

LEVANTAMENTO DAS CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO E SAÚDE DA COMUNIDADE DA FAVELA DO BOREL, TIJUCA

A. A. Pereira (*), A. A. F. B. Mello (*), A. A. F. Quadra (*), C. R. Pierantoni (*),
F. S. Carvalho (*), H. A. Souza (**), M. H. C. Barros (***), M. I. Cony (****),
M. L. C. Pereira (****), M. G. F. Almeida (*), R. Lipsztein (*), R. M. Rezende (*)
e Y. M. Cyranka (*)

O presente estudo faz o levantamento das condições de habitação e saúde da comunidade da favela do Borel, acompanhado de inquérito parasitológico em amostra da população de 0 a 14 anos. Tal levantamento traz subsídios ao Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão visando a uma campanha de educação sanitária e saneamento, além de proporcionar treinamento de estudantes em condições reais de trabalho.

INTRODUÇÃO

As favelas cariocas, resultado do processo contínuo de migração de regiões menos prósperas, constituem não só problemas das áreas de administração e urbanismo, mas principalmente da área da saúde. Os movimentos migratórios no sentido dos grandes centros industrializados acarretam problemas de inadequação de mão-de-obra, refletidos em baixo nível de remuneração e moradia. A pré-existência de doenças parasitárias e infecciosas, a má nutrição e certos hábitos culturais são potencializados, no novo núcleo residencial, através da promiscuidade, do pouco cuidado com a água consumida, com a proteção dos alimentos; com o destino dos dejetos e lixo; com a presença de animais, muitas vezes, hospedeiros ou vetores de doenças (1, 2, 5 e 12).

O atendimento médico a essas comunidades é a nível individual, proporcionado em consultórios particulares, na Previdência e em organizações religiosas, que apesar de seu sentido filantrópico e curativo oferecem perspectivas limitadas, por não atender ao aspecto profilático e preventivo. Por outro lado, goza de grande prestígio, junto à comunidade, a medicina das curiosas e rezadeiras, baseada no empirismo e nas plantas milagrosas (5).

Este trabalho comporta o levantamento das condições de habitação e saúde da comunidade da favela do Borel (Tijuca — VIII RA), acompanhado de inquérito coprológico em amostra da população de 0 a 14 anos, no sentido de:

a) Proporcionar ao Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão um conhecimento da situação real da comunidade para que se faça junto a esta uma campanha de

Trabalho do Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão da VIII Região Administrativa - GB do Departamento de Saúde Pública — 1970.

(*) Aluno do curso médico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara. Estagiário do Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão.

(**) Diretor-geral do Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão.

(***) Estudante de Pedagogia. Estagiário do Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão.

(****) Estudante de Psicologia. Estagiário do Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão.

Recebido para publicação em 5-12-1971.

educação sanitária e junto às autoridades competentes uma campanha em prol do saneamento.

b) Possibilitar o treinamento de estudantes de Medicina em condições reais de trabalho numa comunidade, ao lado de estudantes de outras áreas, visando ao estabelecimento da mentalidade de equipe de saúde multidisciplinar, composta por elementos de origem médica e não médica, com a função de mobilizar os recursos sociais para a manutenção da saúde do indivíduo na comunidade (3, 4, 5 e 10).

MATERIAL E MÉTODOS

Segundo o "Resumo histórico e informações sobre a Tijuca" da VIII RA - 1969, a favela do Borel conta 11.000 habitantes, ocupando 2.500 unidades domiciliares (15), portanto, com um índice de aglomeração igual a 4,4. Quanto à orientação e material para o inquérito coprológico entramos em entendimentos com o DNERu. O projeto foi, então, apresentado à União dos Moradores do Morro do Borel (UMMB) e às entidades religiosas que atuam especificamente sobre a comunidade.

