

“OS IMPASSES DA POBREZA ABSOLUTA”

RELATÓRIO DA PESQUISA: VIGILÂNCIA CIVIL DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA - UMA PROPOSTA DE OUVIDORIA COLETIVA NA AP 3.1, RIO DE JANEIRO



Rio de Janeiro

Janeiro /2005

**VIGILÂNCIA CIVIL DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA - UMA PROPOSTA
DE OUVIDORIA COLETIVA NA AP 3.1, RIO DE JANEIRO**

Coordenação Geral

Dr. Victor Vincent Valla - Pesquisador titular do DENSP

Dr. Eduardo Navarro Stotz- Pesquisador titular do DENSP

Dra. Maria Beatriz Lisboa Guimarães – Pesquisadora-visitante do DENSP

Coordenação Executiva

Alda Lacerda, Ms

Equipe de Pesquisa

- Alda Lacerda, Ms
- Carla Moura Pereira Lima
- Elaine Amorim Savi
- Eliane Cardoso
- Dra. Maria Beatriz Lisboa Guimarães
- Marta Sorvi dos Santos, Ms

Rio de Janeiro

Janeiro /2005

Relatório Final da Pesquisa do PED - Projeto 01

Título: Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica - Uma Proposta de Ouvidoria Coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro.

	Página
I. INTRODUÇÃO:	01
II. METODOLOGIA:	03
2.1 - Constituição dos Fóruns	05
2.2 - Pontos abordados nos fóruns de Ouvidoria Coletiva.....	07
II. RESULTADOS	
3.1 – Relatório Final da Região de Manguinhos	09
3.2 – Relatório Final da Região da Penha	16
3.3 – Relatório Final da Região da Maré	36
3.4 – Relatório dos Resultados Gerais	56
III. ENCAMINHAMENTOS E PROPOSTAS	70
IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72

I. Introdução

O presente projeto intitulado “Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica - Uma Proposta de Ouvidoria Coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro” faz parte de uma seleção de projetos aprovados, em dezembro de 2003, no Programa *Pesquisa Estratégica, Desenvolvimento e Inovação* (PED) da Escola de Governo em Saúde - ENSP, e conta com o seu apoio técnico e financeiro visando assim proporcionar intercâmbio e aprendizagem institucional.

Com o intuito de atender as exigências do referido programa, que consiste em elaborar um produto que possa ser aplicado no SUS, o produto obtido nesse projeto é uma avaliação qualitativa das condições de saúde da população na AP 3.1. Como produto intermediário temos a metodologia de Ouvidoria Coletiva que consiste em um novo procedimento de coleta de dados estruturado no nível local.

A pesquisa que desenvolvemos está inserida na linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”¹, e é fruto de um acúmulo de estudos, investigações e publicações², realizadas nos últimos 10 anos, por um núcleo de pesquisadores e professores do Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP/Fiocruz) sobre as questões de pobreza, religiosidade popular e saúde. Este núcleo, no decorrer dos anos de 1985-2003, tomou a iniciativa de criar a organização não governamental, o CEPEL (Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina³) e de participar do ELOS (Núcleo de Estudos Locais em Saúde).

Em 1998, na I Bienal de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, foi lançada a proposta de investigação “Situação de pobreza e saúde: a busca de recursos pela população na periferia do município do Rio de Janeiro” (Valla & Stotz, 1998). Esta proposta deu origem a uma série de atividades organizadas em torno da Rede de Solidariedade da Leopoldina, rede esta composta por grupos religiosos, organizações não governamentais e grupos populares acompanhada tanto pelo CEPEL como pelo ELOS. Dessa experiência surgiram duas propostas de trabalho: do CEPEL, a CEDVIDA, Centro de Documentação sobre as Condições de Vida da Leopoldina, e, do ELOS, o Sistema Observatório de Saúde da Leopoldina⁴, duas propostas que se articularam entre si por meio da Rede de Solidariedade da Leopoldina.

Foi este acúmulo de estudos e investigações como também a promoção de atividades e projetos juntos à população da região da Leopoldina que nos incentivou a desenvolver a presente pesquisa. O objetivo é transferir experiência acumulada no

âmbito das iniciativas acima referidas para os serviços de atenção básica à saúde e segmentos da sociedade civil da referida região, com a participação de funcionários das unidades dos serviços públicos de saúde, das igrejas e grupos populares e de representantes de instâncias de controle social e da gestão dos serviços.

A transferência de experiências anteriores fundamenta-se na idéia de uma vigilância dos agravos à saúde baseada na compreensão dos problemas de saúde das classes populares e das iniciativas realizadas para enfrentá-los, uma concepção que amplia a visão tradicional de vigilância. Essa discussão torna-se importante diante do adoecimento e sofrimento difuso da população e das dificuldades de acesso e resolutividade dos serviços públicos.

Partimos do pressuposto de que os serviços de saúde não estão estruturados para lidar com as queixas crescentes de “sofrimento difuso” e “sentimento de vida contrariado”, que se expressam como angústia, ansiedade, medo, estresse, insônia, dores generalizadas, e que a situação de precariedade e pobreza que vive grande parte da população ultrapassa os limite da medicina. Consideramos também que no contexto de ajuste fiscal do Estado tais dificuldades tendem a se agravar, o que nos leva a questionar quanto ao impacto desses problemas sobre a esfera de legitimação da autoridade sanitária, e portanto dos diferentes níveis de governo no setor da saúde.

Para identificar os problemas de saúde e as “táticas” que as classes populares fazem uso para enfrentar os problemas de saúde-doença, a partir da percepção de diferentes sujeitos que atuam junto aos segmentos mais pobres da população, optamos por trabalhar com a proposta de Ouvidoria Coletiva. Para tanto, reunimos os participantes em um fórum de reflexão e debates conforme será relatado adiante.

Essa pesquisa dá continuidade às investigações desenvolvidas anteriormente na região da Leopoldina e tem como objetivo geral: Organizar um sistema de vigilância capaz de identificar os problemas de saúde da população e os recursos que ela encontra para enfrentá-los. Os objetivos específicos são: Organizar um fórum para a escuta e análise dos problemas de saúde da população; Registrar, disponibilizar e divulgar informações oriundas do fórum; Contribuir para a formulação de políticas de promoção da saúde que considerem a experiência e o saber das populações em busca de soluções para seus problemas.

Cabe ressaltar que a preocupação em construir um projeto coletivo, com a participação ativa dos diferentes atores, esteve presente durante todo o processo de trabalho, desde a fase inicial de reuniões que precedeu o trabalho de campo até a elaboração do seminário final.

O presente relatório visa apresentar os resultados da percepção de agentes e profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos sobre as condições de vida e saúde vivenciadas por eles em suas comunidades. Queremos enfatizar que esse trabalho foi elaborado a partir da visão desta parcela da população, não podendo ser configurado como a totalidade da população, entretanto, não consideramos isto um problema na medida em que esses atores sociais não somente vivenciam essa situação de vida, mas também se constituem em porta-vozes dos grupos que representam. Para a elaboração desse relatório foi feita uma análise de discurso (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

A seguir, o relatório se encontra dividido em quatro partes. A primeira parte, além da introdução, é composta pela metodologia, onde relatamos a constituição dos fóruns de Ouvidoria Coletiva e os temas de discussão abordados. Na segunda parte apresentamos os resultados de cada um dos três fóruns separadamente e a síntese de todos os fóruns. Na terceira parte relatamos os encaminhamentos e propostas do seminário e, por fim, na quarta e última parte, apresentamos as considerações finais onde discutimos algumas questões abordadas ao longo do trabalho.

II. Metodologia

A presente pesquisa é de natureza qualitativa. A metodologia desenvolvida de Ouvidoria Coletiva busca obter informações por meio da escuta fora do sistema formal, a partir da fala de grupos populares, religiosos, profissionais de saúde e pesquisadores, reunidos em fóruns mensais onde se discutem os problemas de saúde da população e quais as medidas que esta mesma população adota para enfrentá-los. É um processo que permite organizar informações e conhecimentos, que atualmente se encontram difuso na sociedade, para produção de novos conhecimentos.

Nesse sentido, a Ouvidoria Coletiva estruturada no nível local é um importante instrumento, pois propicia organizar, de modo sistemático, a escuta e o reconhecimento de outros saberes - do senso comum e da religião - que lidam com o sofrimento, associado à doença e seus determinantes nas condições de vida da população mais pobre, bem como a identificação de problemas na atenção à saúde.

Um problema de saúde é sempre uma elaboração significativa para determinados sujeitos, e na nossa proposta da Ouvidoria Coletiva estes sujeitos são os profissionais de saúde e os representantes de instituições religiosas e populares, representantes preocupados em dar um novo significado aos sentidos dos processos vivenciados pelas pessoas. A produção do sentido encontra na *narração* sua forma mais elementar e onipresente, uma recriação do sentido que se rompeu com a *desorganização* individual/social dos processos vitais de uma pessoa ou de um grupo de pessoas (Samaja, 1998). Assim sendo, a Ouvidoria Coletiva propicia que os conteúdos do conhecimento sejam construídos e reconstruídos de acordo com as situações do cotidiano.

O desenvolvimento da pesquisa se deu em três etapas. A primeira corresponde ao período de dezembro de 2003 a janeiro de 2004, na qual o grupo de pesquisadores se reuniu uma vez por semana para traçar as diretrizes, definir as comissões que comporiam os fóruns e discutir os principais tópicos a serem abordados. Essas reuniões prévias da equipe foram necessárias para realizarmos uma ampla discussão acerca dos conteúdos a serem investigados, a fim de que todos os pesquisadores pudessem expor e ampliar sua compreensão dos temas propostos.

Nesse primeiro momento também contatamos os voluntários da comunidade e os profissionais de saúde para esclarecer sobre o trabalho a ser desenvolvido e convidá-los a compor as comissões dos fóruns de Ouvidoria Coletiva. Todas os participantes, além dos gestores dos postos de saúde e da região AP3.1, receberam uma cópia da pesquisa.

No dia 22 de janeiro de 2004 realizamos uma reunião na ENSP com a presença do Vice-Coordenador da AP 3.1 e dos gestores dos postos de saúde para apresentar o projeto de pesquisa e ressaltar a importância de todos os envolvidos nesse processo, e só a partir de então iniciamos o trabalho de campo. Entendemos ser fundamental essa troca inicial, até para deixarmos claro que a participação dos profissionais de saúde é importante, porém o nosso objetivo não é avaliar os serviços de saúde, tendo em vista que a nossa proposta é uma avaliação a partir da sociedade civil.

Na segunda etapa, de março a agosto de 2004, fechamos o trabalho de campo e a equipe de pesquisadores continuou a se reunir semanalmente para discutir e avaliar os resultados dos fóruns e definir as diretrizes da pesquisa. Além disso, iniciamos a análise do conteúdo do material transcrito e a identificação das categorias que emergiram ao

longo do trabalho. Conforme já mencionado, a metodologia utilizada para compor esse relatório foi a análise de discurso (Lefèvre e Lefèvre, 2003).

Na última etapa da pesquisa, de setembro a dezembro do mesmo ano, mantivemos as reuniões semanais com a equipe nuclear para finalizar a análise de conteúdo do material transcrito e organizar as categorias, conforme será apresentado a seguir nos resultados dos fóruns. Nesta etapa, contratamos um fotógrafo profissional para registrar a situação atual em que se encontra cada uma das regiões pesquisadas.⁵

Em cada uma das etapas elaboramos um relatório das atividades desenvolvidas, sendo que em julho de 2004 preparamos um relatório parcial para ser entregue ao Programa *Pesquisa Estratégica, Desenvolvimento e Inovação*.

Em função da riqueza do material obtido e com o objetivo específico de registrar, disponibilizar e divulgar informações oriundas dos fóruns e contribuir para a formulação de políticas de promoção da saúde que considerem a experiência e o saber das populações em busca de soluções para seus problemas, optamos por realizar um seminário ampliado em 11 de novembro de 2004 na ENSP. Esse seminário teve o intuito de apresentar os resultados da pesquisa e discutir, avaliar e dar encaminhamento às propostas que surgiram no decorrer da Ouvidoria Coletiva.

Tendo em vista a importância do processo de construção coletiva, as comissões voltaram a se reunir durante o período de outubro a novembro para conhecer os resultados da pesquisa na sua região, organizados agora por categorias de análise. Cada grupo discutiu a melhor maneira de conduzir o seminário final e algumas questões referentes a propostas e encaminhamentos da pesquisa surgiram nesse debate e foram acrescentadas no trabalho.

Em dezembro de 2004, contatamos novamente os participantes para saber da disponibilidade e interesse dos mesmos em dar continuidade à pesquisa e enviamos um relatório final apresentando uma síntese dos resultados da pesquisa, incluindo as propostas levantadas durante o seminário final.

2.1 - Constituição dos Fóruns

Os fóruns consistem na formação de três grupos da região da Leopoldina que são Maré, Manguinhos e Penha. O Posto de Saúde da Vila do João, o Centro Saúde-Escola Germano Sinval Faria da ENSP e a Policlínica José Paranhos Fontinelle (Centro

Municipal de Saúde da Penha ou antigo Posto XI) foram as referências para cada uma das regiões pesquisadas respectivamente.

Cada grupo formou uma comissão composta por um(a) profissional do centro de saúde em razão do caráter formal e governamental da Unidade de Saúde, que normalmente recebe as primeiras demandas das classes populares da região; um(a) agente de saúde comunitário ou de família em função de realizar visitas domiciliares diariamente, e, desse modo, conhecer os problemas que as classes populares enfrentam no seu cotidiano; uma pessoa de uma organização popular, pois tem experiências em lidar com os problemas de saúde da população; um ou dois representantes de centros religiosos devido a crescente busca das classes populares a estas instituições, onde as queixas são freqüentemente expressas tanto em seus aspectos físicos quanto em relação ao sofrimento difuso. Além disso, tivemos duas pesquisadoras⁶ por grupo para coordenar os fóruns, registrar as informações e elaborar os relatórios.

A participação de grupos religiosos na proposta da Ouvidoria Coletiva justifica-se pelo fato de que as várias instituições religiosas existentes na região da Leopoldina (só em Manguinhos há mais de 20 igrejas) desenvolvem há muitos anos trabalhos de assistência, muitos dos quais têm estreita relação com problemas de saúde. A grande procura das classes populares pelas instituições religiosas está relacionada com a busca de alívio ou mesmo cura dos seus sofrimentos (Valla, 2001).

