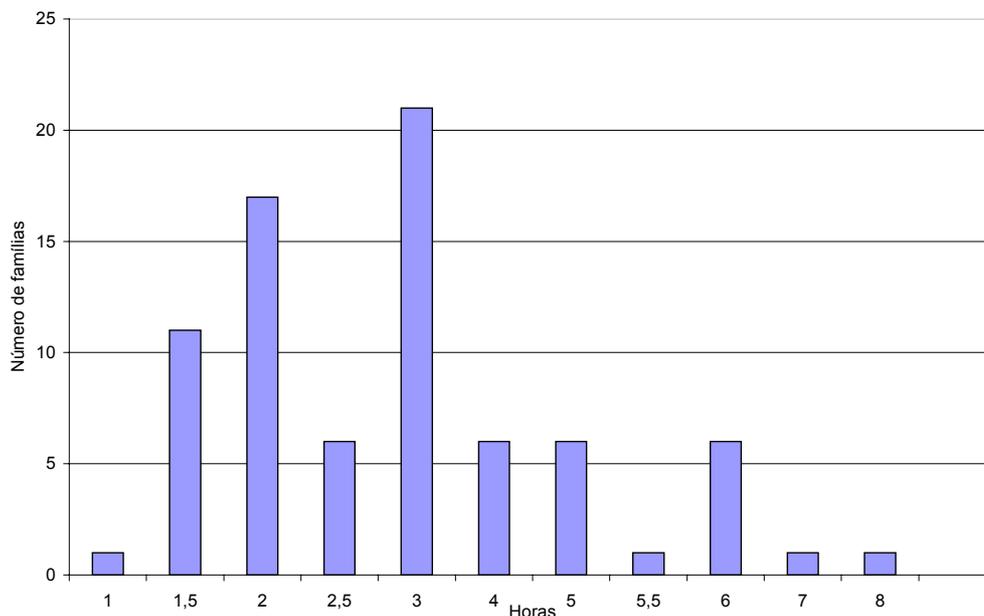


Gráfico 2 - Tempo gasto por dia para deslocamento até o local de trabalho segundo as famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro, Unai-MG, abril de 2005

Destacou-se também a percepção do alto índice de uso de agrotóxicos no trabalho pelos bóias-frias (85,2%) (Tabela 23). O agrotóxico é presença constante na vida desse grupo. Também foram relatadas situações em que aviões realizavam pulverizações bem próximas às áreas em que estavam trabalhando. Provavelmente em função do regime intensivo de produção,

os bóias-frias estavam bem mais expostos aos agrotóxicos se comparados aos assentados (26,9%) e acampados (9,5%), o que contraria resultados de outros estudos que apontam para o uso disseminado desses venenos em várias categorias de sistemas produtivos (Faria *et al*, 2000; Nishiyama, 2003; Moreira e Watanabe, 2006).

Tabela 23 - Percepção das famílias do uso de agrotóxicos no seu trabalho segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Utilização de agrotóxico						Total
	Sim		Não		Não sabe		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	7	26,9	18	69,2	1	3,8	26
Acampamento Índio Galdino	9*	9,5	83*	87,4	3	3,2	95
Bairro Mamoeiro	69*	85,2	8*	9,9	4	4,9	81
Total	85	42,0	109	54,0	8	4,0	202

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Os índices de exposição aos agrotóxicos citados pelas famílias de bóias-frias estão semelhantes aos encontrados na Serra Gaúcha (75%) por Faria *et al* (2000), em municípios de Minas Gerais (59%) por Soares *et al* (2003) e nos estudos realizados em outras partes do Brasil (Faria *et al* 2007). Apesar da estrutura fundiária dos estudos levantados serem diferentes, os altos índices de uso de agrotóxicos estão relacionados ao processo de modernização tecnológica denominado Revolução Verde, que modificou profundamente as práticas agrícolas, gerou mudanças ambientais, nas cargas de trabalho e nos seus efeitos sobre a saúde, deixando os trabalhadores rurais expostos a riscos diversificados (Figueiredo *et al*, 1987; Faria *et al*, 2000; Moreira e Watanabe, 2006).

O uso de agrotóxicos no assentamento seguiu o padrão já encontrado por Leite *et al* (2004) em assentamentos do entorno do Distrito Federal. O acampamento exibiu índices inferiores provavelmente em função de sua condição temporária. Entretanto, essa situação não é homogênea no País, dependendo do contexto da região de inserção do assentamento. Nishiyama (2003), ao estudar a questão dos agrotóxicos nas áreas do MST no Paraná, constatou frequência na utilização de 62,6%. O mesmo autor relatou que tal resultado não era esperado, pois a condição de Sem Terra estava associada à falta de capital próprio e à pouca disponibilidade de créditos, o que implicaria limitações no investimento em insumos como os agrotóxicos. A questão principal é que o uso de agrotóxicos na agricultura familiar assim como na grande propriedade está subordinado ao mesmo modelo conservador. Esse modelo tem se imposto historicamente e, principalmente, por meio das políticas de crédito rural, da assistência técnica e da pesquisa (Relatório -Anvisa 2005). Nishiyama (2003) também encontrou uma média de 20% de trabalhadores expostos aos agrotóxicos que já sofreram de intoxicações por estes produtos. Sendo que dentre os mesmos, 53,8% já estiveram internados pelo menos uma vez devido a danos causados por esses produtos.

Entretanto, a alta exposição aos agrotóxicos dos bóias-frias de Unai em relação aos assentados e acampados pode estar

indicando tendência de agravamento dessa situação no contexto da grande produção. Breilh (2004) faz referência a mudanças na acumulação do capital trazendo a noção de pilhagem, como conjunto de práticas predatórias radicais dos ecossistemas e da saúde utilizadas pelos grupos econômicos. Soares e Porto (2007), ao analisarem as externalidades negativas do uso de agrotóxicos no cerrado brasileiro, também encontraram essa tendência ao associar áreas contaminadas com o grau de atividade agrícola dos municípios. O quadro mais grave estava nas zonas de agricultura de larga escala.

4.4.4 Animais de produção, domésticos e sinantrópicos

Avaliando a presença de animais venenosos ou peçonhentos, o assentamento e o acampamento apresentaram, respectivamente, maior presença de escorpiões (38,5% e 23,2%) e cobras (38,5% e 40%) se comparados com o Bairro Mamoeiro (19,8% e 16%). O rato também foi mais presente para assentados e acampados (46,2% e 58,9%), assim como a barata no Bairro Mamoeiro (80,2%). Foi encontrada alta presença (60,4%) de mosquitos/pernilongos nas três áreas. A distribuição dos outros animais entre os grupos não apresentou diferenças significativas. Pode-se considerar que as famílias do assentamento e do acampamento estão expostas a animais de maior perigo a saúde se comparadas com as do Bairro Mamoeiro (Tabela 24). Tais resultados podem ser considerados esperados, pois as casas dos assentados e acampados, por estarem na zona rural, exibem relação mais estreita com os ecossistemas desses animais se compararmos com as áreas urbanas.

No assentamento, 100% das famílias criavam algum tipo de animal de produção. As famílias assentadas distinguiam-se das outras comunidades na criação de galinhas (84,6%), gado (80,8%), animais de trabalho (65,4%) e porcos (46,2%). No Bairro Mamoeiro, 86,4% das famílias não criavam animais de produção, o que poderia estar associado às dificuldades encontradas para esse tipo de atividade em áreas urbanas (Tabela 25).

Tabela 24 - Presença de animais sinantrópicos na casa segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Presença de animais na casa															
	Rato		Mosquito/ pernilongo		Barata		Mosca		Cobra		Escorpião		Barbeiro		Aranha	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	12	46,2	19	73,1	16	61,5	7	26,9	10	38,5	10	38,5	-		18	69,2
Acampamento Índio Galdino	56	58,9	53	55,8	46	48,4	40	42,1	38	40	22	23,2	5	5,3	55	57,9
Bairro Mamoeiro	16*	19,8	58	71,6	65*	80,2	39	48,1	13*	16	16*	19,8	3	3,7	62	76,5
Total	84	41,6	122	60,4	127	62,9	86	42,6	69	34,2	48	23,8	8	4	135	66,8

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Tabela 25 - Criação de animais de produção segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Criação de animais													
	Aves		Gado		Equídeos		Suínos		Caprinos		Não cria		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	22	84,6	21	80,8	17	65,4	12	46,2	-		-		2	7,7
Acampamento Índio Galdino	55*	58,5	14*	14,9	22*	23,4	18*	19,1	1	1,1	29	30,9	1	1,1
Bairro Mamoeiro	7	8,6*	1	1,2*	-		1*	1,2	1	1,2	70	86,4	1	1,2
Total	84	41,6	36	17,8	39	19,3	31	15,3	2	1	99	49,0	4	2,0

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

A produção animal desenvolvida pelas famílias assentadas foi uma característica marcante também observada em outros estudos em assentamentos (Leite *et al*, 2004 e Guedes, 2006). Mesmo que voltada basicamente para o autoconsumo, esse tipo de produção contribui para a elevação da renda familiar e para a melhora da segurança alimentar (Principais -FAO 1992).

No acampamento, a criação de animais de forma desorganizada impediu muitas famílias de produzir alimentos próximos de suas casas. Esses animais invadiam plantações de mandioca e milho causando sua destruição. Como conseqüências, muitos desistiram de plantar, ficando com dieta restrita à cesta básica recebida periodicamente do governo. Essas dificuldades limitaram os acampados à criação de galinhas (58,5%), animais de trabalho (23,4%), porcos (19,1%) ou mesmo impediram a criação de animais (30,9%) (Tabela 25). Mesmo assim, 14,9% dos acampados conseguiram criar gado (Figura 17).



Figura 17: Curral do acampamento Índio Galdino, Unaí-MG, abril de 2005

As limitações de infra-estrutura, recursos financeiros e crédito foram os principais entraves para as famílias criarem os animais como sempre haviam sonhado. No assentamento, a falta de alimentos para os animais representou 57,7% dos problemas enfrentados. As ausências de assistência técnica e de medicamentos foram responsáveis por 10,9% dos problemas (Tabela 26).

Tabela 26 - Fatores necessários para a criação de animais como as famílias sempre sonharam segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Fatores que faltam para criação de animais como as famílias sempre sonharam													
	Alimentação		Infra-estrutura		Dinheiro		Crédito		Assistência		Medicamentos		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	15	57,7	12	46,2	8	30,8	7	26,9	4	15,4	1	3,8	2	7,7
Acampamento Índio Galdino	9*	13,6	32	48,5	29	44	26	39,4	6	9,1	9	13,6	1	1,5
<i>Total</i>	24	26,0	44	47,8	37	40,2	33	35,9	10	10,9	10	10,9	3	3,3

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. Relativo as 92 famílias que criam algum tipo de animal.

Várias tipologias de cuidados com as criações foram relatadas. As famílias utilizavam desde medicamentos comerciais até soluções baseadas na cultura popular camponesa (Figura 18). Guedes (2006) avaliou em um assentamento do MST na região do Vale do Rio Doce que a produção animal estava marcada por alta prevalência de doenças facilmente evitáveis e pela dificuldade de acesso ao serviço de assistência técnica. No caso do assentamento Menino Jesus e do Acampamento Índio Galdino, a produção animal está condicionada a um conjunto de fatores ecológicos, sociais, econômicos, culturais, técnicos, políticos e históricos como apontado por Astudillo (1984) e Rosemberg (1986).



Figura 18 – Galinha doente em tratamento por acampado, Unai-MG, abril de 2005

Em termos de animais domésticos, as famílias do assentamento e do acampamento possuem mais animais (84,6% e 73,7%) se comparadas com as famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro (46,9%). Os cachorros são os mais presentes nas três comunidades (86,2%), e os gatos, no assentamento (68,2%) (Tabela 27) (Figura 19).