Estabelecida a impossibilidade de realização de censo, procuramos a melhor maneira de obter uma amostra representativa da população. Segundo orientação do Departamento de Estatística da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública e da própria UMMB, a área foi dividida em cinco regiões com características geográficas, habitacionais, econômicas, históricas e sociais que lhes conferem aspecto homogêneo. Foram visitadas 215 unidades domiciliares.

Para a coleta de dados, a equipe foi dividida em subgrupos de 2 ou 3 elementos, que visitavam a unidade sorteada e entrevistavam a dona da casa, ou, na ausência desta, um adulto responsável. Utilizou-se um questionário que pesquisava os seguintes itens:

1. Habitação

1.1. Prédio: a) tipo; b) constituição; c) cobertura; d) piso.

1.2. Água: a) natureza do abastecimento; b) cuidados com a água de bebida; c) lavagem de roupa.

1.3. Lixo e dejectos: destino.

2. Relação social

2.1. Recebimento de notícias externas.

2.2. Canais de liderança.

2.3. Filiação a associações de classe ou de diversão.

3. Saúde

3.1. Recursos assistenciais utilizados.

3.2. Noção do Centro Médico Sanitário.

3.3. Prevalência de enteroparasitos em amostra da população de 0 a 14 anos.

A equipe investigava, ainda, por ocasião da entrevista, o número de habitantes em cada unidade, o total de crianças de 0 a 14 anos, destas, quantas estudavam e em qual escola. Esclarecia-se a família sobre os objetivos imediatos e remotos do inquérito, entregavam-se dois recipientes onde seriam depositadas as fezes da criança mais velha e da mais nova (esta, a partir da época em que pudesse ter contato com as formas infestantes de enteroparasitos) (6, 8 e 9); solicitava-se à mãe das crianças que devolvesse as latinhas à sede da UMMB.

O exame das amostras fecais foi realizado, uma única vez, no Laboratório do Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão, pelo método de sedimentação em cálice, segundo a técnica de Hoffman, Pons e Janer (9 e 11). O método eleito não exige equipamento especializado, cobre a maioria das protozooses e helmintoses e evidencia particularmente os ovos do *Schistosoma mansoni* (11). O Morro do Borel, segundo estudos do DNERu e de outros autores, se constituía num dos focos autóctones de esquistossomose na Guanabara, visto o Rio Maracanã, que serve à favela como escoadouro das valas, ser utilizado, pela mesma população, para lavagem de roupa, banho após o futebol e, até mesmo, para obtenção de água de consumo domiciliar (7, 12 e 14).

RESULTADOS

1. Dados demográficos — Nos 215 domicílios visitados residem 1.464 pessoas.

Portanto, um índice de aglomeração bastante alto (6,8), tendo em vista, ainda, as pequenas dimensões das unidades consideradas. A população de 0 a 14 anos equivale a 49,6% do total. (Tabela 1).

TABELA 1 — Dados gerais sobre a comunidade da favela do Borel (Tijuca) - 1970.

Dados	Total *	Amostra
Domicílios	2.500	215
População	11.000	1.464
Índice de aglomeração	4,4	6,8

* Fonte: VIII Região Administrativa — Resumo histórico e informações sobre a Tijuca (16).

2. Dados de habitação

2.1. Prédio — Os entrevistadores consideraram casas as construções de alvenaria (cerca de 55% das unidades visitadas) e barraco, as de taipa, madeira e lata. Cerca de 80% das construções tinham cobertura sólida (telha ou lage) e as demais possuíam teto de zinco. O piso era de cimento em 55% das habitações, terra batida em 20% e de madeira ou taco nas restantes. Vemos assim que a construção típica é de alvenaria, coberta de telha com piso de cimento. (Tabela 2).

2.2. Água — Quanto ao abastecimento de água, apenas 10% das residências recebem água da rede pública. As demais servem-se de bicas, poços, fontes ou riachos de origem bastante duvidosa. Ainda assim, somente 26% das famílias têm o hábito de filtrar e 8% de ferver a água que consome. (Tabela 3).