Com o objetivo de se ter representantes dos diferentes segmentos religiosos na pesquisa, a comissão da Maré contou com a participação de um líder religioso da igreja católica, Manguinhos com dois dirigentes do centro espírita, e a Penha com a presença de pastores e presbíteros das igrejas evangélicas e pentecostais. Por meio da participação ativa de diferentes atores foi possível criar uma forma de organização na qual grupos populares e religiosos interagiram com os serviços de saúde e as instâncias da gestão e do controle social na Área de Planejamento 3.1. Essa articulação foi importante para se atingir um dos objetivos da pesquisa, o de contribuir para a formulação de políticas públicas em saúde.

O trabalho de campo incluiu os 18 fóruns de Ouvidoria Coletiva da região AP3.1. Em cada uma das três regiões acima citadas realizamos um fórum mensal, durante 05 meses, nos períodos de fevereiro a junho de 2004. Na etapa final da pesquisa, nos meses de outubro a novembro, realizamos um último fórum em cada região para apresentar os resultados e, em conjunto, organizarmos o seminário final.

Quando havia impossibilidade de comparecimento de um dos participantes, o mesmo procurava indicar uma outra pessoa para substituí-lo. Dessa forma, foi possível manter a representatividade de todos os atores envolvidos.

Todos os participantes que integraram as comissões dos fóruns de Ouvidoria Coletiva são voluntários. Com a verba do PED destinada à pesquisa conseguimos comprar vales transportes para garantir que os mesmos pudessem se deslocar do trabalho ou das comunidades para os locais da reunião dos fóruns. Em cada reunião servimos lanches comprados pelos pesquisadores responsáveis por aquele grupo.

Ficou acordado com todos os participantes que o primeiro fórum de cada grupo teria como pauta principal uma discussão sobre o entendimento de cada um dos pontos a serem tratados na pesquisa. Os fóruns e o seminário final foram gravados e as fitas transcritas⁷.

2.2 - Pontos abordados nos fóruns de Ouvidoria Coletiva

Ao definirmos as questões a serem discutidas pelas comissões, levamos em conta que os problemas de saúde identificados dizem respeito também à *falta de recursos básicos à sobrevivência* das camadas mais pobres - que inclusive se ampliaram nos dois últimos anos - e, em última análise, à dimensão dos direitos de cidadania e às limitações ao seu exercício/atenção.

Nas reuniões da equipe de pesquisa que antecederam o trabalho de campo procuramos abordar algumas questões para as quais deveríamos estar atentos em cada um dos itens a serem investigados nos fóruns, cientes de que outros aspectos relevantes, não pensados pelos pesquisadores, poderiam ser apresentados pelos participantes e considerados pelos pesquisadores. Os temas propostos e os aspectos levantados durante as discussões foram:

a) Acesso a alimentos pela população

Procurar identificar os problemas sociais enfrentados pelas famílias da comunidade em questão; o grau da fome; as condições de vida; a capacidade da comunidade em obter os alimentos; a capacidade dos órgãos públicos em atender as necessidades da população; a qualidade dos alimentos que a população tem acesso; a qualidade nutricional da bolsa alimentação; o grau de acesso ao cheque cidadão e à cesta básica; se existe corporativismo nesse acesso e a relação da fome com as queixas levadas ao posto de saúde.

b) As expressões do sofrimento

Identificar como e onde o sofrimento é expresso pelas pessoas e se existe um espaço de escuta que acolha o sofrimento.

c) Acesso aos serviços de saúde

Qual o grau de acesso aos serviços pela população; o que dificulta ou impede o cuidado à população; falta de profissionais; tempo de espera para ser atendido; situações de estigma e de constrangimento; grau de dificuldade para fazer exames e o tempo de espera para a obtenção dos resultados; acesso a medicamentos; disponibilidade do atendimento em saúde mental; grau de resolutividade dos serviços e a frequência ao tratamento.

d) Intensidade endêmica de determinadas doenças

A percepção das pessoas sobre as doenças presentes ou mais frequentes e em que momentos parecem se tornar mais intensas.

e) Frequência de morte ou morbidade por causas externas

Identificar a partir da percepção das pessoas, se há muitas mortes ou adoecimentos por causas externas e quais as mais frequentes.

f) Problemas na atenção à saúde da população

Identificar quais os problemas de saúde que a população enfrenta e que não são vistos pelos profissionais de saúde, e a que riscos de saúde esta população está submetida.

g) Iniciativas da população em busca de solução para seus problemas.

Conhecer quais as iniciativas que a população vem tomando para superar os impasses da vida e dos serviços de saúde (respostas), e quais as propostas que os participantes dos fóruns consideram úteis e necessárias no sentido de minimizar os problemas enfrentados pela população.

¹ Linha de pesquisa cadastrada no CNPQ.

² Esses trabalhos consistem em dissertações de mestrados, teses de doutorados, publicação de livros e artigos e documentos do Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina (CEPEL) e do Núcleo de Estudos Locais em Saúde (ELOS).

³ A região da Leopoldina corresponde à área programática (AP) 3.1 do município do Rio de Janeiro

⁴ Para maiores informações sobre o Sistema Observatório de Saúde acessar a página

www.ead.fiocruz.br/elos

⁵ O registro fotográfico foi feito por Mariza Almeida, e o tratamento das imagens para impressão, bem como a elaboração dos slides apresentados no Seminário Final ficou a cargo do SDE/ENSP.

⁶ Os fóruns da Maré foram coordenados pelas pesquisadoras Elaine Savi e Carla Moura; Manguinhos por Eliane Cardoso e Marta Sorvi; e Penha por Alda Lacerda e Maria Beatriz Guimarães

⁷ As transcrições das fitas se tornaram possível devida a ajuda financeira recebida pelo Departamento de Endemias Samuel Pessoa da ENSP- Fiocruz

Relatório Final da Região de Manguinhos

I-Introdução

O Complexo de Manguinhos, local escolhido para investigação, é formado por 13 Comunidades, sua população atual se aproxima de 50.000 habitantes em 12 mil domicílios com ocupação de 3,7 moradores em média, sendo que cerca de 30% residem em áreas irregulares. Prevalece a faixa etária de 15 a 49 anos (54%), caracterizando uma população jovem/adulta. Existe ligeira predominância da população feminina (52%) em relação à masculina (48%); péssimas condições de habitação e saneamento; insuficientes oportunidades culturais, de lazer e serviços de atendimento às necessidades essenciais além da influência do tráfico de drogas. (Bodstein et al., 2001).

Cerca de 45% da população economicamente ativa está no mercado informal de trabalho, e a renda per capita é de R\$ 148,00 aproximadamente, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio de Janeiro que o classificou na 155ª posição entre os 161 bairros do município do Rio de Janeiro (O Globo, março/2001).

II-Desenvolvimento

O grupo de Manguinhos foi composto por: 02 líderes religiosos espíritas, sendo um deles do Movimento de Amor ao Próximo (MAP), localizado na Comunidade do Parque Oswaldo Cruz e outro da Associação Espírita Francisco de Assis no bairro de Higienópolis, 01 agente comunitário de saúde do Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), 01 profissional do CSEGSF e 01 líder comunitário da região.

O processo da organização dos fóruns se deu da seguinte maneira: contatamos os voluntários da comunidade e os profissionais de saúde com o objetivo de esclarecer sobre o trabalho a ser desenvolvido e convidá-los a participar da pesquisa. Nosso primeiro contato foi com a agente comunitária de saúde do Programa de Saúde da Família e com o profissional do CSEGSF, que tem a função de receber os usuários e fazer a triagem. Entramos em contato com o gestor do Centro de Saúde que demonstrou interesse em participar e se comprometeu em liberar a agente comunitária e o profissional para participarem dos fóruns mensais.

Em seguida fizemos contato com o líder religioso do MAP, o encontro foi num sábado pela manhã, dia em que os médiuns realizam o atendimento espiritual na comunidade de Manguinhos, no espaço cedido pela creche Lar Irmão Francisco no

Parque Oswaldo Cruz. Encontramos um grande número de pessoas que aguardavam atendimento e segundo o líder religioso, aos sábados são atendidas em média 60 pessoas. Elas freqüentam as reuniões em busca de tratamento integral (corpo-mente-espírito) e pelo atendimento fraterno (escuta) realizado pelos médiuns.

O contato com a líder comunitária foi realizado no Centro Educacional da Comunidade Agrícola de Higienópolis. Ela demonstrou grande interesse em participar dos fóruns de ouvidoria coletiva.

Posteriormente contatamos a líder religiosa da Associação Espírita Francisco de Assis. Nesse encontro, além da líder, estavam presentes duas dirigentes da casa espírita que se disponibilizaram a participar dos fóruns em caso de impossibilidade de comparecimento da mesma.

Agendamos o nosso primeiro fórum de ouvidoria coletiva para a primeira terça-feira do mês de fevereiro de 2004 no horário de 14 às 17hs. Esse dia e horário passou a fazer parte da agenda dos voluntários e pesquisadores até o quinto e último fórum de ouvidoria coletiva. Para todos os contatados foi entregue uma cópia da pesquisa. Foram realizados cinco fóruns, nos meses de fevereiro a junho de 2004, com a presença freqüente dos atores envolvidos.

III- Resultados dos Fóruns de Manguinhos

As questões relacionadas com as crianças foram destacadas em todos os fóruns, acreditamos que seja devido ao envolvimento das líderes religiosa e comunitária com os problemas que permeiam o cotidiano dessas crianças. A líder religiosa exercia a função de coordenadora de uma creche na região em 2000/2001 e a líder comunitária atualmente exerce a função de coordenadora de outra creche comunitária. Abaixo apresentamos uma síntese dessas discussões através das categorias construídas acima mencionadas.

1-Acesso a alimentos

Nessa categoria, a fome foi apontada pela maioria dos participantes como um dos principais fatores desencadeantes dos vários problemas que se apresentam no cotidiano das comunidades. A agente comunitária nos relatou que o grau da fome é crônico e grave e, quando perguntamos sobre a forma com que as pessoas obtinham os alimentos, ela nos revelou que os alimentos obtidos são sobras de legumes, verduras e frutas recolhidas na CADEG (Central de Abastecimento da Guanabara), muitas vezes

em condições inadequadas de consumo. Mesmo assim, devido às precárias condições de habitação, essas pessoas são obrigadas a disputar os alimentos com os ratos, como mostra o depoimento abaixo:

“...Outro dia, um paciente meu falou que só tinha o arroz. De madrugada ele acordou com a tampa da panela, que caiu. (...) quando ele foi ver, era um rato dentro da panela (...), eu falei: Como é que você fez? (...) Eu espantei o rato e tampei a panela e guardei o meu arroz, eu só tinha aquele.”

Outra dificuldade apontada pela líder comunitária foi à falta de vagas nas escolas, impossibilitando o acesso à merenda escolar, tendo em vista que a maioria das crianças, muitas vezes têm na merenda, sua única refeição do dia.

“...O desespero dos pais hoje é maior pra manter essas crianças na escola por conta da alimentação. Então a briga na porta da escola, a questão dos pais dormirem na porta da escola pra conseguir uma vaga, é porque eles sabem que no momento que a criança está ali, ela tem a sua alimentação.”

Os alimentos da creche comunitária na Comunidade Agrícola são fornecidos pela prefeitura. No entanto a verba destinada é insuficiente para atender a demanda. Em 2002 a creche teve o apoio da Associação Espírita Francisco de Assis, e atualmente ela é apoiada pelo Posto Shell local e pela Lamsa.

2-Condições de Vida

As condições de vida foram assim representadas.

As pessoas residem em habitações precárias e sem segurança, famílias dividem o espaço com enormes ratazanas de forma que os berços precisam ser suspensos no alto dos barracos para evitar que as crianças sejam mordidas enquanto dormem.

“Até cimento eles estão roendo lá. Acho que é por causa das paredes fraquinhas, a moça me mostrou o cimento. Eu falei pra ela: ‘Cuidado que eles vão roer o neném, eles adoram neném (...)’. Ela disse que já pegou um rato dentro do berço. Aí pra eles não comerem o neném, ela bota o berço no alto”

Outras crianças caem da laje.

“... menina de oito meses caiu da laje porque estava sozinha em casa com os irmãos mais velhos, o maior com oito anos.”

Segundo essa líder os pais transferem para a escola a responsabilidade de cuidar das crianças:

“... Uma recreadora chegou para mim e falou assim: a mãe da menina chegou perto de mim e falou:” vocês fazem um favor para mim, vocês passem o pente fino, limpa a cabeça de minha filha que está cheia de piolho porque o pai dela veio brigar comigo e eu não tenho tempo de cuidar de cabeça de ninguém, não.”

“Cesta básica vira herança”. A líder religiosa e a agente comunitária nos relatam que mães com filhos na creche transferem a cesta básica dos maiores para os filhos menores.

Além da cesta básica foi citado o caso de lotes e casas: famílias se deslocam para áreas de risco para conseguirem uma nova casa doada pelo governo. Assim o fazem frequentemente, até adquirirem várias unidades.

A ausência do poder público dentro das comunidades, permite que os traficantes criem sua própria “política habitacional”.

“... agora é ordem dos homens lá, dos donos da área, barraco fechado é pra quem está precisando. (...) “Estou precisando, eu não tenho casa onde morar”. Você anda por aí, vê o que está fechado mais de três dias você vem aqui e me avisa...”

“... um paciente meu de alcoolismo, ele foi varrido daqui, tinha um barraco no Beco dos Mineiros, os homens um belo dia...” Você vai sair daqui hoje, só com a roupa do corpo, larga tudo aí e vai sair que tem uma família para entrar aí. Eu vou botar uma família carente aqui”.

3-Expressões do sofrimento

O lugar onde as pessoas mais expressam o sofrimento, segundo depoimentos, é nas igrejas e no centro espírita. No “atendimento fraterno” da casa espírita, os médiuns se disponibilizam para ouvir; a pessoa vai falando e ela mesma vai encontrando soluções para seus problemas; nas igrejas elas são acolhidas, encontram sentido e significado de vida e conseguem enfrentar com mais “tranquilidade” as adversidades do cotidiano.

Outra questão apontada por todos os participantes foi relativo às tentativas de suicídio principalmente entre os adolescentes, vista como uma forma de chamar atenção.

“Tenta, mas não concretiza. É porque, de repente, vem o desespero de não estar conseguindo ser atendido, nem ser ouvido...”

Perguntamos como aparece o sofrimento entre a população e o funcionário do centro de saúde e também morador de Manguinhos nos respondeu:

“Hoje o sofrimento da população, está muito voltado em torno da violência, da opressão que a criminalidade passa. (...), hoje tudo o crime resolve, se a mãe bate numa criança em demasiado, briga de marido e mulher, o traficante tem que interferir, isso causa um mal estar, e envolve a saúde da pessoa(...), hoje o que mais você vê é senhora de idade apanhando de traficante.”