Figura 19– Cão no Bairro Mamoeiro, Unai-MG, abril de 2005

Tabela 27 - Tipo de animal doméstico presente na residência segundo a comunidade, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Animais domésticos											
	Sim		Cachorro		Gato		Pássaro		Não cria		Outros	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	22	84,6	20	90,9	15	68,2	4	18,2	4	15,4	1	4,5
Acampamento Índio Galdino	70	73,7	59	84,3	28*	40	16	22,9	25	26,3	2	2,8
Bairro Mamoeiro	38*	46,9	33	86,8	7*	18,4	6	15,8	43*	53,1	-	-
Total	130	64,4	112	86,2	50	38,5	26	20	72	35,6	3	2,3

$p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

As famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro apesar de conviverem menos com animais e insetos relacionam mais o conhecimento de casos de doenças transmitidas por esses últimos (56,8%) do que as famílias assentadas e acampadas (Tabela 28). Uma das hipóteses para esse diferencial pode ser o melhor acesso à mídia e às informações governamentais pelas populações que vivem na cidade se comparadas com as do campo.

Observa-se na Tabela 29 que não houve diferenças estatísticas significativas entre as comunidades em relação ao percentual de animais vacinados. As vacinas referem-se ao programa de prevenção à raiva. Sem entrar no mérito dos valores de cobertura vacinal alcançados, as três comunidades foram atingidas de maneira semelhante, o que demonstra a importância do desenvolvimento de ações direcionadas para a população que vive no campo.

Tabela 28 - Conhecimento sobre doenças transmitidas por insetos e animais segundo comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Conhecimento sobre doenças transmitidas por animais e insetos				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	9	34,6	17	65,4	26
Acampamento Índio Galdino	28	29,5	67	70,5	95
Bairro Mamoeiro	46	56,8*	35	43,2*	81
Total	83	41,1	119	58,9	202

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Tabela 29 - Percentual de animais de companhia vacinados segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Animais domésticos vacinados				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	15	68,2	7	31,8	22
Acampamento Índio Galdino	35	51,5	33	48,5	68
Bairro Mamoeiro	25	69,4	11	30,6	36
Total	75	59,5	51	40,5	126

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado.

4.4.5 Serviços de Saúde

As famílias do Bairro Mamoeiro procuraram mais vezes (71,2%) por atendimento se comparados ao assentamento (23,5%) e acampamento (29,8%) (Tabela 30). Isso poderia estar associado às maiores facilidades no acesso aos serviços de saúde

para quem mora na cidade em comparação com os moradores do campo (Figura 20). Esse quadro já foi explicitado em vários estudos como os da PNAD (População – IBGE 2003).

Tabela 30 - Pessoas doentes que procuraram atendimento nas últimas duas semanas segundo a comunidade de residência, Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Procura de atendimento						Total
	Sim		Não		Não sabe		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	4	23,5	12	70,6	1	5,9	17
Acampamento Índio Galdino	14	29,8	33	70,2	-	-	47
Bairro Mamoeiro	42	71,2*	17	28,8	-	-	59
Total	60	48,8	62	50,4	1	0,8	123

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.



Figura 20 – Meio de transporte mais usado pelas famílias assentadas, Unaí-MG, abril de 2005

Apenas para as famílias dos bóias-frias do bairro Mamoeiro, o SUS vem atendendo suas necessidades (83,8%). Para a grande maioria das famílias assentadas (69,2%) e das acampadas (69,5%), o SUS não cumpre seu papel (Tabela 31). Assim como na pergunta relacionada ao acesso aos serviços de saúde (Tabela 14), essa é uma das políticas públicas de menor acesso aos

assentados e acampados, como a de saneamento por exemplo.

As famílias do Bairro Mamoeiro relataram ter acesso ao SUS, de modo geral, mais especificamente ao Posto de Saúde, porque são acompanhados pelos agentes de saúde do PSF.

Tabela 31 - Atendimento das necessidades de saúde das famílias por parte do SUS, segundo comunidade de residência, Unai, abril de 2005.

Comunidade	Atendimento das necessidades de saúde das famílias pelo SUS						Total
	Sim		Não		Não sabe		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	7	26,9	18	69,2	1	3,8	26
Acampamento Índio Galdino	26	27,4	66	69,5	3	3,2	95
Bairro Mamoeiro	67	83,8*	11	13,8	2	2,5	80
Total	100	49,7	95	47,3	6	3,0	201

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. Uma família do Bairro Mamoeiro não respondeu a pergunta.

Para que o SUS cumprisse seu papel, as famílias assentadas e acampadas consideraram que o importante seria garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como o transporte necessário (7,9%). A necessidade do acesso é mais citada no acampamento (67,7%), enquanto no Bairro Mamoeiro não é mencionada (Tabela 32).

Para a maior parte das famílias, com destaque para o assentamento (57,7%), a única forma de o SUS atender às suas necessidades será após reivindicações e pressões sobre o governo. O acesso à terra também aparece como fator importante para os acampados e bóias-frias (7,4%).

Tabela 32 - Ações que podem ser realizadas para que o SUS atendesse as necessidades das famílias, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Ações para que o SUS atenda as necessidades de saúde das famílias															
	Acesso aos serviços de saúde		Reivindicar melhorias Pressionar o governo		Acesso a terra		Transporte		nada		Não sabe		Outras		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	9	39,1	15	57,7	-	-	2	7,7	1	3,8	-	-	4	15,4	-	-
Acampamento Índio Galdino	63	67,7*	34	36,6*	10	10,8	14	15,1	4	4,3	-	-	12	12,6	-	-
Bairro Mamoeiro	-	-	15	18,8*	5	3,8	-	-	-	-	32	40	30	7	8,8	-
Total	72	35,6	64	31,7	15	7,4	16	7,9	5	2,5	32	15,8	16	7,9	7	3,5

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

A ausência de transporte coletivo dificulta o acesso aos serviços de saúde, implicando altos custos para as famílias. Foram relatadas situações em que foi impossível buscar assistência à saúde, as pessoas não contavam com recursos para efetivar deslocamentos com o custo de R\$50 a R\$

70,00 (para Unai). O município ainda não havia implantado programa de saúde para essa população, atendendo apenas à demanda espontânea que chegava a sua sede. Durante visita à Secretaria Municipal de Saúde de Unai, verificou-se a intenção de expandir o PSF para as áreas rurais,

mas os técnicos enfrentavam problemas relacionados com a falta de recursos financeiros e de infra-estrutura para desencadear essas ações. Não havia conhecimento sobre os programas de incentivos do Ministério da Saúde.

O SUS não tem atendido às necessidades de saúde segundo a opinião de 70% das famílias assentadas e acampadas, e o acesso é uma das questões mais importantes. Leite *et al* (2004) também identificaram o acesso aos serviços de saúde como importante limitante, pois somente 21% dos assentamentos pesquisados contavam com postos de saúde. A maioria desses foi instalada por pressão dos assentados. Também foram citadas as mesmas limitantes no Assentamento Menino Jesus e no Acampamento Índio Galdino, as distâncias em relação aos centros urbanos e a carência de transporte coletivo, somados à precariedade do atendimento à saúde. Quando as famílias assentadas e acampadas conseguiam o atendimento, enfrentavam problemas como o da discriminação e o da falta de vagas, questões também observadas em outros estudos (Schmidt *et al* 1998; Saúde -UnB 2001).

Os depoimentos da discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST também reforçaram a problemática do isolamento dos assentamentos e acampamentos e a necessidade de sempre terem que ir aos centros urbanos, ressaltando a inexistência de programas específicos do governo para a saúde no campo.

De modo geral, o acesso aos serviços de saúde está limitado, o que obriga a população do campo a deslocar para os centros urbanos. Apesar de algumas áreas serem cobertas pelos agentes de saúde, as populações beneficiárias da reforma agrária contam com escassas unidades de saúde

funcionando próximas de suas residências. Isso aponta para a necessidade de serem priorizadas políticas no SUS de incentivo ao desenvolvimento da atenção básica apropriada à realidade desses grupos.

Além de enfrentar a baixa qualidade dos serviços, a população do campo considerase discriminada e com muitas dificuldades para ser atendida na forma e nos horários disponíveis das áreas urbanas (Schmidt *et al*, 1998; Saúde -UnB 2001; Kassouf, 2005). As políticas de humanização do SUS ainda não têm levado em conta essas especificidades de forma a adequar os serviços às necessidades dessas populações.

As famílias do assentamento e do acampamento acreditam que somente com reivindicações e pressões sobre os governos o SUS atenderá a suas necessidades de saúde. Essa postura política da base social do MST também foi verificada em seu Coletivo Nacional de Saúde, que pressionou o Ministério da Saúde para a criação e manutenção do Grupo da Terra, quase extinto devido à mudanças no governo federal nos anos de 2004-2005.

Já para as famílias bóias-frias, 40% não sabem o que fazer para que o SUS possa melhorar suas ações.

4.4.6 Noções de Saúde

As famílias do acampamento (37,2%) consideraram que sua saúde piorou depois de estarem na comunidade se compararmos com os outros dois grupos. De modo geral, as categorias “melhorou” ou está “igual” não exibiram diferenças significativas entre os grupos. Sabe-se que a situação de acampamento pelo grau de provisoriedade, tensões e expectativas podem gerar problemas de saúde (Tabela 33 e 35). Isso já havia sido assinalado pela comunidade em reuniões do coletivo local de saúde.

Tabela 33 - Percepção do estado de saúde da família antes de viver na comunidade, Unai MG, abril de 2005.

Comunidade	Estado de saúde da família						Total
	Melhorou		Igual		Piorou		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	10	41,7	11	45,8	3	12,5	24
Acampamento Índio Galdino	32	34	27	28,7	35*	37,2	94
Bairro Mamoeiro	25	33,8	26	35,1	23	31,1	74
Total	67	34,9	64	31,7	61	30,2	192

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação. 10 famílias não responderam esta pergunta.

A percepção da saúde das famílias antes de estarem nas três comunidades oscilou entre a melhora ou a não-alteração do mesmo, com piora acentuada no acampamento. A saúde como um dos componentes das condições de vida foi um dos itens com menor índice de melhora se considerada a situação anterior ao assentamento quando avaliada por Leite *et al* (2004). Essa informação também foi encontrada na pesquisa da UnB (Saúde –Unb 2001) e de Schmidt *et al* (1998). A vulnerabilidade da situação de acampamento foi identificada por Ferreira *et al* (1997) e nas discussões com o Coletivo Nacional de Saúde do MST. Essa questão deveria servir como alerta aos gestores públicos da reforma agrária, pois, em função da morosidade dos processos de desapropriações, as famílias chegam a passar vários anos acampadas e, portanto, expostas a graves riscos à saúde.

Como não existiram diferenças estatísticas significantes entre os grupos, ao se analisar os percentuais dos fatores que geram saúde, a boa alimentação (73,8%), a higiene (41,1%), o ar puro/tranquilidade (20,8%), dormir/descansar bem (14,9%) e o saneamento (10,9%) foram os mais importantes para as famílias (Tabela 34). Esses fatores remetem para um conceito mais ampliado de saúde desenvolvido pelas famílias como já definido na lei do SUS (Brasil, 1990).

O alimento contaminado aparece de forma mais destacada como fator que gera doença para assentados (65,4%) e acampados (52,6%) se comparados com as famílias de

trabalhadores rurais autônomos (36,3%) (Tabela 35). Isso pode estar relacionado com as dificuldades de conservação dos alimentos, pois o acesso à energia ainda era recente no assentamento, além das dificuldades de higienização dos mesmos devido à situação precária de saneamento.

De modo geral, para as famílias das três comunidades, a higiene (31,7%), a presença de animais e insetos (30,2%) e a falta de saneamento (25,2%) lideram os fatores que causam doenças, reforçando uma concepção mais ampla de saúde. O alcoolismo e o tabagismo também foram identificados como problemas nas três comunidades, apresentando um percentual de 13,9% e 12,9% respectivamente. Fatores como nervosismo e estresse, apesar de apontados no assentamento e acampamento, não foram citados pelos bóias-frias do Bairro Mamoeiro.