2.3. Lixo e dejectos — Mesmo possuindo vaso sanitário (12% das casas), os dejectos são lançados em valas abertas peridomiciliares, sem qualquer sistema de condução ou tratamento. Na região mais próspera (5% das casas) há um rudimentar sistema de esgoto que conduz os despejos até ao Rio Maracanã. O lixo é amontoa-

TABELA 2 — Condições de habitação (tipo do prédio; construção; piso) em 215 unidades da comunidade da favela do Borel (Tijuca) - 1970.

Tipo do prédio	Nº	(%)
Casa	117	(54,4)
Barraco	97	(45,1)
Casa coletiva	1	(0,5)
Construção	Nº	(%)
Alvenaria	123	(57,2)
Taipa	82	(38,1)
Madeira	16	(7,4)
Lata	1	(0,5)
Piso	Nº	(%)
Cimento	120	(55,8)
Terra batida	44	(20,5)
Madeira	25	(11,6)
Taco	14	(6,5)
Ladrilho	1	(0,5)

do em certos locais comuns a uma região. Algumas famílias (29%) preferem queimá-lo e 7% enterrá-lo. (Tabela 4).

3. Dados de relação social — O rádio penetra em 70% das residências e 25% das famílias possuem aparelho de televisão. 32% das famílias costumam ler jornal, embora 15% ainda receba as notícias por meio de vizinhos e conhecidos. Embora, entre os órgãos associativos, seja a mais citada (70%), a UMMB conta com a frequência e participação ativa de 32% da amostra tomada. Menos de 5% costuma frequentar cerimônias religiosas. A escolarização é maciça na faixa compulsória.

4. Dados de saúde — Embora a população se gabe da "boa saúde que todos gozam", encontramos, com certa frequência, casos de doenças infectuosas na popu-

lação adulta e doenças de carência na infância. Dez pessoas apresentavam diagnóstico de esquistossomose, estando submetidas a tratamento específico.

4.1. Recursos assistenciais — A população utiliza, em caso de emergência, os serviços de pronto-socorro (55%) e, periódicamente, o INPS (54%). Os consultórios particulares atendem a 23% das famílias e 15% delas se utilizam somente dos recursos da medicina popular. (Tabela 5).

TABELA 3 — Condições de abastecimento e cuidados com a água de consumo em 215 unidades da comunidade da favela do Borel (Tijuca) - 1970.

Abastecimento	Nº	(%)
Fonte	92	(42,8)
Bica	64	(29,8)
Rêde pública	38	(17,7)
Poço protegido	23	(10,7)
Poço descoberto	7	(3,3)
Rio	3	(1,4)
Tratamento	Nº	(%)
Nenhum	152	(70,7)
Filtração	46	(21,4)
Fervura	17	(7,9)

TABELA 4 — Destino dos dejectos e lixo em 215 unidades da comunidade da favela do Borel (Tijuca) - 1970.

Destino dos dejectos	Nº	(%)
Lançamento a superfície	62	(28,8)
Fossa	40	(18,6)
Latrina	26	(12,1)
Esgoto	5	(4,6)
Receptáculo móvel	1	(0,5)
Destino do lixo	Nº	(%)
Lançamento à superfície	131	(60,9)
Queimado	62	(28,8)
Coleta	26	(12,1)
Enterrado	14	(6,5)

amente, o INPS (54%). Os consultórios particulares atendem a 23% das famílias e 15% delas se utilizam somente dos recursos da medicina popular. (Tabela 5).

TABELA 5 — Utilização dos serviços de saúde em 215 unidades da comunidade da favela do Borel (Tijuca) - 1970.

Serviço	Nº	(%)
Pronto-Socorro	118	(54,9)
I.N.P.S.	117	(54,4)
Consultório particular	49	(22,8)
"Medicina popular"	31	(14,4)

4.2. Noção do Centro Médico Sanitário — O Centro Médico Sanitário é utilizado para vacinação (66%), recebimento de leite (26%), exames pediátricos periódicos (25%) e episódios de doença (7%). A existência do exame pré-natal é do conhecimento de 30% das mães entrevistadas. (Tabela 6).