4-Agravos da Saúde

Os pontos destacados foram:

-A falta de gás, dificultando o preparo dos alimentos e provocando acidentes domésticos, pela utilização de fogareiro a álcool e fogão à lenha.

-Crianças cheiram cola para esquecer a fome; fumam maconha para dormir e “enganar” a fome.

“...outro dia, um menino de dez anos estava fumando maconha(...), eu conversava com a mãe dele, e ele fumando maconha, aí ela falou assim: ‘Eu deixo ele fumar sim, ele não incomoda ninguém, ele acaba daqui e vai dormir’.”

-A falta de higiene com as crianças acarretando verminoses constantes. Segundo relato da agente comunitária, algumas crianças brincam com os vermes que são expelidos por elas.

-A infestação por piolhos também é uma constante, a líder comunitária nos relata que além da anemia, alterações de comportamento (inibição, irritabilidade) são observados nas crianças da creche.

- Mães deixam de levar seus filhos ao médico para não perder o emprego.

-Violência direta e constante dos pais e mães com os filhos, inclusive com os recém-nascidos.

“... a Deise, o menino hoje está com seis meses, ela bate tanto no bichinho, ela judia tanto do menino..., um dia eu cheguei lá ela estava dando um tapa no rosto do bebê porque ela estava dando banho nele e ele não queria calar...”

5-Morbimortalidade por causas externas

A violência dentro das comunidades chega ao extremo quando os participantes relatam que *“crianças levam amarradas outras crianças como prisioneiras para torturas ou execução”*.

Outras crianças, vítimas de maus tratos são espancadas pela própria mãe.

“Menina de doze anos pesando cinco quilos ficava sozinha dentro de casa. A mãe desde o ventre já tinha rejeição, deu soco na barriga e tomou chá de maconha, ela confessou”.

6-Problemas na Atenção à Saúde

A maioria dos participantes destacou o aumento da demanda e a falta de profissionais nos hospitais e Postos de Saúde para o atendimento à população. Entretanto, a líder comunitária relata que apesar da dificuldade, crianças e adultos quando encaminhados pela Associação de Moradores, conseguem atendimento e inclusão nos programas do CSEGSF.

Quanto a resolutividade, o funcionário do Centro de Saúde destaca a importância da agente de saúde no acompanhamento dos pacientes:

“O meu pedreiro que está construindo a minha casa, ele está recuperado, agradeça à Deus e à D. Joaquina que brigou por ele...; Ele falou que ela foi a única pessoa que fez ele parar de beber, porque ela acreditou nele.”

7-Políticas Públicas

Cheque Gás: A miséria alimentando o tráfico. O ágio pago pela compra do botijão de gás através do cheque gás foi apontado pelos participantes no encontro realizado na primeira semana de fevereiro. Em junho a mídia denunciava o monopólio do gás nas áreas mais pobres: as favelas do Rio de Janeiro.

“Bandidos expulsam comerciantes e monopolizam o comércio de botijões, roubando os mais pobres”. (Jornal Extra, 20/6/04).

8-Orientação/Organização

Mulheres da Comunidade Agrícola junto com a líder comunitária se articulam no sentido de conseguir laqueadura de trompas em hospital público; participam da criação do projeto “Horta Comunitária” para crianças da comunidade e auxiliam as recreadoras da creche no cuidado da higiene das crianças, visando amenizar os problemas de saúde.

A Instituição Espírita Francisco de Assis distribui enxoval para gestantes, uma estratégia encontrada para manter a frequência dessas mulheres no pré-natal.

“... um dos controles para que elas tenham um enxoval(...),estar matriculada para fazer o pré-natal em algum lugar e a gente acompanha...porque pela vontade, ela não vai e aí aparece ene coisas.”

9-Respostas

A população das comunidades, apesar das dificuldades vivenciadas no cotidiano, consegue encontrar estratégias no sentido de superá-las. A título de exemplo temos o caso das mulheres da Comunidade Agrícola que se reuniram em pequenos grupos para laqueadura de trompas em hospital público. Outros exemplos referem-se ao grupo de famílias que estabeleceu a compra coletiva de botijão de gás para o preparo dos alimentos; as creches comunitárias que encaminham casos de violência doméstica com crianças ao Conselho Tutelar e buscam parcerias com Centros de Saúde, Empresas e Instituições filantrópicas para melhorar o cuidado às crianças.

“...um estava ajudando o outro, era um fogão, só tinha uma boca funcionando, e estava servindo para quatro famílias(...), é muito difícil, mas eles dividem a miséria.”

10-Propostas

Todos os participantes apontaram a educação (escola com professores, merenda escolar, atividades pedagógicas vinculadas à realidade) como forma de referências positivas para as crianças. Já no que diz respeito aos adolescentes, foi apontado à necessidade de maior atenção dos pais.

A líder religiosa destaca a necessidade de resgatar no indivíduo a sua dimensão humana. Ela sugere que instituições (espíritas, igrejas, Ongs) não dêem só assistência, mas que incluam os “assistidos” em trabalhos por eles realizados.

Para os líderes religiosos, no que se refere à cesta básica, o cadastramento das famílias poderia ser feito através do cadastro das creches comunitárias.

Relatório Final da Região da Penha

I. Introdução

O Fórum Penha da Ouvidoria Coletiva abrangeu participantes que moram e/ou trabalham com a população do complexo de favelas da Penha, que compõe a maior parte do bairro. A situação geográfico-sócio-econômica do complexo da Penha é muito diferenciada do que se considera bairro. Embora o programa favela-bairro tenha atendido a duas comunidades, possibilitando o acesso de automóveis às partes mais altas, ainda se vê áreas com esgoto a céu aberto.

O complexo da Penha é composto por 10 comunidades localizadas na Serra da Misericórdia: Morro da Fé, Morro do Sereno, Morro da Paz, Morro da Caixa D'Água, Morro do Caracol, Morro do Grotão, Vila Proletária da Penha, Vila Cascatinha, Vila Cruzeiro e Merendiba.

Atualmente tem sido observada certa dificuldade em diferenciar o complexo da Penha do complexo do Alemão em função da proximidade de localização entre os mesmos, sendo possível passar de um complexo para o outro pelo alto da Serra da Misericórdia. Parece que oficialmente o complexo da Penha não é reconhecido como tal, já que é freqüente a mídia divulgar o nome errado da Comunidade da Penha denominando-as de favelas do Alemão.

De acordo com dados do censo de 2000 do IBGE, a Penha possui 72.692 moradores, incluindo as favelas. Informações das quais discorda o atual presidente da associação de moradores e amigos da Penha (AMAP), que afirma morarem no bairro 120.000 pessoas.

Segundo ainda o IBGE (2000) são 22.347 moradias, sendo 48 moradias improvisadas, o que uma rápida travessia pelas comunidades provoca discordância em qualquer observador, pois o número de barracos de madeira para moradia e que servem de biroskas, por exemplo, é muito maior. Outros dados do IBGE sobre o bairro são: 95,47% têm abastecimento de água no seu domicílio, 97,79% têm esgotamento sanitário, 76,93% têm coleta de lixo domiciliar, a maioria das residências têm de 2 a 4 moradores e a renda média em setores de aglomeramento subnormal é de R\$559,48. Renda média bem mais baixa do que a Maré que é de R\$616,63.

Em 1991 o bairro estava na 96ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos bairros do Rio de Janeiro. Esse posicionamento do bairro muito acima do complexo do Alemão (159ª), do complexo de Manguinhos (155ª) e da Maré (157ª),

pode dever-se ao fato de não haver separação entre o bairro Penha, cujas condições de vida são muito melhores do que em suas favelas.

Na última década o IDH das comunidades da Leopoldina permaneceu muito ruim. Segundo os dados da Câmara dos Vereadores, os últimos 5 lugares, em 2000, eram ocupados por Manguinhos, Maré, Acari-Parque Columbia, Costa Barros e Complexo do Alemão(fonte: site www.camara.rj.gov.br/boasvindas/rjbv2/rio1.htm).

II. Desenvolvimento

No período de dezembro de 2003 a janeiro de 2004 contatamos todos os voluntários da comunidade e os profissionais de saúde para esclarecer sobre a pesquisa e convidá-los a compor as comissões dos fóruns de Ouvidoria Coletiva. O nosso primeiro contato foi com um membro de uma organização popular, o Centro de Referência para Saúde da Mulher (CRESAM), por ser uma pessoa com experiência em lidar com os problemas de saúde da população. Dessa instituição participaram duas pessoas, que muitas vezes se revezavam para comparecer às reuniões.

Os participantes do CRESAM indicaram as três agentes comunitárias de saúde, pessoas experientes e que por conviverem com a população e realizarem visitas domiciliares conhecem os problemas que as classes populares enfrentam no seu cotidiano. Elas também se revezavam no comparecimento aos fóruns, e, em geral, tínhamos a presença de pelo menos duas agentes por reunião.

Em seguida, agendamos uma reunião na comunidade da Penha para conversar com algumas lideranças religiosas. Escolhemos trabalhar com os pastores das igrejas evangélicas e pentecostais em função de sua convivência com as populações pobres, e dessa forma compartilharem com esses moradores alguns dos perigos e incertezas que os afligem. Além disso, o CEPEL (Centro de Estudos e Pesquisas da Leopoldina), uma ONG cujos coordenadores da presente pesquisa participaram da diretoria nos últimos 15 anos, já desenvolveu diversos trabalhos em parceria com esses pastores.

Todos se mostraram interessados, porém como fazem parte de uma Associação de Pastores decidiram que o presidente e vice-presidente indicariam os nomes dos participantes da comissão. Contamos, nos fóruns com a presença de dois pastores - um da Igreja Presbiteriana e outro da Assembléia de Deus - e um presbítero.

Por fim contatamos o gestor da Policlínica José Paranhos Fontinelle (Centro Municipal de Saúde da Penha) que indicou uma funcionária – enfermeira - para participar de todo o processo.

Os nossos fóruns mensais aconteciam sempre nas segundas-feiras à tarde, conforme acordo entre os participantes, e tinham uma duração aproximada de três horas. As reuniões aconteceram na ENSP ou no Centro Municipal de Saúde da Penha. Em todas as cinco reuniões dos fóruns, no período de fevereiro a junho de 2004, estiveram também presentes o coordenador da pesquisa professor Victor Valla e as pesquisadoras Alda Lacerda e Maria Beatriz Guimarães.

III. Resultados dos Fóruns da Penha

1. Acesso a alimentos:

A fome é um dos problemas existentes e foi apontado como um dos importantes fatores que contribuem para o adoecimento da população. A baixa qualidade nutritiva dos alimentos também fica evidenciada nas falas dos entrevistados:

“(...) aí quando o filho dela abriu a panela que estava no fogo, só tinha ali pé de galinha cozinhando em água. E eu vi que o problema ali era bem mais sério, não é? Era fome. Então, o problema da fome existe, existe e ele é sério, ele é muito sério.”

“Eu chego numa casa pra visitar, encontro a mãe cozinhando água pura com fubá pra dar às crianças. (...) Não é nem angu, é um mingau pra alimentação, a única...”

A fome existe apesar dos projetos sociais, tendo em vista que os mesmos atingem pequena parcela da população.

“Os projetos do governo são bons ... mas ainda é pouco. Muito pouco, muito pouco mesmo”.

“A alimentação um tanto deficiente, apesar dos projetos que tem.”

“Toda a área carente ela tem uma alimentação um pouco deficiente. No Parque Proletário da Penha, você dificilmente ia encontrar leite pras crianças apesar dos projetos do governo, não é?”

“A bolsa escola, aquele montão de coisa, mas o leite é uma raridade no lar de um pai de família de uma comunidade carente.”

Os entrevistados chamam atenção para a discriminação, pois uns recebem os alimentos e às vezes os mais necessitados ficam excluídos do processo. Em relação às cestas básicas, pelo fato de ter uma quantidade insuficiente diante da real necessidade da população, alguns participantes alegam que esse processo gera injustiça, pois uns recebem e outros não.

Os participantes concluem a discussão desse tema apontando que o desejo da população é ter emprego e melhores condições financeiras que os permitam comprar seus alimentos, ao invés de depender apenas de cestas básicas ou cheque cidadão.

2. Condições de vida e saúde:

As precárias condições de vida de uma grande parcela da população que reside nessa comunidade pode ser evidenciada nas fotos em anexo. As moradias são precárias e insalubres propiciando uma série de adoecimentos. Em muitas casas o chão é de barro, coberto com carpete e com forte cheiro de mofo.

“Tem lugares na Penha que se vocês forem comigo, vocês vão ver que tem pessoas que moram em lugares terríveis, que não tem nem aquele cimento que se joga, não é? O chão é no barro, na terra e coberto com carpete.”

“As casas, muitas delas não tem nem o piso, é um carpete em cima de solo úmido. Você entra assim na casa da pessoa você sente aquele cheiro de mofo. Então a pessoa vivendo numa situação dessa a tendência é desenvolver doenças sérias, tuberculose, pneumonia, principalmente problemas respiratórios.”

Foi apontado a falta de saneamento básico e de instalação de água em algumas casas. Existem valas de esgoto abertas e que são cobertas apenas com tábuas, propiciando a presença de ratos dentro das moradias. Nesses locais as pessoas andam descalças e as crianças brincam livremente.

“Eu conheço casas que a vala passa dentro da sala, a vala aberta. É, com criança pequena. Criança que normalmente anda descalça, aí mexe aqui, mexe ali. (...) E aí ela vai e bota umas tabuas, ou eles desmontam um guarda-roupa que não querem mais, aí bota em cima.”

“O saneamento é uma vala aberta que corre pela favela toda, quando ela chega em determinado ponto que ela fica subterrânea. Tem gente que com um dinheirinho consegue tampar, botar aquelas manilhas, né? Mas já uma parte não consegue, não tem onde morar. Fica com aquela vala aberta. Ou elas comem ou fazem obra, então é melhor comer.”

Além das valas abertas, alguns animais como porco convivem nas proximidades das casas fazendo com que as pessoas tenham um ambiente com mau cheiro e sujeira.

Existe também o problema da superpopulação e várias famílias residem em um mesmo domicílio. Em virtude do espaço reduzido das habitações, muitas com apenas

um cômodo pequeno, as crianças dormem amontoadas e próximas do fogão. Algumas famílias não têm acesso a banheiro, e outras utilizam um banheiro coletivo.