Como a saúde está condicionada principalmente, segundo as famílias, a fatores como boa alimentação, higiene, relação com animais/insetos e saneamento a sua má-avaliação é justificável em função de todas as dificuldades que esses grupos enfrentam, apesar das diferenças entre o acesso a algumas políticas públicas relacionadas. Essa visão mais ampliada da noção de saúde exposta também nos materiais de formação do MST (ANCA, 2000) contradiz a idéia do Coletivo Nacional de Saúde de que sua base tem uma visão assistencialista da saúde, conforme explicitado no grupo de discussão.

Tabela 34 – Percepção dos fatores que geram saúde para as famílias segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Fatores que geram saúde																	
	Boa alimentação		Higiene/cuidado pessoal		Saneamento		Ar puro/tranquilidade		Dormir/descansar bem		Esporte/atividade física		Acesso aos serviços de saúde/medicamentos		Moradia adequada		Outros fatores	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	21	80,8	11	42,3	6	23,1	5	19,2	2	7,7	2	7,7	3	11,5	1	3,8	8	30,8
Acampamento Índio Galdino	71	74,7	38	40	16	16,8	25	26,3	13	13,7	3	3,2	13	13,7	5	4,2	1	20,9
Bairro Mamoeiro	57	71,3	34	42,5	-	-	12	15	15	18,8	4	5	-	-	-	-	2	26,3
Total	149	73,8	83	41,1	22	10,9	42	20,8	30	14,9	9	4,5	16	7,9	6	3,0	4	23,8

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado.

Tabela 35 – Percepção dos fatores que causam doenças para as famílias segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Causas das doenças																					
	Alimento contaminado, estragado e má alimentação		Falta de higiene		Animais/insetos		Fumo/cigarro		Falta de saneamento		Preocupação, nervosismo, stress		Trabalho/esforço excessivo		Falta de acesso aos serviços de saúde/medicamentos		Mudança de tempo/climática		Álcool		Outras causas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	17	65,4	7	26,9	7	26,9	1	3,8	6	23,1	2	7,7	2	7,7	1	3,8	5	19,2	1	3,8	4	15,4
Acampamento Índio Galdino	50	52,6	40	42,1	33	34,7	16	16,8	32	33,7	13	13,7	1	1,1	5	5,3	1*	1,1	14	14,7	18	18,9
Bairro Mamoeiro	29*	36,3	17	21,3	21	26,3	9	11,3	13	16,3	-	-	-	-	-	-	7	8,8	13	16,3	25	31,3
Total	96	47,5	64	31,7	61	30,2	26	12,9	51	25,2	15	7,4	3	1,5	6	3,0	13	6,4	28	13,9	47	23,3

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação

A gripe e a dor de cabeça foram os agravos mais prevalentes se compararmos os assentados (80,8% e 30,8%) e acampados (80% e 26,3%) com os bóias-frias do Bairro Mamoeiro (48,8% e 7,5%). Já esse último grupo destacou-se na prevalência da hipertensão de 22,5%, contra 3,8% dos assentados e 11,6% dos acampados. Problemas de coração (13,8%), bronquite (7,5%) e leishmaniose visceral (7,5%) foram citados somente pelas famílias do Bairro Mamoeiro, enquanto a diarreia (18,9%) e a dor de dente (11,6%) foram citadas exclusivamente pelos acampados. A febre e a dor de coluna estavam presentes nos três grupos com percentual de 19,8% e 11,9% respectivamente. A dor de barriga somente foi citada no assentamento e acampamento, o que pode estar associado às baixas condições de saneamento dessas áreas (Tabela 36).

A gripe e a dor de cabeça são os agravos mais frequentes se compararmos os assentados e acampados com os bóias-frias do Bairro Mamoeiro, como já havia sido indicado por outros estudos (Schmidt *et al*, 1998 e Castro *et al*, 2004). As famílias de bóias-frias citaram mais problemas crônicos

de saúde se comparados aos outros dois grupos. As explicações para estes diferenciais podem estar associadas a um melhor acesso ao diagnóstico por parte dos bóias-frias, pois vivem na zona urbana.

Quando a pergunta sobre as causas das doenças referiu-se ao coletivo, o clima liderou o grupo de causas, principalmente no assentamento (65,4%) (Tabela 37). As pessoas associaram o aparecimento de agravos, como a gripe, às mudanças climáticas. Essa concepção exhibe correspondência com a alta prevalência de gripe nas áreas. A alimentação continua sendo citada como importante fator de promoção da saúde (17,8%). São relatados, somente no assentamento e no acampamento, fatores de risco ambientais como água contaminada, moradia inadequada, além da presença de poeira e falta de higiene. O trabalho pesado surgiu como fator que causa doença para as três comunidades (6,4%). A preocupação e a fraqueza foram consideradas causas de doenças somente para as famílias do acampamento, enquanto os insetos foram causas para as famílias de bóias-frias do Bairro Mamoeiro.

Tabela 36 - Principais doenças percebidas pelas comunidades segundo as famílias, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Principais doenças																									
	Gripe		Dor de cabeça		Dor de coluna		Dor de Barriga		Febre		Hipertensão		Diabetes		Diarréia		Dor de dente		Coração		Bronquite		Calazar			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Assentamento Menino Jesus	21	80,8	8	30,8	5	19,2	5	19,2	4	15,4	1	3,8	4	15,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Acampamento Índio Galdino	20	80	25	26,3	12	12,6	15	15,8	27	28,4	11	11,6	-	-	18	18,9	11	11,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Bairro Mamoeiro	39*	48,8	6*	7,5	7	8,8	-	-	9	11,3	18*	22,5	14	17,5	-	-	-	-	11	13,8	6	7,5	6	7,5		
Total	80	39,6	39	19,3	24	11,9	20	9,9	40	19,8	30	14,9	18	8,9	18	8,9	11	5,4	11	5,4	6	3	6	3		

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Tabela 37 – Percepção das causas das doenças relatadas pelas comunidades segundo as famílias, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Causas das principais doenças																							
	Clima		Alimentação inadequada		Poeira		Água contaminada		Falta de higiene		Trabalho pesado		Preocupação		Fraqueza		Más condições de moradia		Insetos		Outras			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Assentamento Menino Jesus	17	65,4	4	15,4	5	19,2	1	3,8	1	3,8	2	7,7	-	-	-	-	1	3,8	-	-	1	3,8	-	-
Acampamento Índio Galdino	38*	40	19	20	11	11,6	9	9,5	10	13,9	6	6,3	7	7,4	6	6,3	8	8,4	-	-	-	-	25	26,3
Bairro Mamoeiro	13*	24,5	13	16,3	-	-	-	-	-	-	5	6,3	-	-	-	-	-	-	6	7,5	16	19,8		
Total	68	33,7	36	17,8	16	7,9	10	5,0	11	5,4	13	6,4	7	3,5	6	3	9	4,5	6	3	42	21		

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Quando as famílias foram questionadas sobre o que falta para se ter boa saúde na comunidade, o acesso aos serviços de saúde foi importante para os três grupos (55%) (Tabela 38). O acesso foi ainda mais determinante para 76,9% dos assentados e 61,1% dos acampados. As necessidades de transporte foram destacadas também no assentamento por 26,9% das famílias. A alimentação deixou de ser preponderante quando a pergunta passou a se referir à

comunidade, e não à família (10,4%), ficando os medicamentos como um dos itens mais citados (13,4%). A especificidade do acampamento foi a “falta de receber a terra” (12,6%) como fator determinante para não se ter boa saúde. No Bairro Mamoeiro, as questões como necessidade de asfalto (28,8%) e segurança (6,3%) surgiram como aspectos de preocupação típicos das zonas urbanas.

Tabela 38 – Percepção dos fatores que faltam para se ter boa saúde nas comunidades segundo as famílias , Unaí-MG, abril de 2005.

Comunidade	Fatores que faltam para se ter boa saúde nas comunidades																			
	Acesso aos serviços de saúde		Medicamentos		Estradas transporte		Acesso definitivo à terra		Boa alimentação		Asfalto		Segurança		Nada		Outras		Não sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	20	76,9	4	15,4	7	26,9	-	-	3	11,5	-	-	-	-	-	-	4	11	-	-
Acampamento Índio Galdino	58	61,1	14	14,7	8	8,4*	12	12,6	18	18,9	-	-	-	-	-	-	22	23,2	-	-
Bairro Mamoeiro	33	41,3*	9	11,3	-	-	-	-	-	-	23	28,8	5	6,3	6	7,5	24	30	7	8,8
Total	111	55,0	27	13,4	15	7,4	12	5,9	21	10,4	23	11,4	5	2,5	6	3	49	24,3	7	3,5

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Cabe ressaltar que não foi apresentada correspondência entre as “causas das doenças” ou os “fatores geradores de saúde” com “o que falta para se ter boa saúde na comunidade”. A resposta para essa pergunta apresentou viés medicalizado se comparado com as respostas anteriores que faziam referência à alimentação e ao saneamento (Tabelas 35, 36 e 37).

Não ocorreram diferenças estatísticas significativas no percentual de acidentes de trabalho para as três comunidades (Tabela 39). Durante uma observação participante (Figura 21) realizada durante a colheita do arroz no Assentamento Menino Jesus¹¹, verificaram-se riscos associados ao uso de ferramentas ou mesmo a picadas de cobras. Ocorreu acidente com o próprio membro da equipe de pesquisa no manejo do cutelo, espécie de pequena foice utilizada na colheita do arroz. A natureza do trabalho no campo implica maiores riscos também para a coluna em função da posição corporal exigida para a colheita do arroz e do feijão. Deve-se ressaltar que parcela importante de acampados (36,1%) e assentados (42,3%) trabalha temporariamente em fazendas, o que pode estar contribuindo para a homogeneidade do dado.

Esta comparação também não é tão simples, pois Faria *et al* (2000) encontraram jornadas de trabalho de mais de 12 horas entre pequenos e médios agricultores familiares na safra, e de 10 horas diárias na entressafra na Serra Gaúcha do Rio Grande do Sul com um índice médio anual de acidentes de trabalho de 10%.

A fitoterapia é importante alternativa de tratamento para as comunidades. Destaca-se o uso do chá no assentamento (72%) e para as famílias com bóias-frias (67,5%). As famílias acampadas lideram a produção de xarope (68,4%) (Tabela 40). O uso do chá como alternativa para o tratamento também foi encontrado por Castro *et al* (2004) ao avaliar a saúde de crianças em um assentamento no Vale do Rio Doce em Minas Gerais.



Figura 21 – Assentados colhendo arroz – observação participante, Unaí-MG, abril de 2005

¹¹ Não foi possível acompanhar os trabalhos dos bóias-frias em função do clima de desconfiança por parte dos condomínios rurais, investigados pelo Ministério do Trabalho e pela Polícia Federal devido a denúncias relacionadas às condições de trabalho de seus integrantes.

Tabela 39 - Distribuição das famílias em que um dos membros já sofreu acidente ou doença do trabalho, segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Sofreu Acidente ou Doença do Trabalho				Total
	Sim		Não		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	12	46,2	14	53,8	26
Acampamento Índio Galdino	27	28,7	67	71,3	94
Bairro Mamoeiro	33	41,8	46	58,2	79
Total	72	36,2	127	63,8	199

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado. 3 famílias deixaram de responder esta pergunta.

Tabela 40 - Remédios produzidos em casa por comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005.