TABELA 6 — Utilização das disponibilidades do Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão em 215 unidades da comunidade da favela do Borel (Tijuca) - 1970.

Disponibilidade	Nº	(%)
Vacinação	143	(66,5)
Recebimento de leite	56	(26,0)
Exames pediátricos	53	(24,6)
Episódios de doença	15	(7,0)

4.3. Dados parasitológicos — Foram entregues 372 recipientes, dos quais 139 foram devolvidos. Globalmente, 88,5% dos exames apresentaram resultado positivo. O poliparasitismo representou 72,5% das respostas. A distribuição específica correspondeu a: *Ascaris lumbricoides*, 74,8%; *Trichocephalus trichiuris*, 71,9%; *Giardia lamblia*, 2,2%; *Enterobius vermicularis*, 2,2%; *Strongyloides stercoralis*, 2,2%; *Entamoeba coli*, 1,4%; *Balantidium coli*, 0,7%; *Necator americanus*, 0,7%. (Tabela 7).

TABELA 7 — Prevalência de enteroparasitos em amostra da população de 0 a 14 anos da comunidade da favela do Borel (Tijuca) - 1970. (Total: 139 exames).

Enteroparasito	Nº	(%)
<i>A. lumbricoides</i>	104	(74,8)
<i>T. trichiuris</i>	100	(71,9)
<i>G. lamblia</i>	3	(2,2)
<i>E. vermicularis</i>	3	(2,2)
<i>S. stercoralis</i>	3	(2,2)
<i>E. coli</i>	2	(1,4)
<i>B. coli</i>	1	(0,7)
<i>N. americanus</i>	1	(0,7)

DISCUSSÃO

Inicialmente devemos estabelecer a importância e exequibilidade de levantamentos dessa natureza em áreas faveladas. A noção superficial da condição de habitação, saúde e meios de comunicação da região permite aos órgãos de Saúde Pública e de Engenharia Sanitária encetar campanhas de educação sanitária e saneamento com possibilidades de êxito ampliadas. Nesse tipo de atividade, o estudante de Medicina e áreas correlatas pode, quando convenientemente supervisionado, obter, junto à realidade do meio, subsídios para sua melhor formação e posterior atuação.

A insegurança, inexatidão e, muitas vezes, inexistência de dados sobre a população de cada favela e a quantidade de órgãos que, direta ou indiretamente, atuam no problema são dois impecilhos ao conhecimento da situação e encaminhamento das soluções segundo uma diretriz única. Relativamente à comunidade em questão, torna-se evidente que o prestígio da UMMB justifica sua utilização como principal veículo numa campanha de educação sanitária capaz de conquistar as famílias e trans-

formar hábitos e atitudes. A escolarização maciça na faixa compulsória permite, por outro lado, que a Divisão de Saúde Escolar, integrada no programa geral, atinja a camada infantil da população e, conseqüentemente, a própria família.

A transformação dos valores da população deverá ser acompanhada, também, pela transformação dos fatores ambientais: melhoria das instalações de água, recolhimento de lixo e dejectos etc. A própria ascensão do valor — saúde — na escala das necessidades da comunidade permitirá uma melhor compreensão e utilização das perspectivas oferecidas pelo Centro Médico Sanitário Heitor Beltrão.

O índice de infestação parasitária encontrado foi igual a 88,5%. Goulart, valendo-se de seis métodos, em estudo comparativo de crianças faveladas e não-faveladas da Guanabara, observou, para o primeiro grupo, um percentual global de 91,7% (6). Trindade, em 1.265 exames coprológicos realizados nas escolas primárias frequentadas pelas crianças do Morro do Borel, obteve uma positividade de 92,3% (14). A alta prevalência que encontramos, apesar das deficiências do método adotado (um único exame e método, exame de duas crianças por grupo familiar etc.), permite avaliar as precárias condições de saneamento ambiental facilitando a manutenção de um ciclo endêmico ininterrupto.