“(...) Porco ficava a dois passos da habitação. O porco dormindo ali em cima de algumas tábuas, o fogão encostado em cima da criança, em tempo de pegar fogo e matar todo mundo, e tudo, tudo, tudo dentro daquele quarto de dois metros por um e meio, tudo, cozinha, tudo, é quarto, quadro de pobreza total. Banheiro do lado de fora, tinha, retirado, coletivo. Daquele grupo de famílias dali.”

O aumento da população também gera um crescimento desenfreado de novas moradias e a construção de obras verticais sem segurança. Algumas famílias vão construindo casas nos terrenos dos parentes, e as construções são feitas de modo desordenado e em local impróprio.

“No Reflorestamento não era pra ter construído casa, ali não é pra isso, mas as pessoas não têm pra onde ir. Tinha 10, agora tem 20, e hoje já tem 23. São muitas casas então com valas abertas.”

“Os filhos vão crescendo, vão aumentando as famílias, vão casando e os pais começam a fazer obra vertical e ali na casa onde existia uma família, tem 3, 4, 5 famílias numa casa só. (...) E vão fazendo sem segurança.”

Nesse contexto, alguns participantes ressaltam que o crescimento desordenado e a precariedade das moradias estão diretamente relacionados às dificuldades financeiras.

“Eu só quero fazer uma ressalva aqui é que a culpa ali sabe quem é? É da dificuldade financeira que tem. (...) Porque o elemento vê o espaço e não tem dinheiro pra fazer uma construção com base, e não vai ficar na rua.”

O problema das drogas também foi relacionado com as condições de vida e precariedade da população. Foi referido um alto índice de alcoolismo, inclusive entre adolescentes, e jovens fazendo uso de cocaína. Em relação ao fato das crianças estarem se drogando, foi assinalado que algumas crianças ficam sem assistência, sem maiores cuidados, já que os pais estão trabalhando. Por outro lado, alguns casos foram entendidos como abandono e omissão por parte dos pais.

O uso da droga, entre outros, foi apontado como uma forma de se fugir um pouco dos problemas. Muitas vezes as pessoas não têm dinheiro para comprar comida, mas conseguem quem pague uma dose de cachaça.

“Com a dose de cachaça você foge um pouco dos problemas, você esquece a fome, você esquece que está desempregado, e aí você tem uma sensação de euforia.”

Uma outra questão presente na discussão aponta para as diferentes formas de violência que a população está submetida no seu cotidiano, o que inclui tanto a violência doméstica quanto a que está presente no trânsito, no ônibus, na escola, no Posto de Saúde e na emergência dos hospitais. Acrescido a isso, tem-se a tensão constante em função do tráfico e do tiroteio, e a situação de medo que os pais vivenciam quando os seus filhos se envolvem com o tráfico.

“Você passa a noite sem dormir, acordada, assustada pela violência, não é?”

“As mães estão com medo dos seus próprios filhos envolvidos no tráfico”.

Nesse contexto de violência cotidiana, os sujeitos muitas vezes acabam se acostumando e o resultado é a naturalização ou banalização da mesma.

“E você ouve aquele monte de tiro então aquilo provoca uma reação dentro da gente. A gente pensa nos filhos e pensa nas pessoas na rua, e sabe que é uma violência que está acontecendo em algum lugar, então você tem sempre à sensação que morreu alguém ou que vai morrer alguém. (...) Eu acho, os jovens acabam ficando pouco sensíveis pra essa questão de violência, não é? Então isso passa a ficar uma coisa mais habitual (...)”

Apesar das dificuldades e das precárias condições de vida relatadas acima, a comunidade teve algumas melhorias tais como o aumento do número de ruas asfaltadas, o transporte coletivo que atende uma parcela da comunidade, e a inauguração de duas creches. Para essas pessoas *“a vida na comunidade melhorou. (...). O que piorou foi o tráfico, com certeza. Piorou mesmo, uma coisa horrível (...)”*

3. Agravos da Saúde

Ao se discutir os fatores que contribuem para os agravos da saúde foi levantado que essas questões não podem se limitar ao sistema de saúde por estarem diretamente relacionadas a múltiplos determinantes, tais como a fome, o desemprego, a precariedade que vive grande parte da população, as condições insalubres de moradia, a violência cotidiana, a falta de esperança ou perspectiva de vida, entre outros.

“Essas questões fogem da resolução no sistema de saúde. A questão é até apreciada, mas não é resolvida, não tem como resolver...”

Um outro fator também destacado como determinante dos problemas de saúde foi a dificuldade em orientar alguns sujeitos, de trabalhar com prevenção, pois estes muitas vezes não estão interessados ou não querem mudar seus hábitos.

“A informação é passada, mas a informação não é bem aceita pela parte interessada (...) não aceitam, não querem mudar os hábitos, não estão interessadas na informação.”

“Você chega na casa da pessoa, você conversa, é igual você chegar pra uma moça e dizer, olha, você pode transar, o problema é seu, mas você poderia usar camisinha, poderia usar remédio. Ela: - ah, mas a vida é minha, eu faço o que eu quiser.”

Muitas vezes, essas pessoas que recusaram as orientações preventivas costumam pedir ajuda quando se vêem em uma situação mais difícil.

“(...) aparece com a barriga e depois corre atrás da gente pra poder conseguir pré-natal, se a gente consegue roupinha pra criança, se pode ajudar em alguma coisa.”

Não nos cabe aqui discutir as questões que podem estar por trás desse processo, ou seja, a forma como essa população vem participando do processo informativo e vem sendo sensibilizada. De qualquer modo, é interessante registrar a percepção de alguns dos participantes no que concerne à dupla informação que algumas orientações ou campanhas de prevenção podem ocasionar, principalmente no que diz respeito ao uso de camisinhas.

“As campanhas a favor da camisinha, elas têm efeito, não é? Dá à impressão assim, a gente observando assim que ela provoca duas reações. Que ela tanto tem ação preventiva como tem ação estimuladora do sexo. Porque o jovem recebe uma camisinha na mão, gente, fazer sexo é tão bom, não é? Então estimula também, não é? Ao sexo. É tão fácil. Então deixa eu usar isso aqui, já que está no meu bolso eu vou usar.”

4. Doenças mais freqüentes detectadas nos serviços de saúde

Entre as diversas doenças apontadas pelos profissionais de saúde como sendo freqüentes temos as doenças respiratórias, principalmente asma, bronquite e enfisema; as doenças cardiovasculares, tais como hipertensão em diversas faixas etárias inclusive entre adolescentes; e o diabetes.

A questão do diabetes encontra alguns entraves relacionados a dificuldade de se seguir uma dieta alimentar adequada, o que leva muitos a resistir e abandonar o tratamento. Muitas vezes as pessoas não conseguem seguir as orientações alimentares ou não tem dinheiro para fazer dieta.

“Uma pessoa que não tem nada pra comer se tiver um pedaço de goiabada vai comer.”

Outras doenças também freqüentes são a tuberculose e as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente AIDS, sífilis e HPV. Em relação à tuberculose foi lembrado o abandono ao tratamento e a conseqüente recidiva da doença.

“Ano passado eu já vi gente na Penha morrendo de tuberculose, ainda se morre, não é? Incrível. Mas não é por falta de tratamento, é porque eles não tratam, abandonam o tratamento ou nem querem. Aí ela reincide.”

O estigma da doença também foi relatado como um dos fatores que prejudicam o tratamento.

“A tuberculose está se alastrando muito. Só que as pessoas abandonam o tratamento, porque tem que se tratar 6 meses contínuos e eles abandonam o tratamento. Por causa do estigma, não é?”

“(…) Por causa do estigma, algumas mães não querem que seu filho na escola diga pra ninguém que ele tem tuberculose, ele bebe no copo dos coleguinhas. Se a escola souber não vai deixar ele entrar.”

A depressão também está entre as doenças mais freqüentes, inclusive entre adolescentes, alguns casos chegando ao extremo da tentativa de suicídio.

Diante do aumento da depressão, a procura pelos serviços de saúde mental vem crescendo na busca por apoio psicológico. Apesar dos fatores determinantes da depressão serem múltiplos e estarem relacionados com os problemas da vida social, os pacientes acabam sendo medicados com psicotrópicos. Evidencia-se assim a crescente medicalização da vida social.

“Têm umas pessoas que nem sabem o que é depressão, elas nem sabem o que é isso, elas vivem na total baixa estima. (...) A impressão que dá é que elas querem esquecer o que está acontecendo no mundo porque os filhos morreram e os netos estão dentro do tráfico. Quer dizer, procuram esquecer assim, paradas, ligam a televisão.”

“(…) a procura das pessoas por apoio psicológico é muito grande, a depressão é uma coisa absurda gente, o número de pessoas que procuram por dia o serviço de psicologia e de psiquiatria é uma coisa louca. Os dependentes de diazepam da vida vocês não fazem idéia, é muita gente.”

As lideranças religiosas também se ressentem da dificuldade de acesso ao atendimento em saúde mental, pois é muitas vezes nas igrejas que os pobres buscam algum tipo de ajuda para seu sofrimento psíquico. Algumas pessoas quando estão no quadro de depressão procuram a igreja evangélica como uma forma de apoio social, já

que nesses espaços elas podem ser ouvidas, acolhidas e compreendidas no seu sofrimento.

"Lá na igreja lá, a gente vê muito caso de depressão.(...) Foi porque ela perdeu o emprego, não consegue mais sustentar a sua família, tem alguém doente em casa, não é? Então ele precisa desabafar até melhorar aparentemente, mas é isso a gente vê muito, é uma melhora rápida, depois volta. Precisa do acompanhamento de um profissional. Entendeu? Você não é psicólogo, você não sabe os caminhos, não é? (...) Mas, puxa, uma multidão com problemas!"

"A pessoa entra no buraco da depressão e precisa ser ouvida precisa conversar, não é? (...) É uma demanda muito grande que isso acaba chegando nas igrejas."

Outro problema relatado é o aumento da incidência de abuso sexual, principalmente em crianças, e o aborto entre adolescentes, ou seja, jovens que tomam medicamentos para abortar.

"(...) a pediatria está pegando muito abuso sexual em crianças, a gente aciona o Conselho Tutelar, faz tudo o que tem que fazer. Enfim, mas é assustador."

5. Morbimortalidade por causas externas

As pessoas morrem principalmente por tiro e susto – essa é a percepção dos participantes do fórum da Penha quando questionados sobre as causas mais frequentes de Morbimortalidade por fatores externos.

"As pessoas estão morrendo mais é de tiro. Você está em casa, do nada assim, uma colega nossa ganhou um tiro na mão, o tempo só que ela foi botar um pregador na roupa, aí o tiro bateu, estava dentro de casa."

A morte por tiro é devido às balas perdidas, e muitas vezes morrem pessoas *"inocentes que estão passando na hora, não tem tempo de correr, ou às vezes dá tempo de correr, mas a bala não tem direção."*

A morte por balas perdidas também está relacionada à naturalização da violência, pois algumas pessoas não se protegem durante o tiroteio ou quando começam os fogos, fogos estes que prenunciam que alguma situação de conflito vai acontecer na comunidade.

"As pessoas morrem porque, é incrível, se soltou os fogos o que tem que fazer? Cada um pro seu canto, não é? Entra dentro da sua casa e fica o dia todo, mas não, as pessoas estão tão acostumadas com os fogos e com os tiros que continuam transitando normalmente como coisa que não está acontecendo nada, é incrível."

Por sua vez, as mortes por susto também têm relação direta com a violência cotidiana. Em geral, morre-se devido a problemas de coração e a descompensação do diabetes.

“(...) As pessoas chegam com pressão alta, passando mal por conta disso, é violência no trânsito, é violência no ônibus, é violência na escola, é violência no próprio Posto de Saúde que nós já sofremos uma vez na emergência, é violência nos hospitais, enfim aonde não há mais violência? E isso está afetando muito as pessoas, eu acho; os diabéticos emocionais, os hipertensos, entendeu?”

A violência cotidiana, presente no tráfico, e a tensão e medo constante da população também contribuem para o adoecimento e as mortes por susto.

“Morre-se também do coração. Até por susto mesmo. As pessoas estão acordando de madrugada com tiro” e a pressão aumenta.

Muitas vezes, o que contribui para o adoecimento é o fato das pessoas presenciarem a violência e não poderem expressar as suas emoções, o que sentem.

“As coisas acontecem ali na porta dela, ela não pode fazer nada, não pode falar nada, não pode gritar, ela tem que ver e ficar quieta...”

6. Problemas na atenção à saúde

Essa categoria foi subdividida em acesso aos serviços e terapêutica.

6.1 - Acesso aos serviços

Diversos fatores contribuem para a restrição do acesso da população aos serviços de saúde. As filas nos postos são longas e nem todos os pacientes conseguem ser atendidos, aumentando cada vez mais a demanda reprimida. Com isso, existem dificuldades para marcação de consultas e as mesmas são agendadas com um grande intervalo de tempo.

Um outro problema é o número limitado de consultas para determinadas especialidades. Os participantes comentam que muitas vezes quando se consegue agendar uma consulta, o paciente já sofreu algo mais grave.

Além da restrição de acesso às consultas existem dificuldades para se realizar os exames e obter os resultados, mesmos os exames simples cujo resultado poderia ser imediato.

“A pessoa precisa fazer um exame de sangue, para ver se está com anemia (...) mas só vai poder fazer esse exame daqui a 2 meses. Se ele tiver um problema crônico o

exame cobre, se for uma coisa que tem que ser detectado logo, uma anemia profunda, que a pessoa tem que fazer um tratamento... E, por aí já passou uns 3 meses ou 4. Isso daí um exame simples de sangue, que você pode ter o resultado na hora.”

Alguns exames chegam a demorar até 7 meses para serem marcados, o que leva alguns pacientes a desistirem dos mesmos.

“Marcam pra daqui a 6 meses, 7 meses. Aí elas falam: até lá eu já morri. Aí umas pessoas quando conseguem pagam, mas aquelas que não conseguem deixam pra lá.”

A dificuldade para internar os pacientes também foi levantada pelos profissionais de saúde.

“(...) Quando a gente consegue uma vaga a gente telefona pra casa, a gente manda a ambulância buscar, que é pra levar pra o hospital, senão perde a vaga também. Aquela vaga fica te esperando 2 horas, se você não chegar com o paciente em 2 horas já tem outro pra ocupar.”

Em alguns casos, quando se consegue a vaga o paciente já faleceu. Fica evidenciado o desequilíbrio da relação oferta-demanda no Posto de Saúde da Penha. Diversos fatores propiciam o aumento da demanda, tais como a grande absorção de pacientes de outras unidades devido ao seu fácil acesso geográfico e o Programa de Saúde da Família (PSF) recentemente implantado no bairro. Os participantes ressaltam a importância das unidades de saúde se preparem para ter condições de receber essa demanda induzida.