Comunidade	Tipos de remédios													
	Chá		Xarope		Pomada		Soro		Nenhum Remédio		Outros		Não Sabe	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assentamento Menino Jesus	18	72	5	20	3	12	-	-	3	12	7	28	-	-
Acampamento Índio Galdino	35*	36,8	65	68,4	-	-	-	-	5	5,3	33	34,7	-	-
Bairro Mamoeiro	54	67,5	15	18,8	-	-	3	3,8	10	12,5	11	13,8	6	7,5
Total	107	53,0	85	42,0	3	1,5	3	1,5	18	8,9	51	25,2	6	3,0

* $p < 0,05$ tomando o assentamento como base de comparação.

Esses resultados contribuem para a legitimação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, 2006), pois são práticas amplamente disseminadas entre a população do campo, o que reforça a necessidade de o SUS favorecer o acesso seguro e racional como formas de tratamento.

Ao avaliarem a influência do MST em relação à saúde, as famílias assentadas e acampadas consideraram que o fato de estarem em uma organização como o MST melhorou suas perspectivas de saúde (Tabela 41). Isso está associado a uma maior capacidade de organização e

reivindicação junto aos atores públicos como também foi observado em outros estudos (Bittencourt *et al*, 1999).

A percepção do estado de saúde de quem está organizado junto ao MST comparados com os bóias-frias exibiu uma tendência de ser igual (37%) ou melhor (42,9%) (Tabela 42). Isso reforça a idéia de que o fato de ser Sem Terra (Figura 22) (categoria de pertencimento conforme Caldart, 2000) e estar organizado melhora as perspectivas de sua saúde em comparação com os bóias-frias, que não possuem em seu horizonte ter acesso a terra como o militante do MST.

Tabela 41 - Influência do MST em relação à saúde segundo a comunidade de residência, Unai-MG, abril de 2005*.

Comunidade	Influência do MST em relação a saúde				Total
	Boa		Não tem		
	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	21	80,8	5	19,2	26
Acampamento Índio Galdino	70	73,7	25	26,3	95
Total	91	75,2	30	24,8	121

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado.

Tabela 42 - Percepção do estado de saúde de quem está organizado junto ao MST comparado aos bóias-frias, Unai, abril de 2005*.

Comunidade	Saúde em relação ao bóia fria								Total
	Igual		Melhor		Pior		Não sabe		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Assentamento Menino Jesus	10	41,7	11	45,8	1	4,2	2	8,3	24
Acampamento Índio Galdino	34	35,8	40	42,1	9	9,5	12	12,6	95
Total	44	37,0	51	42,9	10	8,4	14	11,8	119

* Não foi possível identificar diferenças entre os grupos segundo a distribuição de qui-quadrado.
2 famílias do assentamento não responderam a pergunta.



Fonte: Bertolini, 2005

Figura 22 - Famílias do Assentamento Menino Jesus, Unai-MG, 2004

4.4.7 Análise fatorial discriminante

Foi realizada análise fatorial discriminante com o objetivo de verificar se as três comunidades estudadas eram realmente distintas entre si. Essa análise permitiu verificar quais, entre as variáveis estudadas mais caracterizavam ou discriminavam

esses grupos (Kleinbaum, 1988; Sampaio 1993).

A partir da análise das variáveis e com base no marco teórico adotado foram selecionadas as mais representativas e que melhor caracterizassem ($p < 0,05$ no Teste do Quiquadrado ou de Fisher) os diferenciais entre as comunidades (QUADRO 4).

QUADRO 4. Variáveis selecionadas para a análise fatorial discriminante das três comunidades estudadas em Unaí-MG, abril de 2005

Grupo temático	Variáveis
Características sócio-demográficas e familiares	Origem urbana ou rural
Condições de vida	
• Segurança alimentar	A comida acabou nos últimos três meses
• Saneamento	Presença de água encanada dentro de casa
• Crédito	Acesso a políticas de crédito (agrícola)
• Organização comunitária	Participação em organização ou entidade comunitária
Condições de produção e trabalho	
• Exposição a agrotóxicos	Utilização de agrotóxicos no trabalho
• Produção animal	Não cria animais de produção
Serviços de saúde	
• Ações para que o SUS atenda as necessidades de saúde da família ou comunidade	Reinvidicar melhorias, pressionar o governo e organização.
Noções de saúde	
• Fatores que faltam para se ter boa saúde	Acesso e melhoria dos serviços de saúde

Por meio das variáveis selecionadas, as três comunidades apresentaram percentual geral de 89% de classificação correta, com apenas 21 famílias que não exibiram as características típicas de seu próprio grupo, de um total de 189 famílias analisadas. As famílias dos trabalhadores bóias-frias do

Bairro Mamoeiro obtiveram o melhor índice de adequação à classificação com 96%, seguida de 86% do acampamento e 76% do assentamento (Tabela 43). Valores acima de 70% são considerados satisfatórios (Sampaio, 1993).

Tabela 43 - Resumo da classificação da análise discriminante segundo comunidade de residência e variáveis selecionadas, Unai-MG, abril de 2005

Grupos classificados pela análise discriminante	Assentamento Menino Jesus	Acampamento Índio Galdino	Bairro Mamoeiro
Assentamento Menino Jesus	19	8	0
Acampamento Índio Galdino	6	76	3
Bairro Mamoeiro	0	4	73
Total	25	88	76
Classificação correta	19	76	73
Proporção	0,760	0,864	0,961

*Treze famílias apresentaram informações incompletas e foram excluídas da análise. Foram analisadas 189 famílias de um total de 202.

Nenhuma família assentada foi classificada como bóia-fria, o que mostra a diferenciação bem demarcada entre essas populações. Seis famílias do assentamento foram classificadas como acampadas, porque não obtiveram acesso ao crédito agrícola. Ao se checar o motivo, foi identificado que chegaram no lote há pouco tempo, pois existe a reposição de famílias quando há abandono da parcela. Entretanto, como a família moradora anterior consumiu os créditos, esse novo assentado ficou sem acesso ao benefício. Sua estruturação irá depender da capacidade própria de investimento e trabalho. Oito famílias acampadas foram classificadas como assentadas devido o acesso ao crédito agrícola, principalmente o da CONAB. Essas famílias apresentaram produção semelhante ao dos assentados, o que indica a importância desse incentivo, mesmo para uma situação temporária. Outros acampados foram classificados como bóias-frias por relatarem o uso de agrotóxicos no trabalho. Essa exposição foi fortemente associada ao grupo de bóias-frias, o que motivou essa aproximação. Finalmente, quatro famílias de bóias-frias receberam a classificação de acampadas por não terem

água encanada em casa ou por criarem animais. Isso está associado à presença de um grupo de "sem-teto" no Bairro Mamoeiro, o que explica a falta de acesso à água encanada. Como a produção animal estava mais relacionada com a população assentada e acampada, as poucas famílias de bóias-frias que criavam animais se aproximaram do perfil da população beneficiária da reforma agrária (Tabela 43).

As variáveis que melhor caracterizaram as famílias assentadas foram o crédito, a criação de animais de produção, a presença de comida nos últimos três meses, a origem rural, a necessidade de melhor acesso aos serviços de saúde e a ausência de água encanada em casa. No outro extremo, estavam as famílias de bóias-frias diferenciadas pela utilização de agrotóxicos no trabalho, não-criação de animais de produção, presença de água encanada e baixa participação e organização comunitária. Os acampados exibiram nível intermediário, com maioria de origem urbana, elevada participação e organização comunitária, baixa utilização de agrotóxicos e de crédito (Tabela 44).

Tabela 44 - Função discriminante linear das variáveis selecionadas para as três comunidades estudadas, Unai-MG, abril de 2005*

Variáveis	Assentamento Menino Jesus	Acampamento Índio Galdino	Bairro Mamoeiro
Constante	-6,95	-3,92	-9,88
Origem urbana ou rural	0,12	3,86	2,49
Presença de água encanada dentro de casa	0,93	1,69	5,29
Acesso a crédito	10,22	1,06	1,21
Utilização de agrotóxicos no trabalho	1,12	-0,06	7,46
A comida acabou nos últimos três meses	1,32	1,40	3,54
Reivindicar melhorias para o SUS, pressionar o governo e organização	2,88	1,08	-0,47
Participação em organização	2,89	3,02	0,98
Não cria animais de produção	0,99	2,20	6,04
Acesso e melhoria dos serviços de saúde	2,56	1,98	1,163

*Categorização das variáveis: 1= presença do fator 0=ausência

As médias mais altas foram relacionadas ao crédito e a necessidade de acesso e

melhoria dos serviços de saúde para os assentados; a origem urbana e a alta

participação comunitária dos acampados; os altos índices de uso de agrotóxicos, não criação de animais, insegurança alimentar e presença de água encanada na residência das famílias de bóias-frias (Tabela 45).

Tabela 45 – Médias da análise fatorial discriminante das variáveis selecionadas para as três comunidades estudadas, Unai-MG, abril de 2005.

Variáveis*	Médias por grupo			
	Média	Assentamento Menino Jesus	Acampamento Índio Galdino	Bairro Mamoeiro
Origem urbana ou rural	0,59	0,24	0,81	0,45
Presença de água encanada dentro de casa	0,44	0,12	0,18	0,84
Acesso a crédito	0,15	0,76	0,09	0,03
Utilização de agrotóxicos no trabalho	0,44	0,28	0,10	0,89
A comida acabou nos últimos três meses	0,28	0,12	0,22	0,41
Reivindicar melhorias para o SUS, pressionar o governo e organização	0,32	0,60	0,35	0,20
Participação em organização ou entidade comunitária	0,47	0,64	0,61	0,24
Não cria animais de produção	0,49	0	0,28	0,90
Acesso e melhoria dos serviços de saúde	0,55	0,76	0,59	0,43

*Categorização das variáveis: 1= presença do fator 0=ausência

A análise fatorial discriminante revelou em uma nova dimensão as diferenças existentes entre os três grupos. Melhores condições de segurança alimentar e de produção animal somados a um nível elevado de organização comunitária e capacidade de reivindicação foram atributos positivos da população do MST. Isso demonstra o potencial desse grupo para contribuir na implementação de uma ampla e participativa política de reforma agrária. Entretanto, a falta d'água dentro de casa e de acesso qualificado aos serviços de saúde significaram desvantagens associadas às limitações das políticas públicas de saúde e de saneamento ainda não superadas, o que também foi apontado por vários autores (Schmidt *et al*, 1998; Saúde nos assentamentos -UnB 2001; Leite *et al*, 2004; Kassouf, 2005).

Os bóias-frias diferenciam-se positivamente apenas no acesso ao saneamento, graças às maiores facilidades encontradas no desenvolvimento dessa política na zona urbana se comparada com a rural. Entretanto, a alta exposição aos agrotóxicos, um alto índice de insegurança alimentar e o baixo nível de organização política também os fazem diferentes da população do MST estudada em Unai. Esses atributos negativos são expressivos das conseqüências do modelo de produção de grande escala baseado na monocultura, analisados também por vários autores (Alessi e Navarro, 1997; Silva, 1999; Castro, 2003; Breilh, 2004; Miranda *et al*, 2007; Soares e Porto, 2007).

Essas constatações remetem a uma reflexão sobre o projeto de desenvolvimento do País. Tido como o grande carro de força da economia brasileira e responsável por 40% do volume total exportado pelo Brasil (Miranda *et al*, 2007), o denominado "agronegócio" brasileiro não tem sido avaliado nos seus impactos na saúde (trabalhadores, famílias e comunidades) e nos ecossistemas (Soares e Porto, 2007). Os bóias-frias de Unai sofrem com as precárias condições de trabalho a que estão submetidos (90% querem mudar de trabalho) e possuem futuro incerto com o processo atual de modernização

conservadora da agricultura. O aparecimento de máquinas cada vez mais eficientes na região animam os grandes fazendeiros, pois acreditam que irão diminuir seus problemas com o Ministério do Trabalho, já que dependerão cada vez menos dos bóias-frias que rumam para a "extinção", segundo Silva (1999).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS: ELEMENTOS PARA UMA PROPOSTA DE POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS POPULAÇÕES DO CAMPO

Neste capítulo, apresentamos uma síntese integradora das discussões desenvolvidas, de forma a destacar, mas longe de esgotar, os elementos que consideramos mais importantes para a construção de uma proposta política. O percurso partirá das políticas e organização dos serviços, passando pelas condições de saúde das populações do campo, chegando aos conceitos de saúde que estão guiando a luta de movimentos sociais como o MST.