Sobre a esquistossomose, parece-nos que medidas adotadas pelo DNERu quanto à extinção de hortas, construção de coberturas e aplicação de moluscicidas, realizadas a partir de 1966, levaram à extinção do foco. Paes e cols. afirmam que o exame coprológico de 50% das crianças de 0 a 5 anos, residentes no Morro do Borel, não revelou casos positivos (7). No entanto, as autoridades de Saúde Pública e a comunidade devem continuar alertadas no sentido da possibilidade de restabelecimento das condições ecológicas capazes de dar origem a um foco temporário.

SUMMARY

A health and environmental survey has been carried on the "favela do Borel" — Guanabara State, supported by Heitor Beltrão Health Center, in order to obtain data on demographic composition, living accommodation (type of building, water source, and sewage disposal), social interests, and health condition

(type of medical care, knowledge and use of Heitor Beltrão Health Center facilities, and prevalence of stool parasites in children). The results obtained have been the first step in order to develop a program on sanitary education and environmental sanitation.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARRETTO, M. P. — Atividades humanas criadoras de condições favoráveis à disseminação de doenças parasitárias. *Arq. Hig. S. Publ.*, 27: 303-15, 1962.
2. BARRETTO, M. P. — Movimentos migratórios e sua importância na epidemiologia das doenças parasitárias no Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, 1: 91-102, 1967.
3. CARDOSO, W. — Saúde pública e ensino médico. *Rev. Assoc. Méd. bras.*, 12: 105-10, 1966.
4. FREITAS, M. A. — Conceito e evolução da medicina preventiva e saúde pública aplicada ao ensino; experiência de um centro de treinamento. *Rev. Fac. Med. Univ. Ceará*, 5: 3-7, 1965.
5. GENTILE DE MELLO, C. — O Estado da Guanabara e a saúde de seus habitantes. *Rev. méd. Est. Guanab.*, 32: 175-93, 1965.
6. GOULART, E. G. — Frequência de enteroparasitos na infância em áreas urbanizadas e não-urbanizadas (favelas), no Estado da Guanabara. *Rev. bras. Farm.*, 45: 259-83, 1964.
7. PAES, R.; MENEZES, Z. B. & CARMARGO, S. — Um novo foco de esquistossomose no Estado da Guanabara; Alto da Boa Vista. *Rev. bras. Malariol. Doenç. trop.*, 22: 203-30, 1970.
8. PESSÓA, S. B. — Parasitoses intestinais nos dois primeiros anos de vida. *Brasil-méd.*, 71: 351-8, 1957.
9. PESSÓA, S. B. — Parasitologia médica. 7ª ed., Rio, Guanabara — Koogan, 1970, 943 p.
10. ROUQUAYROL, M. Z.; SAMPAIO, E. M.; MARTINS, J. M.; D'ALGE, M. B. & PINTO, V. A. — Enteroparasitoses e condições sócio-econômicas em área piloto no Município de Fortaleza. *Rev. Fac. Med. Univ. Ceará*, 5: 77-86, 1965.
11. SALAZAR, H. & TUMA, M. — Exame de fezes. *Rev. méd. Est. Guanab.*, 36: 411-20, 1969.
12. SUASSUNA, A. & COURA, J. R. — Esquistossomose mansoni no Estado da Guanabara. Aspectos epidemiológicos relacionados à migração interna. *Rev. Soc. bras. Med. trop.*, 3: 59-71, 1969.
13. TERRIS, M. — On the distinction between individual and social medicine. *Lancet.*, 2: 633-5, 1964.
14. TRINDADE, J. C. — Parasitoses intestinais: descoberta de um novo foco de esquistossomose no Estado da Guanabara. Rio, 1968. (Trabalho apresentado ao I Congresso de Saúde Escolar).
15. VIII REGIÃO ADMINISTRATIVA — Resumo histórico e informações sobre a Tijuca. Rio, 1969. 65 f. (mimeografado).