“Antes de o PSF ser implantado as unidades básicas deveriam ter sido organizadas pra receber essa demanda.”

Apesar do PSF estar contribuindo para aumentar a demanda reprimida, este programa é apontado como uma das possibilidades para equacionar melhor a relação oferta-demanda do Posto de Saúde

“O PSF vai ser ótimo, Por quê? Uma vez estruturado ele vai segurar muito a demanda do posto de saúde.”

A demanda crescente implica na sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.

“(...) não é que as pessoas não estão trabalhando, elas estão trabalhando direto, o dia inteiro, 8 horas por dia e mesmo assim, não dá conta.”

Nesse contexto de sobrecarga de trabalho e limites de atuação dos profissionais de saúde diante da complexidade do processo de saúde-doença, os mesmos vêm adoecendo e apresentando doenças como tuberculose, hipertensão arterial e depressão.

6.2 Terapêutica:

Foi ressaltada a falta de medicamentos e materiais tais como gazes, esparadrapos, entre outros. Nessas situações, fica, muitas vezes, evidenciado o conflito entre as necessidades dos pacientes e o que os profissionais de saúde podem oferecer.

“Há uma pré-disposição em achar que você não quer atender, quando não é isso. O setor de saúde tem deficiências muitas, mas procura suprir. Falta remédio, mas sempre tem alguém para dar uma informação (...) para atender a necessidade dele, mas ele não vê isso, ele acha que a pessoa está com má vontade de dar o remédio a ele.”

A questão da distribuição do medicamento, principalmente o de uso crônico, é delicada pois alguns usuários do Programa “Remédio em Casa” vendem os medicamentos para comprar comida e/ou bebida alcoólica.

Um outro problema levantado se refere ao fato de muitos pacientes se automedicarem devido à dificuldade de acesso ao Posto de Saúde. Quando acham que o problema é simples ou é uma situação recorrente, repetem as prescrições antigas, como, por exemplo, os antibióticos para tratar sinusites.

Cabe ressaltar que tanto os limites de acesso quanto os problemas na terapêutica afetam a resolutividade dos serviços públicos de saúde.

7. Políticas públicas

Trabalhamos com essa categoria, pois um dos objetivos da pesquisa é contribuir para a formulação de políticas públicas em saúde. Cabe questionar se as políticas públicas que vêm sendo implementadas estão atendendo à realidade local e suprimindo as demandas e necessidades em saúde da população.

Conforme já relatado anteriormente, a percepção dos participantes é de que os projetos oferecidos pelo governo, tais como o Cheque Cidadão, Leite em Casa, Bolsa Família, Cesta Básica, entre outros, não atendem a demanda da população. Os participantes assinalam que essa restrição se deve a um conjunto de fatores, entre os quais destacam a pouca quantidade dos benefícios diante da real necessidade da população, a imposição de regras para se conseguir os benefícios e os critérios utilizados.

“Os projetos são bons, que é o Cheque Cidadão, o Leite em Casa também, o Bolsa Escola, que agora é Bolsa Família. Esses projetos contribuem em muito pra baixar a deficiência alimentar, mas ainda é pouco.”

“Existem muitos critérios que inclui e ao mesmo tempo exclui, não é? E aí se torna complicado administrar isso (...). Os critérios, a maneira às vezes como está sendo implementado ali, não contempla.”

Concluem que os critérios de inclusão para se ter acesso aos benefícios deveriam ser revistos, pois é freqüente as famílias mais necessitadas ficarem excluídas do processo.

“Aqueles que realmente precisam eles acabam ficando de fora, não é? E muitas vezes quem tem outras possibilidades está sendo beneficiado. Então quer dizer, tem muitas questões complicadas, às vezes o próprio governo impõe certas regras que dificultam.”

Nessa perspectiva, avaliam que as lideranças que estão em contato direto com a população e conhecem tanto as famílias mais necessitadas como as que se encontram em melhores condições de vida poderiam ter maior autonomia para redistribuir os benefícios. Citam como exemplo a igreja evangélica cujos membros conhecem a população, porém ao distribuir os benefícios precisam seguir as normas gerais que muitas vezes não estão adequadas à realidade daquela comunidade.

“A igreja tem pessoas que trabalham na área social, que estão ali que convivem, que conhecem os problemas e muitas vezes a forma como eles colocam as parcerias, eles fazem as parcerias, eles impõem certas questões que complica até de fazer o trabalho. São normas, critérios de elegibilidade que dificultam a atuação das lideranças, das pessoas que estão desenvolvendo ali o trabalho.”

Um outro problema levantado está relacionado ao alto índice de absenteísmo dos professores nas escolas públicas.

“(...) Nós vemos o pelotão de criança que desce pra a escola e o mesmo pelotão que volta porque não tem escola.”

Uma das igrejas evangélicas na Penha tem um projeto de reforço escolar, no entanto a ajuda de custo que recebem não é suficiente para cobrir os gastos.

“Recebemos uma ajuda ínfima do Estado, nós recebemos R\$ 1,39 por criança durante um dia, pra poder dar lanche e alimentação, R\$ 1,39.”

A falta de maior integração entre os programas de governo também foi comentada. Acontecem situações em que se têm diferentes programas com a mesma atuação.

“(...) Pra que tantas pessoas fazendo a mesma coisa, vamos juntar, você vai precisar de menos recursos, menos pessoas pra fazer o que está se propondo. (...) As pessoas começam um projeto, no final estão fazendo a mesma coisa.”

No que diz respeito aos projetos do governo, os participantes apontam para a dificuldade em dar continuidade aos mesmos, e lembram do “Projeto Semente do Tim” que acabou sendo abandonado.

O atendimento nos serviços públicos de saúde é também um dos graves problemas que a população precisa enfrentar. Além dos limites de acesso e resolutividade dos serviços de saúde, conforme já mencionados, existe também dificuldades de referência e contra-referência nas unidades e hospitais públicos.

A partir dos impasses evidenciados relacionados às políticas públicas, os participantes apontaram para as estratégias que a população utiliza para enfrentar as suas dificuldades e lançaram propostas para ajudar a minimizar ou solucionar os problemas, conforme será descrito adiante.

8. Orientação / Organização

No fórum da Penha, em diversos momentos surgiram discussões que apontam para a falta de informação e organização da população e os problemas que isso pode acarretar.

“O maior problema do povo pobre como nós é a desorganização, não ter pra onde apelar, não ter uma pessoa pra ter uma palavra segura e então eles se perdem...”

“O povo que é largado não tem orientação de ninguém, não recebe orientação de ninguém. (...) vai como doença hereditária, vai de família a família até o fim.”

Acrescentam que algumas informações e orientações de caráter educativo que deveriam ser conduzidas pelas famílias, e que poderiam ajudar as pessoas a se organizar melhor na vida, acabam somente se dando no momento em que as pessoas passam a freqüentar as igrejas.

“A igreja nos seus trabalhos dominicais orienta (...), de uma forma que um casamento já está terminando, mas aquilo ali vai se reorganizando e vai voltando e volta a normalidade.”

Fica evidenciada, na percepção de alguns dos participantes, a relação entre a falta de informação e orientação da população mais pobre com a ausência de um planejamento familiar adequado, principalmente entre os jovens.

Nesse contexto, as famílias vão aumentando, as crianças vão sendo criadas sem apoio familiar e as condições de vida vão piorando.

“Quer dizer, o problema daquela família agora se torna mais crônico, se torna mais crônico, aumenta o que? A pobreza. Aumenta a pobreza, entendeu?”

Os participantes se recordam do período em que as pessoas recebiam mais orientações, até mesmo porque existiam alguns "profissionais militantes" que iam às comunidades para conversar e oferecer orientações principalmente no campo da saúde. Podemos entender que essas orientações a que eles se referem seriam uma forma de capacitação técnica.

“Nos anos, 78, 80, 82 houve assim um crescimento na Vila Proletário da Penha em idéias, houve crescimento, inclusive com higiene, todo mundo procurou ter sua casa direitinha, sua casa limpinha saneada. O mosquito acabou, não foi o combate do Mata Mosquito, foi um combate da dona de casa que não deixava chiqueiro de porco, não deixava nada disso, então por quê? Porque elas foram orientadas, e elas sabiam que aquilo ali fazia mal pros filhos delas, essas vidas cresceram, melhoraram.”

Por fim, foi ressaltado a importância da união popular na tentativa de alteração da situação em que se encontram as classes populares.

“O povo organizado é uma grande potência, o povo desorganizado não vale nada, porque não sabe pra onde vai. Tem olhos, mas não enxerga, tem ouvido, ouvem, mas não entendem. (...)”

9. Respostas

Inúmeras são as respostas que emergem da população do complexo da Penha, muitas como alternativas possíveis à ausência do poder público no cumprimento do seu papel nessas comunidades. Há algumas poucas escolas públicas, todas de 1º grau, que atendem a uma pequena porcentagem das crianças. Nenhum posto de saúde, e o Programa Saúde da Família parece estar sendo implantado "a passos lentos".

Nesse contexto, evidenciamos a participação das igrejas visando minimizar as dificuldades da população e promover melhoria nas favelas.

“(...) olhando sempre para a parte social, trabalhando com alfabetização de adulto à noite, lutando, lutando. E, quando veio 82 (...) conseguimos o restante da

urbanização e urbanizamos toda a Vila Proletária da Penha mais aproximadamente 15 metros quadrados, escadaria e essas coisas todas.... a água potável melhorou, através de campanha (...).”

As igrejas desenvolvem projetos sociais tais como o reforço escolar, porém os mesmos costumam receber poucos recursos restringindo o acesso.

“Os projetos só atendem em certas faixas etárias. (...) Nós acabamos atendendo só uma quantidade mínima e os outros ficam de fora. (...) Além do reforço ele dá aula de arte, dá aula de educação física, reforça alguma coisa em português, inglês e alimentação também. Nós damos lanche e almoço, dependendo do horário que a criança esteja lá no projeto.”

Para conseguir viabilizar os projetos e manter jovens e adolescentes em atividades educativas, é preciso uma verba extra além da ajuda do Estado.

“Recebemos uma ajuda ínfima do Estado. (...) Isso é completado com um mutirão entre o povo da igreja.”

“(...) Nós pedimos ajuda em outros conhecimentos nosso e ali nós completamos esse atendimento, porque esse, essa verba que nós recebemos, não dá. Inclusive nós temos que pagar, luz, telefone, água e o serviço de modo geral, não é?”

As igrejas também vêm se mobilizando para ajudar a população e diminuir o número de desempregados na comunidade.

“É um grupo de pessoas interessadas que está trabalhando junto, fora da religião e nós estamos com esse propósito.”

“Nós temos um trabalho todas as quartas-feiras e esse trabalho nós temos um propósito de lutar, lutar pra que o nosso grupo venha a ser um grupo que pelo menos tenha trabalho e viva dignamente, então todos nós nos esforçamos para quando uma pessoa tem emprego nós enviarmos daquele nosso grupo, tem outro, a gente manda outro. Então nós temos tido a oportunidade de empregar 21, 22 pessoas.”

Foram citadas algumas iniciativas locais de união de diversas instituições religiosas para lidar com pessoas com dependência química e de jogos.

“Encontro de grupos religiosos um respeitando o outro, padre, pastor, todos se respeitando e não havia a menor pretensão de disputa, o objetivo era realmente de apoio às pessoas e à comunidade, um trabalho social e o grupo de NA e de AA visando ajudar essas pessoas também e também essa dependência a de jovens (...) de bingo que também estão assim perdidos (...). Desse encontro eu participei, desse apoio e achei muito bonito isso, nunca tinha visto.”

Algumas outras iniciativas da sociedade civil também foram levantadas, como por exemplo, a parceria da Associação de Moradores do Complexo do Alemão com uma universidade privada.

"Na SUAM (Universidade) também tem um grupo de apoio (...) oferecendo vagas para a comunidade com bolsas de estudo para melhorar o nível cultural da comunidade, com trabalho de apoio odontológico, com esportes, culinária, também lá tem um grupo de formação para trabalho (...)."

Algumas profissionais de saúde, por conviverem com a população e conhecerem os seus problemas, buscam facilitar o acesso dos adolescentes à escola.

"Eu falo pra diretora, deixa pelo menos umas 5 vagas cada uma que aí eu encaixo os adolescentes, aqueles que estão no tráfico, eu vou trabalhando eles (...)."

O aumento da procura das classes populares pelas igrejas evangélicas foi apontado e pode ser entendido como uma das respostas das classes populares para enfrentar as suas dificuldades cotidianas. Vários fatores podem levar as pessoas a buscarem as igrejas, até mesmo a necessidade de se ter um espaço de apoio social e acolhimento.

"Muitos estão procurando sim, só que não sabem bem o que estão procurando, entram numa igreja, sentam, só querem ser ouvidas."

"umas dizem que se sentem melhor lá (...): - Eu chego lá eu sou bem tratada, principalmente, tem alguém pra me ouvir. (...) Elas choram, elas desabafam, falam tudo que tem que falar, até mesmo uma coisa que a gente vê que não tem nada a ver, mas elas querem falar, deixa elas falarem, pronto acabou, respirou fundo: - Agora vou embora."

Outras pessoas têm dificuldade em acessar os serviços públicos de saúde.

"- Ah, eu fui ontem e não fui atendida. Aí vem para igreja para orar (...)"

Essa busca de soluções no plano religioso não exclui a busca por melhorias no plano físico. Inclusive, a orientação das igrejas é que as pessoas não abandonem o tratamento médico.

"(...) uma moça trouxe a filha dela, a criança estava começando a inchar. Aí pediu para orar para curar, mas ali é problema médico, sabe? (...). Eu vou falar para você não ir para o médico? A gente ora, pede a Deus e você procura o médico."

Foi também relatado a busca religiosa em situações de impasse, como por exemplo o envolvimento dos filhos no tráfico. Nesses espaços, essas mães se sentem

acolhidas, *“elas não vão encontrar pessoas para criticar elas: - mas você não soube criar seus filhos. - Porque é isso que a gente ouve no mundo.”*

“Das mães que eu conheço elas estão buscando sim, as igrejas evangélicas. No tráfico, as mães estão buscando sim, o lado espiritual da coisa, estão buscando sim nas igrejas com a maior fé, não é?”

Em oposição aos limites de acesso aos serviços de saúde, nas igrejas o acesso é livre porque *“a porta está aberta”*.