A política econômica neoliberal vigente nas últimas décadas vem restringindo o papel do Estado (Vianna, 1998), contribuindo para a população do campo continuar relegada no acesso aos serviços públicos básicos como os de saúde, saneamento, transporte coletivo, entre outros. Uma das expressões desse modelo também está na modernização conservadora da agricultura brasileira (Delgado, 2002), que concentra a propriedade da terra, precariza as condições de trabalho e tem impactado os ecossistemas. As famílias expulsas da terra acabam migrando para as cidades em busca de trabalho e melhores condições de acesso a saúde e de outros serviços.

As primeiras políticas de saúde para o campo, baseadas em uma concepção restrita da relação desenvolvimento e saúde no Brasil, buscaram atender aos interesses econômicos ligados à garantia de mão-de-obra sadia para a exploração dos recursos naturais (Lima *et al*, 2005). Sua evolução esteve estreitamente associada aos momentos de mobilizações dos trabalhadores rurais, quando se constituíram

em grupos de pressão com capacidade de articulação política frente ao Estado. Nesse processo, foram vencidas importantes barreiras associadas a interesses privados e corporativos. Na década de 1960, a pressão das Ligas Camponesas obrigou o Estado a implementar o FUNRURAL. Já no final dos anos de 1970, o movimento pela redemocratização do País abriu espaço para a concepção de um programa como o PIASS. Entretanto, o Estado usou essas políticas como forma de cooptação dos movimentos ao mesmo tempo em que buscava maior legitimidade frente à sociedade.

No ano de 2003, com a chegada de um ex-líder do movimento sindical urbano a Presidência da República, são estabelecidas maiores pontes de diálogo com os movimentos sociais, contribuindo para a estruturação do Grupo da Terra. A criação desse grupo fez, pela primeira vez na história brasileira, o “público alvo” da política nacional de saúde para o campo participar diretamente do processo de sua construção, antes dominada por tecnocratas e representantes dos anéis burocrático empresariais. No entanto, apesar dos avanços da criação do SUS, os incentivos para a atuação na saúde do campo ainda são tímidos, existindo uma distância do que é preconizado na lei e o que chega à base do sistema de saúde.

Essas populações sempre enfrentaram a descontinuidade das ações, modelos que não se consolidaram, e uma fragmentação de iniciativas que ainda contribuem para seus altos níveis de exclusão e discriminação pelos serviços de saúde. Como lições para se pensar em novas políticas, deve se ressaltar o fracasso das propostas de caráter desintegrado, centralizado, curativo, urbano, não-universais, em detrimento de ações como as de saneamento, de estímulo a participação social e de ampla utilização de agentes de saúde (Pinto, 1984; Escorel, 1998; Lima *et al*, 2005).

Os resultados dos diversos estudos sobre as condições de saúde desses grupos evidenciam um perfil mais precário se

comparado com a população urbana. No campo, ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental. As condições de saúde nas áreas de reforma agrária é uma das questões mais mal avaliadas pelas famílias, em termos de sua melhora após serem assentadas (Leite *et al*, 2004). Tais constatações servem para apontar o fracasso das políticas de saúde para o campo no Brasil.

Um dos achados mais expressivos de nosso estudo está na comparação entre as condições de saúde de assentados, acampados e bóias-frias de Unaí-MG. Os bóias-frias do Bairro Mamoeiro apresentaram a situação mais crítica em relação à segurança alimentar. A oferta de trabalho no Bairro limitava-se, de maneira geral, a apenas seis meses ao ano e de forma inconstante, fazendo que as famílias tivessem renda variável e baixa. A grande maioria das famílias gostaria de mudar de trabalho em função do escasso tempo para dormir, da precariedade dos meios de deslocamento, conservação da comida, danos à saúde, cansaço e à “exploração”. Provavelmente, em função do regime intensivo de produção, os bóias-frias também estavam mais expostos aos agrotóxicos se comparados aos assentados e acampados.

A produção animal desenvolvida pela totalidade das famílias assentadas, foi uma característica marcante, ao contrário dos bóias-frias que praticamente não contavam com essa possibilidade na cidade. Entretanto, as limitações de infra-estrutura, recursos financeiros e crédito continuam sendo entraves para que essa produção tenha impacto que ultrapasse o autoconsumo e gere renda para assentados e acampados. Essa é uma questão importante que, somada à melhora na produção agrícola, pode fazer que parte das famílias não precisem mais buscar trabalho fora de suas áreas.

Apesar de aliados da maioria das políticas e serviços públicos, as famílias assentadas e acampadas do MST possuem nível de

organização política bem superior ao dos bóias-frias, que, por outro lado, têm mais acesso às políticas de saúde e saneamento, desenhadas para quem vive na cidade. A forte ação política reivindicatória do movimento tem possibilitado diminuir alguns diferenciais à medida que se tornam sujeitos históricos construtores de seu futuro. Essa posição contribui para a emancipação das famílias frente aos modos de vida e situações enfrentadas de risco a saúde, pois avaliam que o fato de estarem na organização melhorou suas perspectivas de saúde. Já os bóias-frias parecem resignados a uma condição de *sem futuro, de não ser*, frente a um modelo agrícola que se moderniza e cada vez menos necessita deles.

A experiência do movimento coloca a saúde como objeto de luta pela valorização da vida. A saúde passa a significar conquista da luta popular. Esse talvez seja o grande diferencial da ação do MST: *seu processo organizativo*. O resgate da politização da saúde, no sentido de valorizar os princípios originais do SUS, baseados na promoção da saúde e na participação popular, é outra estratégia importante para fazer frente ao processo de mercantilização e medicalização da saúde no Brasil. A necessidade de se implementar a intersetorialidade é fortemente reivindicada, principalmente para atender às demandas por saneamento rural, moradia, saúde ambiental e produção de fitoterápicos. Tratam-se de lutas por melhores condições de vida daqueles que vivem nos assentamentos e acampamentos, bem como para a preservação ambiental e a geração de renda. Frente a esses desafios, o movimento vem investindo na formação de militantes e na delegação de responsabilidade para todos os níveis da organização para serem capazes de atuar na saúde. Entretanto, é um desafio complexo, pois cria-se uma linha tênue entre o que é papel do Estado e as atribuições dos movimentos sociais. Torna-se oportuno lembrar que a estreita relação que os sindicatos de trabalhadores rurais possuíam com o FUNRURAL, em termos de recebimentos de recursos e responsabilidades de prestar serviços,

desencadeou um processo de burocratização e perda da capacidade organizativa dessas entidades (Viana, 1997; Vianna, 1998; Delgado, 2002).

Finalmente, pode-se afirmar que o MST possui um importante papel de indutor do processo de elaboração e execução de políticas públicas, possibilitando a seus participantes o exercício da cidadania ao mesmo tempo em que tenciona o Estado a cumprir seu papel. A construção de uma política de saúde para as populações do campo poderá ser uma oportunidade para gerar *novo ciclo para o SUS*, em que a promoção da saúde deverá ser peça fundamental rumo a um projeto de desenvolvimento de País que distribua riqueza e seja ecologicamente sustentável.

6. CONCLUSÕES

Historicamente, as políticas de saúde para o campo no Brasil voltaram-se para interesses econômicos, que, para potencializar a exploração dos recursos naturais, necessitavam de mão-de-obra sadia. Mesmo assim, os maiores avanços dessas políticas ocorreram nos períodos históricos em que os trabalhadores rurais estiveram mais organizados. A resposta do Estado a essas pressões puderam ser entendidas como estratégias de legitimação frente à sociedade e de cooptação dos movimentos sociais. Como resultado desse processo as populações do campo sempre enfrentaram a descontinuidade das ações, modelos que não se consolidaram, e uma fragmentação de iniciativas que ainda contribuem para seus altos níveis de exclusão e discriminação pelos serviços de saúde. Como lições para se pensar em novas políticas para essas populações, deve se ressaltar o fracasso das propostas de caráter desintegrado, centralizado, curativo, urbano, não-universais, em detrimento de ações como as de saneamento, de estímulo a participação social e de ampla utilização de agentes de saúde.

A análise fatorial discriminante de variáveis selecionadas para as três comunidades (assentamento, acampamento e bóias-frias

de Unaí-MG) reforçou a tese de que são realmente diferentes entre si. Os bóias-frias do Bairro Mamoeiro apresentaram alto índice de insegurança alimentar, quase o dobro da proporção entre as famílias acampadas e quatro vezes maior que as assentadas do MST. Com uma renda variável e baixa, estão também mais expostos aos agrotóxicos se comparados aos assentados e acampados. A produção animal desenvolvida pela totalidade das famílias assentadas foi uma característica marcante, ao contrário das famílias bóias-frias que praticamente não contavam com essa possibilidade na cidade de Unaí. Essa produção para o autoconsumo pode estar contribuindo para a elevação da renda familiar e para a melhora da segurança alimentar dessas famílias.

A precariedade da infra-estrutura enfrentada pelas famílias do MST de Unaí indica a insuficiência das políticas de Estado referentes ao saneamento rural se comparada com a situação das áreas urbanas. O SUS também não tem atendido a uma grande parcela das necessidades de saúde das famílias assentadas e acampadas das comunidades estudadas em Unaí, sendo que o acesso é uma das questões mais importantes. Para a maior parte dessas famílias, a única forma de o sistema atender suas necessidades será após reivindicações e pressões sobre o governo. O fato de ser Sem Terra, estar organizado, melhora as perspectivas de sua saúde em comparação com os bóias-frias, que não possuem as mesmas possibilidades de ter acesso à terra como o militante do movimento. Tais constatações servem para avaliar o fracasso das políticas de saúde para o campo no Brasil.

A noção de saúde apresentada pelo MST expressa um conceito ampliado, destacado no movimento político da Reforma Sanitária Brasileira e associado a um projeto de transformação da sociedade. O entendimento, tanto da base do MST, quanto dos dirigentes do Coletivo Nacional de Saúde, mostra que existem muitos obstáculos a serem superados para que os princípios definidos na Constituição brasileira sejam de fato cumpridos. O

diferencial da ação do MST sobre a saúde é seu processo organizativo, cujos princípios resgatam a politização da saúde, valorizando a promoção da saúde e a participação popular. O movimento possui importante papel de indutor do processo de elaboração e execução de políticas públicas, tendo sido fundamental para a criação do Grupo da Terra e das mudanças no cálculo do PAB que incluiu a população assentada. A agenda de luta de movimentos sociais como o MST tem exigido do Ministério da Saúde o desencadeamento do processo de construção de uma política para a população do campo em que a participação social, a intersectorialidade e a equidade são elementos fundamentais. A construção dessa política poderá ser uma importante oportunidade para que o SUS se renove, priorizando a promoção da saúde e dando um salto qualitativo na suas práticas rumo a um projeto de sociedade mais justa e democrática.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A POLÍTICA *Social brasileira 1930-1964: a evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 1983. 331 p.

ALBUQUERQUE, C. S. S; CASTRO, A. J. W; ROSAS, R. J. R. *Análise situacional de saúde para assentados da reforma agrária*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2000. Relatório.

ALESSI, N. P. ; NAVARRO, V. L. Health and work in rural areas: sugar cane plantation workers in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.13, suppl.2, p.111-121. 1997.

ANDRADE, P A; NAGY M. R. *Saúde e qualidade de vida no campo: a luta dos (as) trabalhadores (as) da CONTAG e dos (as) participantes do MST*. 2004. 82 f. Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva – Educação em Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde, Unb, Brasília.

AROUCA, S. *Dr. Democracia*. Rio de Janeiro: O PASQUIM 21, 27 ago. 2002. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/5/7/275-Sergio_arouca_entrevistao.doc> Acesso em: 10 de outubro de 2007.

ASTUDILLO, V. Formas da organização da produção como determinantes de risco de febre aftosa. *Hora Veterinária*, ano 3, n. 17, p.11-20, 1984.

AVILA, R. V. *Os impactos dos assentamentos de reforma agrária no noroeste de Minas Gerais*. 2002. 117 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BERTOLINI, V. A. *Ocupando o cerrado – Avaliação do processo de implantação de assentamentos rurais no entorno do Distrito Federal*. 2005. 183f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) Faculdade de Arquitetura, Universidade de Brasília, Brasília.

BERTRAN, P. *História da Terra e do Homem no Planalto Central: eco-história do Distrito Federal: do indígena ao colonizador*. Brasília: SOLO, 1994. 270 p.

BITTENCOURT, G.A; CASTILHOS, D. S B; BIANCHINI, V *et al. Principais fatores que afetam o desenvolvimento dos assentamentos de reforma agrária no Brasil*. Brasília: Projeto de Cooperação Técnica INCRA/FAO/Ministério do Desenvolvimento Agrário, 1999, 62p.

BRASIL. Decreto nº 5.813 de 22 de junho de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: 10 dezembro de 2006.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: dezembro de 2006.

BRASIL. Portaria 2.607 de 10 de dezembro de 2004a. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: 25 outubro de 2006.

BRASIL. Portaria FUNASA nº 106 de 4 de março de 2004. Dispõe sobre critérios de elegibilidade para a execução de projetos de saneamento em comunidade quilombolas, assentamentos, reservas extrativistas e populações com menos de 30.000 habitantes. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: 20 outubro de 2006.

BRASIL. Portaria nº 1432 de 14 de julho de 2004d. Dispõe sobre a inclusão, na base de cálculo do valor do Piso de Atenção Básica (PAB -fixo), a população assentada entre os anos 2000 e 2003, e dá outras providências. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: 24 de outubro de 2006.

BRASIL. Portaria nº 1434 de 14 de julho de 2004b Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: 25 outubro de 2006.

BRASIL. Portaria nº 2460 de 12 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra.. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: 26 de outubro de 2006.

BRASIL. Portaria nº 719 de 14 de abril 2004c. Dispõe sobre a criação do Grupo da Terra. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>> . Acesso em: 15 outubro de 2006.

BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 317 p.

BREILH, J. *Pilhagens, ecossistemas e saúde*. Conferência de abertura do III Seminário Nacional sobre Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004. 20 p. (mimeografado).

BRENTLINGER, P. E; HERNÁN, M. A; HERNÁNDEZ-DIAZ *et al.* Childhood malnutrition and postwar reconstruction in rural El Salvador – a community-based survey. *Journal of the American Medical Association*, v. 281, n.2, p 184-190, 1999.

CABRAL, P. BBC Brasil. Lixão de Brasília sustenta 'indústria informal'. *BBC Brasil*. 27 set. 2002. Disponível em <www.bbc.co.uk/.../2002/020927_paulodi.shtml> Acesso em 24 de janeiro de 2007.

CALDART, R. *Pedagogia do Movimento Sem Terra*. Petrópolis: Vozes, 2000. 276p.

CARNEIRO F.F; CIFUENTES E; TELLEZ-ROJO M; ROMIEU, I. The risk of *Ascaris lumbricoides* infection in children as a environmental health indicator to guide preventive activities and Caparaó and Alto Caparaó, Brazil. *Bulletin of World Health Organization*, v 80 n.1; 40-45. 2002

CASTRO, J. *A geografia da fome – o dilema brasileiro: pão ou aço*. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 318 p.

CASTRO, T. G. C; CAMPOS, F. M; PRIORE, S. E. *et al.* Health and nutrition of children, 0 to 60-month old, in an agrarian-reform settlement, Vale do Rio Doce, MG, Brazil. *Revista de Nutrição*, v. 17, n. 2, pp. 167-176. 2004.

CIDADES@. IBGE Cidades. Unai, lavoura temporária de 2003. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso: junho de 2006.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T (org). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-405.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. 2ª, 1994. Relatório eletrônico Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 10ª, 1996 Relatório eletrônico. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 11ª, 2000 Relatório eletrônico. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 12ª, 2003. Relatório eletrônico. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 5ª, 1975. Relatório eletrônico. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 6ª, 1977. Relatório eletrônico. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 7ª, 1980. Relatório eletrônico. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª, 1986. Relatório eletrônico. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 9ª, 1992. Relatório eletrônico. Disponível em : <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 de outubro de 2006.

- CONSTRUINDO *o conceito de saúde do MST*. Veranópolis: ITERRA. 2000. 55p. (Cartilha de Saúde nº 5).
- CORDEIRO, H A; AROUCA, A. T; FIORI; J. L. *et al*. Los determinantes de la producción y distribución de la enfermedad. Rio de Janeiro [S.N.], 1980. p 159-180.
- DELGADO, G. C. Expansão e modernização do setor agropecuário no pós-guerra: um estudo da reflexão agrária. *Estudos avançados*, v.15, n.43, p.157-172. 2001.
- DELGADO, G.C ; CARDOSO JR, J. C (Org). *A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90*. 2 ed. Brasília: Ipea, 2002. 242p.
- DUGGER, C W. Brazilian Slums Seen as Pawns in Political Games. *The New York Times*. 18 jan. 2004. Disponível em: <<http://www.nytimes.com/2004/01/18/international/americas/18BRAZ.html?pagewanted=1&ei=5007&en=bc4f7e4732f3a0ab&ex=1389762000&partner=USERLAND>>. Acesso em: 24 janeiro de 2007.
- ECONOMIA –IBGE. Censo Agropecuário, 1996. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso: junho de 2004.
- SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 208 p.
- FARIA, N. M. X; FACCHINI, L.A; FASSA, A.G. *et al*. Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, v.16, n.1, p.115-128. 2000.
- FERNANDES, B. M. *A formação do MST no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 318 p.
- FERREIRA, H. S; ALBUQUERQUE, M.F.M; ATAIDE, T.R *et al*. Estado nutricional de crianças menores de dez anos residentes em invasão do “movimento dos sem-terra”, Porto Calvo, Alagoas. *Cadernos de Saúde Pública*, v 13, n. 1 p. 137-139, 1997.
- FIGUEIREDO, V. M; FREITAS, E; PINTO, M.G.O; BARROS, M. E. Questão Agrária e Saúde no Brasil contemporâneo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v.15, n.59, p.7-17. 1987.
- FLEURET, P.; FLEURET, A. Nutrition, consumption, and agricultural change. *Human Organization*, v. 39, n. 3, p. 250-260, 1980.
- GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006. 206 p.
- GUEDES, F. V. N. L. *Condições, modo de vida e renda no Assentamento Liberdade, Periquito – MG – Fundamentação para a Epidemiologia Social*. 2006. 70f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária -área de concentração : Epidemiologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária. Belo Horizonte.
- KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural.*, v. 43, n. 1, pp. 29-44. 2005 Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 outubro de 2006.
- KLEINBAUM, D. G. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. 2 ed. Boston: PWS-KENT Publishing Company. 1988. 718 p.
- LAUDOS de Vistoria e Avaliação: fazenda Porteira Santa Cruz (PA Menino Jesus) e fazenda São Miguel do Mulungu (PA Carlos Lamarca). Brasília: INCRA SR 28, 1999 .
- LEITE, S; HEREDIA, B; MEDEIROS, L. *et al* (org). *Impacto dos Assentamentos: um estudo sobre o meio rural brasileiro*. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura: Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural; São Paulo: Editora UNESP, 2004. 392 p.
- LIMA, N. T (org). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504p.

LIRA, P.I.C . Estado nutricional de crianças menores de seis anos, segundo posse da terra, em áreas rurais do estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, v. 35, n.2, p. 246-257, 1985.

LUTAR *por saúde é lutar por vida*. ANCA. 2ª Edição. São Paulo: Coletivo Nacional de Saúde, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 2000. Caderno de Saúde n.1.16p.

MARSHALL, T.H. Política Social. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967. 369 p.

MINAYO, M.C; ASSIS, S. G; SOUZA; E. R. (Org) *et al. Avaliação por triangulação de métodos* – abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

MIRANDA, A.C; MOREIRA, J. C; CARVALHO, R *et al.* Neoliberalismo, uso de agrotóxicos e a crise da soberania alimentar no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.1, p. 7-14. 2007.

MOREIRA, E. ; WATANABE, T (Org). *Ambiente, Trabalho e Saúde*. João Pessoa: Universitária UFPB, 2006. 232 p.

MORISSAWA, M. *A História da Luta pela Terra e o MST*. São Paulo: Expressão Popular, 2001. 256 p.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA- MST. Página na internet desenvolvida pelo MST. Apresenta histórico e dados gerais sobre o movimento. Disponível em : <www.mst.org.br> . Acesso em: junho de 2004.

NETTO, G. F; CARNEIRO, F. F; ARAGÃO, L. G. T. *et al. Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS*. IN: CASTRO.A; MALO, M. SUS – ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC/OPAS, 2006. 222 p.

NISHIYAMA, P. *Utilização de agrotóxicos em áreas de reforma agrária no estado do Paraná*. 2003. 136 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

O DESENVOLVIMENTO *do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios, e reafirmação de seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 72p (série B. Textos Básicos de Saúde).

OFICINA. 1ª Oficina. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde do MST, 1998. (Relatório).

PINTO, V G. Saúde para poucos ou para muitos: o dilema da zona rural e das pequenas localidades. Brasília: IPEA, 1984. 200 p. (Série Estudos para o Planejamento n 26)

POPULAÇÃO-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar, 2003a. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso: junho de 2006.

PRINCIPAIS *indicadores sócio-econômicos dos assentamentos de reforma agrária*. FAO. Brasília: Ministério da Agricultura Abastecimento e da Reforma agrária. 1992. (Relatório). 24p.

PROGRAMA *de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Geral, 1981. (Relatório) 13p.

PROGRAMA de processamento de textos, dados e estatísticas em Saúde Pública. EPINFO. Versão 6.04d. CDC e WHO, 2001. Disponível em : <<http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/EI6dnjp.htm>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2006.

PROGRAMA Estatístico. Versão 14. Pennsylvania: MINITAB, 2006.

PROPOSTA do Curso Técnico de Saúde Comunitária. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde do MST, 2001.

RELATO de experiências de Saúde. Brasília: Coletivo Nacional de Saúde do MST. 2005b. 44 p.

RELATÓRIO – Seminário Nacional de Agrotóxicos, Saúde e Ambiente. 2005, Olinda. Brasília: Anvisa, 2006.25 p.

REUNIÃO do Coletivo Nacional de Saúde do MST. Cajamar, 2000 (Relatório).

ROMANI, S.A.M; AMIGO, H. Perfil Alimentar e posse da terra na área rural do estado de Pernambuco, nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 20, n 5, p 369-376, 1986.

ROSENBERG, F.J. Estructura social y epidemiologia veterinária em América Latina. *Boletim. Centro Panamericano Fiebre Aftosa*, v. 52, p. 3-23, 1986.

SAKAMOTO, L.Quatro mortes, dois anos. *agência carta maior*, 1 de fevereiro de 2006. Colunistas. Disponível em :<http://agenciacartamaior.uol.com.br/templetes/colunaMostrar.cfm?coluna_id=2889> Acesso em: 27 de junho de 2006.

SAMPAIO, I.B.M. *Análise de dados multidimensionais*. Madrid: Escuela Técnica Superior de Ingenieros Agronomos/ Universidad Politécnica de Madrid, 1993. 123 p. (Relatório das atividades de pós-doutorado).