“Tem pessoas que a hora que elas chegarem até pelo fato da Igreja Universal ficar aberta o dia inteiro, a hora que elas chegarem... É de 6 da manhã, já 8, 9 da noite, então se elas chegarem do trabalho elas sabem que têm alguém lá pra ouvir elas, elas querem isso (...).”

Freqüentar a igreja pode contribuir para melhorar a auto-estima.

“Ao freqüentar uma igreja, a vida das mulheres melhora, o modo de agir, o modo de pensar, a auto-estima delas fica em alta, com certeza.”

10. Propostas

Ao longo de todos os fóruns foram aparecendo algumas propostas para minimizar as dificuldades da população pobre. Algumas parecem simples, porém a sua viabilidade depende do empenho e política dos gestores públicos responsáveis.

Uma das propostas levantadas se refere à necessidade de se fazer pesquisas que visem conhecer as condições de saúde da população e ter um diagnóstico da situação.

Nesse sentido, sentem falta das visitas dos profissionais de saúde com objetivo de dar orientações e informações para a população mais pobre.

“Ninguém vê mais uma pesquisadora em lugar nenhum fazendo pesquisa na casa de ninguém, nem muito menos pra orientar as mães como antigamente era, acabou tudo.”

“É preciso fazer uma visitação (...) e poder também dar orientação, principalmente o pessoal da área de saúde, pra poder reforçar e ensinar como eles devem proceder pra também ajudar a saúde, a educação e ajudar essas crianças.”

Os participantes reconhecem a importância do Programa de Saúde da Família (PSF) para a população e propõe a sua intensificação na região e a ampliação de suas atividades.

"O PSF deveria ter bolsa alimentação".

"O PSF ele faz o cadastramento das famílias e pelo PSF vocês poderiam saber quais as famílias que realmente precisariam de bolsa alimentação. Eu acho que isso teria que ser trabalhado junto com as igrejas, não é? A igreja tem a bolsa então vamos lá, quem precisa, qual é a família que realmente está precisando. (...) Podia ser uma coisa integrada com as igrejas pra facilitar. Eu acho que a gente tem que trabalhar em equipe que é pra ajudar a população."

Dentro dessa linha de raciocínio, os participantes ressaltam a importância de desenvolver o trabalho em parceria, integrado em rede, entre os diversos profissionais de saúde, tanto os do PSF como os das Unidades de Saúde, as lideranças religiosas, a associação de moradores, as ONGs e demais organizações que têm como foco ajudar a população.

"Já que não tem essa coisa de vontade política pra resolver os problemas do país, eu acho que tem que haver uma integração das igrejas, das unidades de saúde, do PSF, das ongs, enfim, de todas essas organizações que tentam cada uma à sua maneira ajudar a população. Eu acho que é aquela história - a união não faz a força? Então eu acho que todo mundo tem que se unir e começar a fazer um trabalho. Eu acho que a gente vai colher bons frutos."

A integração em rede permitiria uma maior troca e ampliaria a capacidade de ajudar a população. Entre os trabalhos em conjunto a serem realizados foram destacados, entre outros, o desenvolvimento de atividades educativas e o planejamento familiar. A importância da população mais pobre ter acesso a um planejamento familiar adequado já foi assinalado no item Orientação/Organização, tendo em vista que os participantes fazem uma associação direta deste tema com as condições de vida.

Em relação às atividades educativas, ficou evidenciado a necessidade de ampliar o número de vagas nas escolas locais, principalmente para 2o grau, e desenvolver atividades educativas em ensino não-formal. Os participantes propõem o desenvolvimento de estratégias governamentais de educação cidadã e diferentes processos educativos para a população, principalmente para moradores de comunidades.

"Se por um acaso o governo municipal, o governo estadual, continuassem com aquelas reuniões, aqueles grandes salões que faziam como aqui na estação... Na administração de rumos, na administração da Penha, em todos esses lugares, o povo cada vez mais ia desenvolvendo, mais os governos silenciaram".

Quanto aos projetos sociais do governo, foi sugerido que se procure dar continuidade aos mesmos, já que muitos projetos começam e são abandonados. Deveria também haver maior integração entre os programas de governo, pois existem diferentes programas com a mesma atuação mas que não dialogam entre si.

"Tem um trabalho da secretaria que se chama Dente Escola, então tem um dentista que vai a toda as escolas para não só ver os problemas dentários das crianças, mas ver as condições da escola, da criança, se a criança precisa de oftalmologista. Aí vem outro programa da Saúde Escolar pra fazer a mesma coisa. Pelo amor de Deus gente, pra que tantas pessoas fazendo a mesma coisa, vamos juntar, você vai precisar de menos recurso, menos pessoas pra fazer o que está se propondo. Falta o que? Informação, falta diálogo falta trabalho de equipe."

Essa superposição de ações educativas e de saúde acontece tanto em nível vertical quando o município, o estado e a união desenvolvem os mesmos trabalhos isoladamente em uma determinada região, como em nível horizontal quando diferentes secretarias municipais ou estaduais desenvolvem as mesmas atividades. Por sua vez, um trabalho integrado entre os vários níveis de gestão e os diversos profissionais de saúde possibilitaria atender mais pessoas e abranger um número maior de aspectos da vida comunitária, além de otimizar os recursos financeiros.

Ainda em relação às ações governamentais foi proposto a criação de células de trabalho com o objetivo de aumentar o nível de escolaridade na comunidade e promover a capacitação profissional desenvolvendo cursos técnicos. O Governo teria o cadastro desses profissionais treinados e os recrutaria para as vagas no mercado de trabalho.

Uma outra proposta foi melhorar o saneamento básico, pois, conforme podemos ver nas fotos em anexo, as condições das favelas são muitas vezes insalubres, com valas de esgoto abertas e ratos dentro das casas.

As queixas crescentes de sofrimento difuso e a complexidade dos problemas de saúde evidenciam a necessidade dos profissionais de saúde serem capacitados para lidar com as adversidades da vida e ampliar a escuta do sofrimento e adoecimento.

Diante do exposto cabe questionar se a racionalidade do modelo biomédico, pautada na lógica das doenças, permite espaço para o acolhimento e a escuta. Por sua vez, a organização dos serviços voltada para as necessidades dos sujeitos e as adversidades que enfrentam no seu cotidiano poderia contribuir para ampliar a dimensão do cuidado e da integralidade na atenção à saúde.

Relatório Final da Região da Maré

I-Introdução

A Maré fica localizada na zona norte do Rio de Janeiro, em uma região originalmente pantanosa, com vários mangues e brejos, nas margens e sobre as águas da baía da Guanabara.

Tomando como base o censo realizado em 2000 pelo Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM), esta localidade aparece como o complexo de comunidades populares de maior concentração demográfica. Com uma população de 132.176 habitantes, a presença feminina é predominante - 66.976 mulheres e 65.200 homens - acompanhando a tendência da distribuição por gênero no estado e no município do Rio de Janeiro. Com 38.273 domicílios distribuídos em suas 17 comunidades, a Maré possui uma média de habitante/domicílio de 3,45.

Outro dado relevante refere-se à participação de crianças de 0 a 14 anos na estrutura populacional da Maré, representando 30% do conjunto de habitantes do bairro, o que cria demandas específicas em termos de políticas públicas de educação, cultura e lazer. O Censo identificou que 6,4% das crianças de 7 a 14 anos estão fora da escola, sendo que 2% das crianças nesta faixa etária exercem alguma atividade de trabalho.

As 17 comunidades integrantes do bairro possuem características e processos espaciais bastante distintos, embora não haja nitidez de fronteiras geográficas entre elas. Na Maré, o narcotráfico está sob comando de várias facções, o que faz com que as fronteiras, apesar de invisíveis, não sejam ultrapassadas pelos moradores segundo uma hierarquia que coloca em risco principalmente, os homens, jovens e negros.

II-Desenvolvimento

Uma questão de grande relevância para a pesquisa foi a escolha dos voluntários para a constituição dos fóruns. Cabe ressaltar que todos os pesquisadores tinham contato anterior em suas áreas de atuação. Sendo assim, durante uma reunião de equipe fizemos um levantamento de pessoas comprometidas com a vida comunitária e que pudessem representar diferentes segmentos da comunidade.

Tomando o posto de saúde como referência da localidade, a primeira pessoa a ser contatada foi o presidente da UNIMAR, responsável administrativo pelo Posto de Saúde da área de nossa atuação. Foi um contato pessoal no qual explicamos a pesquisa, entregamos cópia do projeto e solicitamos sua colaboração, nos autorizando a fazer contato com o posto de saúde.

Nesta época, o posto vivia um momento delicado após demissão da antiga coordenadora. Marcamos uma reunião com a, então, coordenadora do posto que, já ciente da pesquisa, nos recebeu de forma solícita. Levamos em mãos o projeto e explicamos que gostaríamos de contar com a participação de um profissional de nível superior e de um agente comunitário de saúde para participar dos fóruns da Ouvidoria Coletiva, que se realizaria mensalmente, durante cinco meses. A coordenadora demonstrou bastante interesse pela pesquisa e nos solicitou que aguardássemos a próxima reunião de equipe para que o grupo pudesse escolher seus representantes. Explicamos qual o perfil de profissional seria interessante ter presente na pesquisa. Assim foi feito e após a reunião nos foi passado o nome dos profissionais que seriam liberados de suas atividades para colaborar com a Ouvidoria Coletiva, uma enfermeira e uma agente comunitária de saúde.

A escolha dos representantes religiosos foi um pouco mais complicada. Tínhamos contato próximo com as Irmãs Cabrini e, inclusive, já havíamos conversado sobre a possibilidade de uma das irmãs participar da pesquisa – o que só poderia acontecer após as férias coletivas que acontecem no período de Natal, se estendendo até final de janeiro. Entretanto, durante as férias, todas as irmãs foram desenvolver trabalhos em outras comunidades, sendo substituídas por outras que, por serem novatas no local, não teriam como nos ajudar na pesquisa, o que demandou uma nova busca. Chegamos, então, ao padre da igreja católica local e a um leigo com longa experiência de coordenação na Pastoral da Juventude e, sem dúvida alguma, uma liderança local.

A escolha do líder comunitário foi consenso numa reunião onde foram sugeridos alguns nomes. Como a pessoa tinha disponibilidade para participar, não houve maiores dificuldades.

Contatamos cada uma dessas pessoas, explicamos nossa proposta de pesquisa e convidamos a participar. Todos foram muito receptivos à nossa proposta e participaram trazendo para discussão do fórum a experiência de cada um acerca dos temas propostos. Feitos esses contatos, iniciamos os fóruns que foram orientados por algumas questões abertas, como também pontos a serem refletidos e debatidos pelo grupo.

Vale ressaltar que no primeiro encontro do fórum foi explicado a todos os participantes que não estávamos interessados em dados oficiais. Ao contrário, gostaríamos de conhecer a percepção de cada um acerca das questões abordadas.

III- Resultados dos Fóruns da Maré

A seguir, estaremos contextualizando alguns dos resultados mais específicos da

área da Maré, obtidos a partir dos debates dos fóruns, sistematizando as narrativas segundo as categorias prévias da pesquisa.

1– Acesso a alimentos

A fome é um problema sério na Maré e identificar os mais necessitados é uma tarefa difícil, principalmente porque, em geral, os mais necessitados não aparecem, se escondem durante o dia porque têm vergonha, saindo somente à noite para catar restos nos lixos. A igreja tenta minimizar esse problema com visitas domiciliares que procuram identificar os mais necessitados e evitar superposição de benefícios. Mesmo assim, reconhece que não é suficiente.

Para lidar com as situações de urgência, a igreja católica conta com a ajuda de instituições religiosas e da própria comunidade, num trabalho de estímulo a solidariedade. Assim, a igreja recebe do colégio São Bento doação de cem bolsas de alimentos para serem distribuídas. Consegue, entretanto, aumentar essa ajuda em cinquenta por cento, contando com a participação solidária da própria comunidade.

“(...)É aquela história, todo mundo de repente tem fome, precisa, mas tem sempre alguma coisa que ele pode dar para quem precisa mais do que ele, não é? Então a gente tenta despertar essa solidariedade.”

A qualidade dos alimentos doados, em geral, de baixo valor nutritivo é um problema para as pessoas, pois pode favorecer a desnutrição e a obesidade. Além disso, a quantidade de alimentos doados não é suficiente para o mês, uma vez que alimenta famílias numerosas.

Acontece também que *“Às vezes tem o alimento, mas não tem o gás para cozinhar”*. Esse problema fica agravado em função do monopólio do gás, exercido pelo narcotráfico e, que determina aumento do preço, dificultando ainda mais o acesso das pessoas.

Outro problema que o fórum Maré identifica como agravante da fome é a gravidez precoce: *“mães se tornam mães cada vez mais cedo”* e sem nenhuma noção do que vão fazer. Até porque *“às vezes se tornam mães por besteira”*. Relacionam isso com o que a mídia coloca na TV principalmente nas novelas que incentivam atitudes irresponsáveis à custa de muita *“armação”*. Nas palavras de um dos participantes:

“Mas o que às vezes eu percebo que falta, eu não sei se já na escola teria que ter isso, eu não sei aonde é que poderia entrar, é que como as mães se tornam mães cada vez mais cedo, muitas vezes elas não têm a menor noção, do que vão fazer, da importância do leite até”.

Uma das características mais marcantes do fórum Maré foi a reflexão sobre o papel da educação e da mídia nos problemas da fome da população pobre. Para o grupo, a mídia:

“dificulta a pessoa a ter uma noção clara dos problemas, inclusive do problema que é a questão da alimentação, de uma boa alimentação (...) você tem que comer isso, você tem que comer aquilo outro. Aí passa o Globo Repórter sobre alimentação (...) mas nada que vai realmente possibilitar a pessoa... só dizem o que deve ser feito, mas não diz de forma alguma como fazer para adquirir o alimento (...) Não diz que para adquirir o alimento ela tem que trabalhar (...) Enfim, tem toda uma relação aí antes de ter o alimento na mão que não se tem noção(...)”

A mídia faz propaganda de determinados alimentos, fazendo com que os preços subam, obedecendo aos critérios do mercado e não às necessidades nutricionais das pessoas.

“E isso envolve também um pouco da educação em si, de como apoiar as pessoas, como ajudar os jovens e adolescentes a terem essa conscientização da alimentação”.

As pessoas perderam a noção do valor das coisas e dos alimentos. Não só do valor nutricional dos alimentos, mas também do seu valor monetário. A educação é apontada como uma saída, uma forma de dar condições às pessoas de conquistarem não só uma alimentação mais saudável como também melhores condições de vida.

“(...) a educação é uma forma de mostrar à pessoa, de dar à pessoa condições de disputar, não só disputar o trabalho, mas também de disputar o conforto (...)”

Apontam, também, para a ineficácia de determinados programas governamentais diante de uma situação de miséria.

“E lidar com isso é muito complicado, não é? Muito complicado. Como é que você vai dizer pra uma mãe que ela vai sair fora do programa de leite porque ela está vendendo, está trocando leite por droga, numa comunidade como a nossa? Como é que você vai dizer pra uma mãe que aquele leite é só pra aquela criança ou pra meia dúzia que ela tenha em casa, que ela, ou o marido, ou o amante, sei lá, o companheiro e os vizinhos não podem tomar, que é só daquela criança? Não dá.”

2- Condições de vida

Ao contrário do que se possa supor, a estratificação social está presente no complexo da Maré. Habitações precárias se avizinham de ‘pet shop’ e até de agência de turismo que exhibe, em sua porta, cartazes de companhias aéreas e cartões de crédito.

Casas bem organizadas, com até três andares e outras de chão batido, em meio ao lixo e que, ainda assim, muitas vezes se subdividem para abrigar mais famílias em situação de urgência.

É um espaço de diferenças e de resistência. Numa esquina o esgoto rompe o asfalto e fica a céu aberto. Em outra, jovens e crianças tomam banho de mangueira para se refrescar do calor.

Independente da estratificação, a pobreza social e suas conseqüências são vivenciadas por todos. O preço do gás está subindo e a dificuldade de acesso à compra está diminuindo. Algumas pessoas acham melhor comprar fora da comunidade por conta dos ‘atravessadores’. A manipulação do comércio do gás, pelos traficantes traz conseqüências sérias para a população que, prefere silenciar “*para garantir a sua própria sobrevivência*”.

O narcotráfico impõe regras à comunidade que, desprotegida, só pode mesmo obedecer.

“Trabalhadores, trabalhadoras, nunca fizeram nada, assim de mal, não se envolvem com coisa nenhuma, mas que de repente são postas para fora de sua casa, simplesmente porque a lei interna obriga a isso. Então quem vive dentro da Maré ou de qualquer outra favela sabe muito bem disso, que não se pode fazer grandes coisas ou quase nada.”

Mesmo assim, uma característica destacada por todos os componentes do fórum é a alegria das pessoas na Maré e sua capacidade de resistir...

“(...) se tem um tiroteio a minha mãe ficava reclamando: ‘Desliga a luz’. E aí comprei um abajur pequenininho assim, de uma luz... que eu tinha que estudar, não podia... tem matéria da faculdade no outro dia, tem provas no outro dia. E às vezes se tivesse... eu tinha que estudar, não podia deixar de estudar.” [durante os tiroteios, luz acesa pode significar alguém bater à sua porta e exigir abrigo].

O grupo da Maré faz distinção entre o ‘malandro’ de antigamente e o ‘bandido’ atual. O malandro era menos violento, não enfrentava a polícia como hoje, a coisa era mais ‘negociada’. Além disso, tinham vínculo com a comunidade e eram cuidadosos com ela. Os tiroteios tinham hora marcada, em geral, de madrugada e a comunidade era avisada.

Atualmente, além do risco dos tiroteios ainda tem o limite das fronteiras que cerceiam a liberdade de ir e vir inviabilizando, muitas vezes, namoros, amizades e até mesmo a possibilidade de frequentar uma escola. De fato:

“Uma coisa era o malandro que morava na favela, e outra coisa é o bandido.

Então eu acho que até um tempo atrás existia o malandro (...).”

Ainda assim, algumas pessoas conquistam o direito de ir e vir. Religiosos, profissionais de saúde primeiro andam acompanhados e depois, quando se tornam conhecidos, passam a poder circular livremente. Alguns jovens que participam de projetos sociais através da igreja e/ou de ONGs, também adquirem o direito de ir e vir.

Com a polícia, a relação também não é fácil. Embora representantes do poder público, tendo como função proteger os cidadãos, poucos policiais exercem tal função. De um modo geral, entram na comunidade atirando, sem o menor cuidado com quem está na rua. Entram na comunidade como se todos fossem bandidos e muitas vezes recebem dinheiro do próprio tráfico.

“(...) por que a polícia entra na comunidade batendo, prendendo esses meninos que ficam nas esquinas? Por que eles usam de tanta agressão dentro da comunidade e por que eles recebem tanta propina do próprio pessoal do tráfico? (...).”

E também achacam pessoas que estão trabalhando:

“um policial que pega um real é porque é morto de fome, porque ele não pegaria um real não.”

Entretanto, não é apenas a violência explícita do narcotráfico e da polícia que oprime os moradores da Maré. Há também a violência do preconceito e da exclusão.

“Olha, tem artistas dentro da Maré que você fica assim: ‘Caramba!’ (...) As pessoas lá de fora não acreditam. (...) não são descobertos porque eles moram na Maré. Eles sofrem o preconceito: ‘Você mora aonde? Na Maré? Ah então não está com nada’. O preconceito está em alta. Não pode o complexo da Maré fazer uma coisa linda como você.”

A exclusão econômica gera exclusão social - *“Se você não tem, você não faz parte.”* - e a exclusão social gera formas de inclusão econômica mesmo que marginal, mesmo que por pouco tempo:

“(...) eles [os ‘meninos’ do tráfico] sabem que é uma coisa muito passageira. É aquele momento. Eles não têm nenhum projeto de estrutura de vida, de futuro, porque é só aquilo momentâneo.”

A visibilidade e o poder ganham o imaginário de jovens:

“Ah, deixa estar! Quando eu estiver no poder você vai me querer.” [fala de um jovem depois de tentar, várias vezes e sem êxito, namorar uma menina. Refere-se ao poder do tráfico].

E de algumas jovens que, através deles, ganham status.

“Porque as meninas engravidam cada vez mais cedo (...) muitas delas (...)

engravadam 'deles' [dos 'meninos' do narcotráfico]. E é como se fosse uma fábrica de sucessão (...).”

Há também a violência de se ver pelos olhos da mídia:

“A forma como a mídia mostra as favelas... existem dois extremos, não é? Ou são todos... Tem o lado do bandido, do mal feitor e tem o lado do favelado, de pessoas miseráveis que servem para nada, que são todos burros, sem educação, não têm nada.”

Que raramente vê as coisas boas:

“Olha, eu fico revoltada quando eu leio o jornal que diz: ‘O complexo da Maré é a área mais crítica do Rio de Janeiro’. Aí que raiva! (...) a gente passa ali em frente à igreja católica domingo de manhã, quanta alegria a gente vê no rosto daqueles jovens (...) só que a mídia não vê isso, não é? A gente passa ali no campo da Vila do João, tem aqueles pirralhinhos lá, felizes da vida. (...) jogando bola com a meia rasgada, a chuteira que foi do vizinho, (...) a mídia não vê isso, ela só vê as coisas ruins.”

E que olha para a Maré de cima:

“(...) se você quer mostrar a favela você não vai mostrar de cima. (...) isso é uma linguagem, então eles querem dizer, qualquer pessoa pode andar aqui dentro, é um local como outro qualquer, tem gente que passa, tem gente que.. não sei o que... (...) Aqui [na Maré] eles reafirmam que o local é perigoso, é tão perigoso que não dá pra andar dentro, então eles só mostram de cima, de helicóptero (...).”

Há ainda a violência da superpopulação:

“É um barril de pólvora, não é? É muita gente junta... eu acho que dificulta acesso à saúde, dificulta acesso à alimentação, dificulta tudo (...).”

Para o fórum Maré, condições de vida e saúde caminham juntas:

“Então a única saída pra saúde é melhorar a qualidade de vida, não é?”

3– Expressões do Sofrimento

O sofrimento é grande e se expressa de várias maneiras. Mais uma vez, a mídia aparece na reflexão do fórum Maré. Ao entrar na casa das pessoas, às vezes como única forma de lazer possível, a mídia cria demandas de consumo amplo onde não há, muitas vezes, garantia de ter o que comer e gera expectativas acerca de um estilo de vida totalmente fora da realidade, inatingível para a grande maioria das pessoas. Tudo isso afeta principalmente os jovens:

“(...) o momento difícil que eles passam, o momento de transição da idade, fica difícil de aceitar. (...) ‘por que eu não tenho direito a tudo que a Globo mostra? Eu sou diferente?’ Então se a Globo mostra que as pessoas passando os outros para trás, têm

condições de ter tudo isso, eu vou passar todo mundo para trás também (...).”

O jovem sente-se excluído por não fazer parte desse mundo onde o “ter” se sobrepõe ao “ser”. Muitos jovens arriscam suas vidas acreditando que o narcotráfico é a única possibilidade de conquistarem o que desejam.

O grupo aponta para a falta de temor a Deus, como uma das razões para a desvalorização da vida, da sua própria vida e da vida do outro. Mesmo assim, o sofrimento imposto por uma vida de riscos faz com que muitos traficantes quando vêm que alguém está indo para a igreja, peçam para que orem por eles.

Percebem, também, que o problema da auto-estima é sério. O sofrimento de se sentir como alguém que não vale a pena:

“(...) a auto-estima (...) muitas vezes falta esse amor por si mesmo, acreditar em si mesmo, eu sou capaz de estudar, de trabalhar... Às vezes é mais fácil ficar nessa imagem da comunidade, da favela, de gente que não tem instrução, de gente que depende de uma ajuda (...).”

O sofrimento fica estampado no rosto das pessoas:

“Esse clima tenso de algumas noites. A gente percebe no rosto das pessoas quando o clima está tenso (...).”

E chega até a igreja:

“É até interessante porque tem o horário de atendimento [na igreja católica, pode ser uma conversa ou uma confissão, mas em geral, as pessoas solicitam confissão]. Mas ela não tem pecado nenhum, ela quer desabafar, quer às vezes, contar o pecado do outro ou o que ela está sofrendo por causa de outra pessoa, não é? (...) Então muitas vezes é isso (...) a pessoa não quer confessar, ela quer conversar, ela quer partilhar. (...) quando a gente vê não é bem uma confissão é mais um desabafo.”

O sofrimento confessado:

“É isso que ela falou, ela quer confessar o sofrimento e de alguma maneira a confissão tem alguma coisa assim de sigilo, não é, de proteção também, não é?”

O sofrimento também chega ao posto de saúde. As pessoas solicitam atendimento...

“E acabam desabafando, realmente a gente vê que o problema é mais além do que ela acha que é, o problema familiar é muito... Elas desabafam cada coisa que você nem imagina, pessoal dela mesmo.”

O desabafo, a confissão são expressões do sofrimento predominantemente femininas. O sofrimento dos homens, na maioria das vezes, se expressa de outra forma e acaba gerando uma outra forma de violência... a de gênero:

“Cerveja todo dia, segunda, terça...”.

O fórum Maré destaca duas razões de sofrimento, a falta de perspectiva de vida, que limitam sonhos e projetos de vida - *“Eu acho que toda essa situação, a doença, a falta de perspectiva, aquela rotina que você não consegue sair dela, eu acho que tudo isso causa sofrimento.”* - e a falta de lazer. Na Maré não há opção de lazer, o que exige dinheiro ao menos para pagar a passagem de ônibus. Por outro lado, a violência local dificulta o lazer. Atualmente é mais difícil organizar encontros na casa de amigos porque as pessoas não podem se locomover com segurança.

“Eu acho que as pessoas passam ou passaram por cada situação assim na comunidade que às vezes uma bomba, um ‘estalinho’ é capaz de assustar, sabe? E de causar medo (...).”

Novamente, a mídia faz chegar às pessoas opções de lazer inacessíveis como ir ao teatro ou ao cinema, por exemplo. As pessoas sofrem pela exclusão do direito ao lazer.

A vida é difícil e a violência local não permite que as pessoas possam descansar, ter um momento de descontração com os amigos, em função dos frequentes tiroteios que impossibilitam o uso do espaço público para o encontro:

“Pois é, então já vem de uma tensão terrível, trabalha o dia inteiro, enfrenta o ônibus cheio, um salário miserável, contas pra pagar, enfim, filas do posto, que nunca tem médico suficiente pra todo mundo, chega no final do dia, a pessoa está oh! transbordando, aí quando tem cinco minutos pra sentar na calçada, pra jogar conversa fora, não pode. Não pode.”

A violência impõe fronteiras invisíveis que cerceiam a liberdade de ir e vir e geram medo. É mais uma barreira a ser enfrentada, na luta cotidiana da vida e, muitas vezes se torna uma dificuldade a mais na luta pela melhoria da qualidade de vida.

“Já vem cansado do trabalho, já não é pouco esforço, é mais difícil de conseguir assimilar alguma coisa, raciocínio cansado e falta de uma porção de coisas, não é? O hábito de frequentar uma sala de aula... tem que romper uma série de barreiras... a vergonha, e ainda tem que interromper a barreira do medo.”

4- Agravos da saúde

Falar em agravos da saúde implica em falar de condições de vida e de violência. A saúde física e mental das pessoas fica abalada em função das inúmeras situações de violência vividas no cotidiano. Uma das formas de violência – a criminalidade ligada ao narcotráfico - é um tormento para todos. As mães se preocupam com seus filhos, por um

lado, pela iminente possibilidade de sedução e, por outro, pelo risco dos tiroteios frequentes. As crianças muitas vezes são surpreendidas por um tiroteio na saída da escola.

“E ver meu filho chegar e depois ficar assim desesperado, correndo, porque não sabe se a qualquer momento vai sair um outro tiroteio, e sair da casa da senhora [onde se abrigou do tiroteio], chegar em casa pálido passando mal, com a mochila nas costas, com a roupa toda suja porque se deitou no chão. Você fica imaginando, como é que fica a cabeça de uma criança dessa, não é?”

Os hipertensos e as gestantes também são muito sensíveis a essas situações:

“No dia que tem um tiroteio o pessoal do grupo de hipertensão está assim em massa no posto de saúde, as grávidas têm sangramento (...).”

As crianças também aumentam a fila do posto de saúde com sintomas como vômito, diarreia, dor de cabeça...

“(...) cada vez que tem tiroteio, por exemplo, no dia seguinte já foi falado isso aqui, não é? As filas aumentam, é problema de hipertensão, é criança que faz vômito, é tudo um reflexo da violência, principalmente as pessoas idosas, não é? Passam mal.”

Fila quilométrica no posto de saúde gera insatisfação e revolta. Os profissionais não conseguem dar conta de atender. Alguns atribuem a demora para o atendimento à incompetência do serviço e tornam-se agressivos. O aumento da demanda não é percebido por muitos como consequência da violência.