SAÚDE E REFORMA AGRÁRIA – uma escola em Movimento, relatos de uma construção. Veranópolis: Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa em Reforma Agrária/Escola Josué de Castro. Curso Técnico em Saúde Comunitária. 2005 (Mimiografado).

SAÚDE nos assentamentos e acampamentos da reforma agrária. Brasília: UnB/MST, 2001, 179 p.

SCHMIDT, B V; MARINHO, D N C; COUTO ROSA, S L (ORG). *Os assentamentos da reforma agrária no Brasil*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. 306 p.

SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 208 p.

SEGURANÇA ALIMENTAR no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social. 2004. 33p. (Relatório).

SILVA, M. A. M. *Errantes do fim do século*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999. 370 p.

SOARES, W.L; PORTO, M.F. Atividade agrícola e externalidade ambiental: uma análise a partir do uso de agrotóxicos no cerrado brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.1, p. 131-143. 2007.

SOARES, W; ALMEIDA, R. M; MORO, S. Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxico em Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1117-1129, 2003.

STÉDILE, J. P. (Org). *A questão agrária hoje*. 2ª ed. Porto Alegre: Editora Universidade,. UFRGS, 1994. 322 p.

SUS – 15 anos de implantação – desafios e propostas para sua consolidação. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 23 p. (Textos Básicos de Saúde – Série Políticas de Saúde – série B).

VASCONCELOS, F. A.G. *Avaliação Nutricional de Coletividades*. 3 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2000. 154p.

VEIGA, G V; BURLANDY, L. Indicadores sócio-econômicos, demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes residentes em um assentamento rural do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v.17, n.6, p.1465-1472. 2001.

VIANA, A L D. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, A M (org.). *Ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1997, p. 205-215.

VIANNA, M.L.T.W. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Revan, UCAM, IUPERJ, 1998. 272 p.

VICTORA, C. G. Desnutrição e a propriedade da terra no campo. *Ciência Hoje*, v. 1 n.5 p. 80; 1983.

VICTORA, C.G; VAUGHAN, J.P; KIRKWOOD, B. *et al.* Child malnutrition and land ownership in southern Brazil. *Ecology of Food and Nutrition*, v. 18. p. 265-275, 1986.

YUSUF, E. M; EHRLICH, A; MARITIM, G.K. A comparison of nutritional status of pre-school children of cooperative and individual farmers in rural Ethiopia. *Tropical and Geographical Medicine*, v. 45, p. 93-94, 1993.

8. ANEXOS

Anexo A

Roteiro de discussão com o Coletivo Nacional de Saúde do MST

1. Qual é o conceito de saúde do MST? (Reflexão sobre o conceito de saúde das pessoas)
2. Existem diferenças do conceito de saúde do MST em relação ao conceito de saúde e doença de sua base social? (focar no entendimento do grupo)
3. O que mais produz doença nos assentamentos e acampamentos? (Existem diferenças, quais, focar no cotidiano)
4. O que mais produz saúde nos assentamentos e acampamentos? Existem diferenças?
5. Qual a relação do processo de reforma agrária e a política agrícola com a saúde? (abrir discussão)
6. O que acham do SUS? O que precisa ser modificado ou aprimorado no SUS?
7. Deve ser alterado o modelo de reforma agrária para se ter uma melhor saúde? Como fazer isso?
8. Quais necessidades contribuíram para a criação do setor saúde no MST? Qual foi a conjuntura sócio-econômica e política deste momento?
9. Quais são os resultados da criação do setor saúde do MST?
10. Como a visão de saúde do coletivo de saúde é implementada junto a base do MST? Que tipo de ações existem? Quais as condições?
12. Quais são as principais dificuldades e os desafios para o trabalho dos coletivos de saúde?
13. O que se espera com a implantação do plano/ações do coletivo de saúde?

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE CAMPO

Para famílias acampadas e assentadas

Realização:

Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG – Escola de Veterinária
(Doutorado em epidemiologia)

Código questionário:

Código da comunidade:

Número da moradia:

Data:

Resultado da Entrevista:

(1) completa (2) incompleta (3) recusa (4) ninguém em casa

Observação:

1. FAMÍLIA

Histórico da família

1.1. Anos de acampamento, considerando o primeiro acampamento:

Percurso:

1.2. Local de residência antes de acampar:

(1) Zona Rural (2) Zona Urbana

Percurso de migração:

1.3. Com relação ao antigo imóvel, qual era a condição?

(1)próprio (2)cedido (3)ocupado (4)alugado R\$_____ (5)outro_____

1.4. Profissão e/ou ocupação (homem) antes de ser assentado/acampado:

(1)Bóia Fria (2)Meeiro (3)Empregado fazenda (4)Pequeno proprietário

(5)Assalariado urbano.Especifique_____ (6) outros:_____

1.5. Profissão e/ou ocupação (mulher) antes de ser assentada/acampada:

(1)Bóia Fria (2)Dona de casa (3)Empregada fazenda (4)Pequena proprietária

(5)Assalariada urbana.Qual?_____ (6) outros:_____

1.6. Membros da família

Nome	Sexo	idade	parentesco	Frequência a escola	Escolarid.	Mora no local	Quantas horas trabalha por dia	Recursos externos (aposentadoria/bolsa escola)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

2. MORADIA

2.1 Materiais da casa

Piso: (1)terra (2)cimento grosso (3)cimento queimado (4)cerâmica (5)outros _____

Paredes: (1)tijolo bruto (2)rebocado (3)barro (4)lona (5) palha (6)outros _____

Telhado: (1)amianto (2)telha cerâmica (3)palha (4)lona (5)outros _____

Água

2.2 Fonte de água para beber:

(1) cisterna (2) nascente (3) poço artesiano (4) rio (5) Outros _____

2.3 Têm água encanada dentro de casa?

(1) Sim (2) Não

2.4 Quantidade de água em litros que se consome por dia

2.5 Qualidade da água (1)boa (2)regular (3)péssima (4)ótima

2.6 Quem vai buscar a água?

(1) Mulher (2) Homem (3) crianças (4) mulheres e crianças (5)Outros _____

2.7 Quantas horas se gasta por dia para buscar água?

2.8 Dos itens a seguir quais estão sendo utilizados em sua casa?

(1)Filtro (2)pia de cozinha (3)tanque de lavar roupa (4)Vaso sanitário com descarga

Dejetos

2.9 Onde fazem suas necessidades?

(1)fossa (2)mato (3)outros _____

2.10 Que destino é dado ao lixo orgânico (ex: restos de alimentos)?

(1)adubação (2)alimentação animal (3)enterra (4)outros

2.11 Que destino é dado ao lixo inorgânico (papel, plástico, metais, vidro)?

(1)queimado (2)jogado a céu aberto (3)enterrado (4)separado (5)outros _____

2.12 Quais desses animais aparecem mais em sua casa?

(1)rato (2)mosquito (3)barata (4)mosca (5)cobra (6)escorpião (7)barbeiro (8)aranhas

Animais de companhia

2.15 Cria animais domésticos?Quais?

(1)cachorro _____ (2)gato _____ (3)pássaro _____ (4)não (5) outros _____

2.16 São vacinados?

(1)sim (2)não

3. PRODUÇÃO

3.1 Você tira o sustento do lote? (1)sim (2)não
Explique:

3.2 O que se produz na sua parcela?
(1)arroz (2)feijão (3)milho (4)cana (5)mandioca (6)frutas (7)hortaliças
(8)outros _____(9) não produz nada

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 O que faz com a produção?
(1)sustento (2)vende na cidade (3)comercializa com vizinhos (4)outros _____

3.4 Que atividades ajudam na renda?
(1)Bóia Fria em outras fazendas (2)trabalho temporário na cidade (3)outros _____

3.5 Desenvolvem alguma atividade cooperada?
(1)produção com vizinho (2)beneficiamento (3)comercialização (4)não (5)outro _____

3.6 Quantos hectares há atualmente no seu lote de:

área plantada

área desmatada para plantio

área verde intocada

área para o gado

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Produção Animal x Saúde

3.7 Que animais cria?
(1)gado (2)cabras (3)porcos (4)galinha (5)animais de trabalho (cavalo, mula, burro) (6)não cria (7) outros _____

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.8 Quais são os cuidados básicos com a criação?

animal	quantidade	instalações	alimentação	sanidade (remédios, vacinas, vermífugos)	doenças mais comuns

3.9 Você tem conhecimento de casos de doenças transmitidas para as pessoas por animais, insetos, ou outros bichos no assentamento?

3.10 O que falta para criar os animais como sempre sonhou?

Modelo Agrícola x Saúde

3.11 Quais políticas públicas a comunidade tem acesso?

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| (1) habitação | (5) crédito agrícola | (10) educação |
| (2) alimentação/segurança alimentar | (6) energia | (11) assistência técnica |
| (3) saúde | (7) telefonia | |
| (4) saneamento | (8) estradas | |
| | (9) transporte | |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.12 São utilizados agrotóxicos no assentamento?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

3.13 Já se intoxicou ou conhece casos de intoxicação na comunidade ou nas áreas próximas? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe

3.14 Quais são os principais problemas ambientais sofridos pela comunidade?

4. SEGURANÇA ALIMENTAR

4.1 Nos últimos três meses a comida acabou antes que a (o) senhora(sr) tivesse produção ou dinheiro para comprar comida?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

4.2 Com que frequência isso ocorreu?

(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (4) Não sabe

4.3 O que a família comeu no dia anterior?

Refeição/hora	Alimentos	Quantidade (medida caseira)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

4.4 O que os animais comeram no dia anterior?

	Alimentos (ração, comida e etc)	Frequência	Quantidade
1. Cachorro			
2. Gato			
3. Vaca			
4. Porco			
5. Galinha			
6. Outros (especificar)			

5. SAÚDE (entrevista individual com quem cuida da família):

5.1 Que coisas da vida produzem doença?

5.2 Que coisas da vida produzem saúde?

5.3 Na sua família teve algum doente nestas 2 semanas? (1)sim (2)não (3) não sabe

5.4 Qual doença?

5.5 Para você qual foi a causa?

5.6 Precisou procurar um atendimento (tipo, qualidade e etc)? (1)sim (2)não (3) não sabe

5.7 Já houve óbito na família? (1)sim (2)não (3) não sabe Qual foi a causa?

5.8 Como está a saúde das pessoas no assentamento/acampamento? Por que?

5.9 Quais são as principais doenças sentidas pela comunidade?

5.10 Quais são as causas?

5.11 Que doenças podem ser tratadas dentro do assentamento/acampamento?

5.12 Quais os remédios produzidos dentro do assentamento?

5.13 As condições de saúde da família antes de estar na comunidade eram iguais as de hoje?
(1)sim (2)não (3) não sabe Porque?

5.14 O que falta para se ter boa saúde na comunidade?

5.15 Você ou alguém de sua família já sofreu algum acidente ou doença do trabalho? (1)sim (2)não
(3) não sabe Explique

5.16 Você participa de alguma entidade/organização comunitária? (1)sim (2)não (3) não sabe
Qual?

5.17 Que influência o MST tem em relação a saúde (incluir as ações dos coletivos)?

5.18 A saúde de quem está no MST é diferente da saúde dos “Bóias Frias”? (1)sim (2)não (3) não sabe
Porque?

5.19 O SUS atende as necessidades de saúde de sua família ou comunidade? (1)sim (2)não (3) não sabe

5.20 O que pode ser feito para mudar esta situação?

QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA DE CAMPO

Para famílias de trabalhadores rurais temporários

Realização:

Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG – Escola de Veterinária
(Doutorado em epidemiologia)

Código questionário:

Código da comunidade:

Número da moradia:

Data:

Resultado da Entrevista:

(1) completa (2) incompleta (3) recusa (4) ninguém em casa

Observação:

1. FAMÍLIA

Histórico da família

1.1. Anos de trabalho como trabalhador rural temporário:

1.2. Local de residência antes de trabalhar como trabalhador rural temporário:

(1) Zona Rural (2) Zona Urbana

Percurso de migração:

1.3. Com relação ao atual imóvel, qual é a condição?

(1) próprio (2) cedido (3) ocupado (4) alugado \$ _____ (5) outro _____

1.4. Ocupação (homem) antes de ser trabalhador rural temporário:

(1) Meeiro (2) Empregado fazenda (3) Pequeno proprietário (4) Assalariado urbano. Qual? _____ (5) outros: _____

1.5. Ocupação atual da mulher:

(1) Dona de casa (2) Empregada fazenda (3) Pequena proprietária (4) Assalariada urbana. Qual? _____ (5) Bóia-fria (6) outros: _____

1.6. Membros da família

Nome	Sexo	Idade	Parentesco	Frequência a escola	Escolarid.	Mora no local	Quantas horas trabalha por dia	Recursos externos (aposentadoria/bolsa escola)
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

2. MORADIA

2.1 Materiais da casa

Piso: (1)terra (2)cimento grosso (3)cimento queimado (4)cerâmica (5)outros_____

Paredes: (1)tijolo bruto (2)rebocado (3)barro (4)lona (5) palha (6)outros_____

Telhado: (1)amianto (2)telha cerâmica (3)palha (4)outros_____

Luz

2.2 Quando gasta (R\$), em média, de conta de luz por mês?

Água

2.3 Fonte de água para beber:

(1)cisterna (2)nascente (3)poço artesiano (4)rio (5)rede pública (6)Outros_____

2.4 Tem água encanada dentro de casa?

(1)Sim (2) Não

2.5 Quanto gasta (R\$), em média, de conta de água por mês?

2.6 Qualidade da água (1)boa (2)regular (3)péssima (4)ótima

2.7 Dos itens a seguir quais estão sendo utilizados em sua casa?

(1)Filtro (2)pia de cozinha (3)tanque de lavar roupa (4)Vaso sanitário com descarga

Dejetos

2.8 Onde fazem suas necessidades?

(1)banheiro com fossa (2)banheiro com rede de esgoto (3)outros_____

2.9 Que destino é dado ao lixo orgânico (ex: restos de alimentos)? (1)coleta pública (2)adubação (3)alimentação animal (4)vai com o lixo inorgânico (5)enterra (6)outros

2.10 Que destino é dado ao lixo inorgânico (papel, plástico, metais, vidro)?

(1)coleta pública (2)queimado (3)jogado a céu aberto (4)enterrado (5)separado (6)outros_____

2.11 Quais desses animais aparecem mais em sua casa?

(1)rato (2)pernilongo (3)barata (4)mosca (5)cobra (6)escorpião (7)barbeiro (8)aranhas

Animais de companhia

2.12 Cria animais domésticos?Quais?

(1)cachorro _____ (2)gato_____ (3)pássaro_____ (4)não (5) outros_____

2.13 São vacinados?

(1)sim (2)não

3. OCUPAÇÃO E RENDA

3.1 Que outras atividades complementam sua renda (ex. construção civil, serviços gerais)?

Explique:

3.2 Em quais culturas você trabalha?
 (1)arroz (2)feijão (3)milho (4)cana (5)algodão (6)soja (7)hortaliças
 (8)outros _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Você participa de qual etapa da produção?
 (1)plantio (2)colheita (3)carpina (4)aplicação de agrotóxicos (5)todas (6)outros _____

3.4 Durante quantos meses do ano você trabalha como bóia-fria?

3.5 Você participa de alguma organização?
 (1) associação (2) sindicato (3)cooperativa (4)não (5)outro _____

3.6 Qual é o seu rendimento (financeiro) diário no trabalho?

3.7 Trabalha quantos dias da semana?
 (1) segunda à sexta (2) segunda à sábado (3) todos os dias (4) outros _____

3.8 Trabalha quantas horas por dia?

3.9 Tempo médio gasto em deslocamento para o local de trabalho por dia?

3.10 Você trabalha com carteira assinada (fichado)? (1) Sim (2) Não

3.11 O que há de pior em seu trabalho?

3.12 Você tem vontade de mudar de trabalho?
 (1) Sim. Para qual e porque? _____ (2) Não

Produção Animal x Saúde

3.13 Que animais cria?
 (1)gado (2)cabras (3)porcos (4)galinha (5)nenhum (6)não cria (7) outros _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3.14 Quais são os cuidados básicos com a criação?

animal	quantidade	instalações	alimentação/ quantidade/frequência	sanidade (remédios, vacinas, vermífugos)	doenças mais comuns

3.15 Você tem conhecimento de casos de doenças transmitidas para as pessoas por animais, insetos, ou outros bichos?

Modelo Agrícola x Saúde

3.16 São utilizados agrotóxicos no seu trabalho?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

3.17 Você já se intoxicou ou conhece casos de intoxicação na comunidade ou nas áreas próximas?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

3.18 Quais políticas públicas a comunidade tem acesso?

(1) habitação

(6) energia,

(2) alimentação/segurança alimentar

(7) telefonia,

(3) saúde

(8) rua pavimentada

(4) saneamento

(9) transporte coletivo

(5) crédito

(10) educação

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		

3.19 Quais são os principais problemas ambientais sofridos pela comunidade?

4. SEGURANÇA ALIMENTAR

4.1 Nos últimos três meses a comida acabou antes que a (o) senhora(sr) tivesse dinheiro para comprar comida?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

4.2 Com que frequência isso ocorreu?

(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (4) Não sabe

4.3 O que a família comeu no dia anterior?

Refeição/hora	Alimentos	Quantidade (medida caseira)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

5. SAÚDE (entrevista individual com quem cuida da família):

5.1 Que coisas da vida produzem doença?

5.2 Que coisas da vida produzem saúde?

5.3 Na sua família teve algum doente nestas 2 semanas? (1)sim (2)não (3) não sabe

5.3.1 Qual doença?

5.3.2 Para você qual foi a causa?

5.3.3 Precisou procurar um atendimento (tipo, qualidade e etc)? (1)sim (2)não (3) não sabe

5.4 Já houve óbito na família? (1)sim (2)não (3) não sabe Qual foi a causa?

5.5 Como está a saúde das pessoas na comunidade? Por que?

5.6 Quais são as principais doenças sentidas pela comunidade?

5.7 Quais são as causas?

5.8 Que doenças podem ser tratadas dentro da comunidade (bairro)?

5.9 Quais os remédios produzidos dentro de casa?

5.10 As condições de saúde da família antes de estar na comunidade eram iguais as de hoje?
(1)sim (2)não (3) não sabe Porque?

5.11 O que falta para se ter boa saúde na comunidade?

5.12 Você ou alguém de sua família já sofreu algum acidente ou doença do trabalho? (1)sim (2)não
(3) não sabe Foi a óbito? Explique

5.13 Você participa de alguma entidade/organização comunitária? (1)sim (2)não (3) não sabe
Qual?

5.14 O SUS atende as necessidades de saúde de sua família ou comunidade? (1)sim (2)não (3) não sabe

5.15 O que pode ser feito para mudar esta situação?

5.16 Qual o seu maior desejo na vida?

Anexo C

Roteiro de observação estruturada das áreas

1. Parcelamento
2. Vegetação
3. Topografia
4. Organização da produção agropecuária
5. Condições de vida

Moradia (qualidade da habitação)

Infra estrutura (estradas, energia elétrica e etc)

Saneamento

Educação

Trabalho (formas, atividade, duração, divisão, intensidade)

Alimentação (frequência, tipo, quantidade)

6. Organização interna política

Guia estruturada para informantes chaves e coletivos locais de saúde

1. Histórico do assentamento/acampamento e da luta pela terra na região
2. Histórico das conquistas internas (água, escola, etc)
3. Organização interna
4. Participação do assentamento em atividades do MST
5. Relação com os serviços de saúde
6. Relação entre produção agrícola/animal e saúde

Registros fotográficos/:

Casas:

- Interior
- Exterior
- Fossas

- Destino dejetos
- Imediações
- Hortas
- Chiqueiros
- Galinheiros
- Localização no lote

Lotes:

- Áreas de cultivos
- Animais
- Vegetação
- Características ambientais

Equipamentos comunitários:

- Edificações
- Entorno
- Localização no assentamento

Formas de transporte:

- Na parcela
- Dentro e fora do assentamento
- Escolar

Infra-estrutura:

- Estradas
- energia

Características ambientais:

- vegetação
- Animais
- hidrografia

- topografia

Água:

- Fontes
- transporte
- Tratamento água de beber
- Águas servidas

Comunidade:

- Festas, eventos e reuniões.
- Crianças
- Adolescentes
- Mulheres e homens

Caracterização do trabalho

Acompanhar um dia de trabalho no assentamento, acampamento e com um grupo de bóias-frias avaliando as condições de trabalho por meio de uma observação estruturada que contemple:

Alimentação

Riscos no trabalho

Transporte

Moradia

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

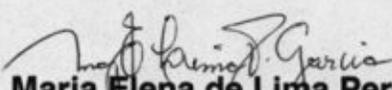
Parecer nº. ETIC 588/04

**Interessados: Prof. José Ailton da Silva
Fernando Ferreira Carneiro
Depto. de Medicina Veterinária Preventiva
Faculdade de Veterinária - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 30 de março de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência o projeto de pesquisa intitulado « **Reforma agrária, produção e saúde** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

Anexo E

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo trabalhos de pesquisa com o objetivo de trazer novas informações e recomendações para as políticas públicas que venham a contribuir na melhoria de vida dos trabalhadores rurais. Os estudos desenvolvidos são voltados para conhecermos melhor os riscos e às condições de vida a que estão submetidos os trabalhadores, e a relação com doenças e saúde.

Os resultados serão organizados e devolvidos para as famílias na forma de reuniões a serem planejadas posteriormente.

Estes trabalhos fazem parte do estudo de campo do aluno Fernando Ferreira Carneiro (matrícula 2003203340.99.041-8) do Doutorado em Ciência Animal da UFMG – área de concentração Medicina Veterinária Preventiva e Epidemiologia, da Universidade Federal de Minas Gerais.

Se sua família está de acordo em participar e contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, respondendo aos questionários, por favor, assine ou marque com sua digital no espaço abaixo.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Contato com o pesquisador

Fernando Ferreira Carneiro : (61) 811 59477 61 (343-3765) residencial

Endereço: QRSW 05 Bloco B8 Apt 304 – Setor Sudoeste – Brasília/DF

Correio eletrônico: fernandocarneiro.brasília@gmail.com

Qualquer reclamação ou questionamento em relação a esta pesquisa também poderá ser feito junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – fone 31 3499-4592

fax 31 3499 4027 email: coep@prpq.ufmg.br

Endereço: Avenida Presidente Carlos Luz, 6627, Prédio da Reitoria – 7º andar sala 7018

Cep 31270-901 BH/MG.

Anexo F

Equipe da Pesquisa

Equipe da Pesquisa de Campo

André Campos Búrigo

Estudante de Medicina Veterinária do último período da UFPel

Fernando Ferreira Carneiro (Coordenador da Pesquisa)

Biólogo, Estudante de Doutorado da UFMG, Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária da ANVISA

Jaqueline Fernandes

Pedagoga, estagiária técnica do Decanato de Extensão da UnB

Mateus Carvalho Silva Araújo

Estudante de Medicina Veterinária do último período da UFMG

Valéria Andrade Bertolini

Arquiteta, Mestre em Arquitetura e Planejamento Urbano pela UnB

Waltency Roque de Sá

Biólogo, membro do Centro Mineiro de Estudos Epidemiológicos e Ambientais

Digitação dos dados

Patrícia Andrade Bertolini

Acadêmica de Medicina - UFPr

ANEXO G

Localização do município de Unai

(Base cartográfica – IBGE)