“Mas sabe o que acontece, isso... [relação entre violência e saúde] nós vemos isso, nós conseguimos enxergar e entender isso, mas a maioria das pessoas na comunidade não, eles não vêem essa ligação, esse ponto de ligação que na noite anterior teve um tiroteio tremendo e que no dia seguinte, aquela senhora que tem a casa de esquina vai ficar com a pressão alta, a grávida que estava no sexto mês começa a perder sangue (...) eles não conseguem... (...) Isso é rotina. Isso é fruto de processo repressivo.”

Por outro lado, o profissional que não faz parte da comunidade, muitas vezes não sabe o que aconteceu e também não relaciona o sintoma com a situação de estresse vivida:

“Aí no dia seguinte [a um tiroteio que surpreendeu muitas crianças brincando numa manhã ensolarada] as crianças estão tudo com diarreia, as crianças estão com diarreia, vomitando, queixam de dor de cabeça, aí vão no pediatra... ‘Ah, é uma virose qualquer’.”

Os tiroteios perturbam o sono e, às vezes, tiram o sono:

“(...) na verdade o problema é que no momento em si eu consigo ficar calmo, depois é que é o problema, eu não consigo dormir... fico meio perturbado com essa coisa.”

Os agravos da saúde, algumas vezes, se perdem no caminho do posto de saúde e chegam na igreja:

“(...) tem casos que se eu tivesse uma pessoa para encaminhar... A gente identifica aqui: ‘Puxa, isso aqui não é um problema de fé, não é problema...’ Às vezes é problema psicológico.”

Durante as visitas domiciliares, as agentes comunitárias de saúde são chamadas para atendimentos extras, não agendados. Às vezes, vizinhos atentos pedem ajuda para os doentes. Os homens raramente pedem ajuda e pouco vão ao posto de saúde:

“A gente escuta muito a frase: ‘Posto de saúde é lugar de mulher.’”

Aos olhos de nossos ‘ouvidores naturais’, algumas doenças são muito freqüentes. Durante a pesquisa houve um surto de conjuntivite, levando muitos casos ao posto de saúde local. Outros agravos são muito freqüentes: problemas de garganta, gestantes com toxoplasmose e doenças sexualmente transmissíveis como sífilis e HPV.

Ao contrário de outras localidades, a escabiose chega com freqüência ao posto de saúde. Difícil é seguir o tratamento que exige muitos gastos com gás e eletricidade, determinando algumas vezes o agravamento da situação clínica e o retorno ao posto de saúde.

Entretanto, em situações de vida tão adversas, outras doenças ganham destaque:

“Atualmente, como ela falou, a conjuntivite é a campeã, mas a depressão tem... tem sido freqüente... casos de depressão, de câncer, de aids também, até de tuberculose, pneumonia, coisas assim, não é? Eu não me lembro se teve algum caso de hanseníase, mas de depressão certamente”.

A situação de vida contrariada, muitas vezes leva ao alcoolismo e outros vícios. Então, surgem as doenças associadas a esses problemas que acabam desestruturando a família e desencadeando outras doenças:

“A situação financeira, tipo o problema mesmo de vício de bebida, de cigarro, de tantos outros vícios que acaba afetando toda a família, não é? Desestrutura toda a família. E aí vem a hipertensão, vem a diabetes, é muito complicado, o estado emocional, o estresse, ele traz tudo isso também, até o próprio câncer, não é?”

O fórum Maré identifica a miséria como fator causador de inúmeros agravos de saúde - *“(...) As pessoas em miséria assim extrema, a doença vem tudo de uma vez.”*

Na pobreza, a desnutrição é um problema de saúde freqüente: *“(...) No mês*

passado voltou a doação do leite. Você vê isso, gente desnutrida na escola.”

As pessoas que trabalham com grupos consideram a depressão como a doença mais visível. Dissipada pela comunidade, muitas vezes só chegando ao posto de saúde quando em estado grave e, em geral, através da intervenção de algum vizinho ou parente.

“Nos contatos com os grupos, o único tipo de doença mais visível é essa coisa relacionada à depressão mesmo, à baixa auto-estima. Porque o cara tenta trabalhar, tenta estudar e não consegue e ele se arrepende de não ter aproveitado anteriormente a oportunidade de ter estudado, de ter trabalhado. (...) quando eu estava coordenando os grupos a gente percebia que o pai em casa bebia e aí brigava com a mãe, brigava com a filha, e isso causava uma certa instabilidade na família e acabava afetando. Eu acho que isso não mudou muito”.

As drogas lícitas como o álcool, muitas vezes são a porta de entrada para outras drogas e, aos olhos do grupo, o consumo tem aumentado.

“Eu acho que tem uma coisa que é problemática que são as drogas lícitas, não é? O álcool é o primeiro ponto de chegada, se a família do cara, se o cara, o jovem não tiver uma boa cabeça, uma boa formação pode ser uma porta(...)se eu fizer uma comparação em relação aos lugares que eu tenho tocado e a quantidade de bebida que eu tenho visto as pessoas consumirem e a quantidade que bebiam antes, eu acho que hoje se bebe muito mais.”

O vício é também porta de entrada para o tráfico, muitas vezes até para pagar a dívida:

“Porque eu acredito que tem dois tipos, que tem aquela pessoa que vai se manter, que vai trabalhar, vai se matar de trabalhar e aí tem às vezes até a sua família, causa alguns problemas em casa por causa da droga, da bebida, mas conseguem trabalhar, conseguem manter um vício controlado - se é que pode haver algo assim, mas que vive como um viciado sem estar envolvido com tráfico, não tem muito e às vezes até passa necessidade por causa do vício. Deixa de comprar, às vezes, a comida ou comprar aquilo que é necessário por causa, pra manter o seu vício, de repente pra se manter vivo, pra não entrar no tráfico, não sei. E tem o cara que não consegue e acaba entrando.”

Na falta de assistência, a própria comunidade alimenta o vício para aliviar o sofrimento.

“O camarada está muito trêmulo, pede um cafezinho, não consegue beber, o dono do boteco dá uma cachaça pra ele primeiro. ‘Toma aqui, bebe a tua cachaça e

toma esse café com pão aqui'. Calibra o corpo pra depois alimentar o estômago."

5- Morbi-mortalidade por causas externas

Numa tarde, o grupo todo reunido, lançamos a pergunta:

- Do que se morre mais, na comunidade?

A resposta veio rápida, sonora...

- *"Tirando a doença só sobra tiro."*

Mais uma vez a violência assume uma dimensão alarmante. Os comentários sobre morte, dentro da comunidade, em geral, referem-se a mortes violentas principalmente de jovens. Morre-se muito de tiro. Muitos jovens ligados ao tráfico morrem em confronto com alguma facção rival ou com a polícia. Algumas vezes, a bala perdida encontra alguém que simplesmente está passando pelo local.

Há, também uma outra forma de violência que provoca a morte de muitos jovens, são as chamadas "mortes encomendadas":

"Olha, tem as mortes encomendadas também, que são aquelas que o sujeito leva um 'cacete baiano' e fica dois, três dias dentro de casa porque não pode procurar socorro, e depois vai pra o hospital e morre..."

Estas mortes, em geral, atingem os 'meninos' do tráfico, ou meninos confundidos com eles.

"(...) É mais quando tem envolvimento [com o tráfico]. Eles apanham muito, apanham a ponto de... se for a segunda surra então, eles não têm direito de procurar socorro (...) A primeira surra geralmente pode [ter cuidados médicos], a segunda já é reincidente, aí... (...) Aí acaba morrendo, é nessa que acaba morrendo. É, tem que pedir muito, pra eles [os traficantes] liberarem pra levar o sujeito no hospital, acaba morrendo, porque demora a prestar socorro (...)."

A comunidade é, reconhecidamente, local de tráfico de drogas. Entretanto, o uso é 'comedido'. Nunca se ouviu falar de morte por overdose... Consumo em excesso, só mesmo das drogas lícitas. Morrer por overdose de cocaína não é coisa pra pobre:

"Ter uma overdose é chique, bem."

6- Problemas na Atenção à saúde

(acesso aos serviços, diagnósticos, terapêutica e resolutividade)

O posto de saúde da Maré que participou da pesquisa tem uma rotina de funcionamento bastante organizada. Diariamente é distribuída uma senha para todos que estão na fila. Se a quantidade de senhas não for suficiente é feita uma triagem para

identificar os casos graves, que serão atendidos. Os outros terão suas consultas marcadas. As pessoas que fazem parte de alguns dos programas oferecidos pelo posto têm suas consultas agendadas. Além disso, as agentes comunitárias de saúde fazem, regularmente, visitas domiciliares e são muito consideradas pela comunidade:

“Os agentes de saúde quando vieram pra Maré foram batizados de Anjos da Maré.”

Mesmo assim, enfrentam problemas diversos. Muitas vezes, têm que lidar com o sofrimento das pessoas por problemas que extrapolam suas atividades.

“Alguns casos sim, alguns casos a gente sente melhora, tentam solucionar, encaminhar, dar orientação de para onde devem ir com o problema. Alguns casos consegue, mas nem todos, não é? A maioria das vezes não.”

Além do fato de haver uma demanda muito maior do que os serviços oferecidos, têm que enfrentar o problema da falta de profissionais: Muitos profissionais se recusam a trabalhar na Maré por medo da violência. Em geral, os que aceitam são indicados por profissionais que já trabalham no local.

Ultimamente tem havido problemas sérios na distribuição de medicamentos. Nos últimos cinco anos nunca houve falta de medicamentos por um tempo tão prolongado:

“Ultimamente tem havido reclamações em relação aos remédios (...) sai do médico com receita aí chega ali não tem remédio, ele não tem dinheiro pra comprar, aí...”

A falta de medicamentos e de profissionais assusta as pessoas que precisam do serviço:

“As mães ficam apavoradas perguntando se o posto vai fechar porque está acontecendo isso, porque falta remédio, falta profissional, quer dizer, é muito difícil.”

Por outro lado, os profissionais têm que lidar com situações muito complicadas, como é o caso do encaminhamento para exames diagnósticos, consultas especializadas e internações:

“Demora [para fazer exame diagnóstico], tem aquele negócio que você tem que ir cedo, mesmo com encaminhamento, tem que sair cedo, aí enfrenta uma fila só para marcar pra daqui a dois ou três meses... que não é para semana que vem, não é?”

Os profissionais do posto chegam a fazer grupos de orientação e estímulo para que as pessoas não desistam de fazer os exames e/ou o tratamento.

“Olha gente, não desestimula, por causa disso você não vai deixar de fazer seu tratamento, vai lá insiste, não desiste, você precisa. A gente esclarece.”

Mas, alguns casos não podem esperar, então os profissionais precisam intervir:

“Não, tem alguns casos que não dá para esperar. Tem uns casos que é assim... é para ontem. Aí eu ligo para CAP, falo com o doutor (...), ‘olha está acontecendo isso e isso’. Aí eu mando o preventivo para ele, o fax para ele, mando o preventivo da mulher pra ele e ele agenda em qualquer outro hospital. Ele consegue. Aí a gente já conseguiu duas cirurgias assim. Tem que fazer; não tem como esperar. E tem algumas que dá para esperar e enquanto isso ela vai fazendo o tratamento que a ginecologista pede para ela.”

Enquanto isso a população sofre:

“Elas ficam desesperadas... a fila... marcou no Fundão... três meses, (...) o médico marcou para daqui a tanto tempo e/ou saiu de férias ou... Enquanto isso estão convivendo com aquela situação, esperando ter uma vaga, esperando ser atendida, porque demora muito (...).”

Os profissionais também se angustiam com essa situação. Muitas vezes fazem um esforço pessoal para resolver o problema, às vezes até solicitando exame gratuito em alguma clínica particular conhecida. Além disso, têm que enfrentar condições de trabalho que, nem sempre, são adequadas à prática médica.

7- Políticas Públicas

As igrejas e ONGs se organizam para suprir algumas necessidades, apesar disto o fórum Maré aponta que *“falta vontade política tanto pra saúde como pra educação.”*

As políticas públicas, de uma forma geral, não têm favorecido as pessoas. Com relação à educação, as políticas servem mais à estatística do que às necessidades das pessoas de terem preparo para melhorar a qualidade de suas vidas:

“Eu percebi isso no município, as crianças não sabem ler, não sabem interpretar um texto. (...) Por outro lado, o professor é pressionado a não reprovar (...) Porque o prefeito quer botar todo mundo na escola seja lá a qual custo que for. Não importa se o cara vai passar 8 anos na escola e não vai aprender nada, ele vai entrar sem saber ler e vai sair sem saber ler. De repente ele vai saber ler, mas não vai conseguir ler e pensar ao mesmo tempo, ele não consegue fazer isso.”

Uma idéia que passa subjacente é que não vale a pena investir na educação de crianças pobres:

“Mas é que essas crianças não valem a pena.”

Na Maré, os projetos sociais não têm continuidade. Ficam a mercê das políticas internas e dos candidatos. Citam como exemplo, o fechamento da Vila Olímpica e a sua reabertura em precárias condições antes das eleições municipais.

Em ano de eleição muitos candidatos aparecem oferecendo serviços - “(...) porque a Maré pode ajudar a eleger muita gente, não é?” Levam para a comunidade médicos, dentistas e outros profissionais que prestam serviços, mas só naquele período. Depois somem. Mesmo assim, a necessidade fala mais alto:

“(...) É, mas às vezes mesmo tendo decepção de trazer um oportunismo eleitoral, a necessidade às vezes passa por cima, não é? Fala mais alto.”

Algumas promessas de candidatos se repetem ao longo dos anos...

“Um dos grandes trunfos dos candidatos dentro da Maré é o título de propriedade dessas casas (...) E cada ano de eleição esse slogan vem assim, com toda força: ‘Vamos providenciar os títulos de propriedade pros moradores da Maré’. Eu já estou cansada de ver esse filme, mas tem gente que ainda se ilude disso. Aí trabalha nas campanhas do Dr. Fulano de tal (...) Aí acabou a eleição o assunto morre, vai pra gaveta de novo, fica todo mundo murchinho, não é?”

Existe uma expectativa de que o poder público possa atuar de maneira diferente dentro das comunidades, conhecendo melhor suas necessidades e não atuando apenas como força de repressão:

“Nós temos um pouco mais de 125 mil habitantes. Desses 125 eu não creio que hajam mil bandidos dentro do complexo da Maré (...) então, resta 124 mil habitantes que trabalham, que pagam seus impostos, nós somos maior que muitas cidades por aí a fora, então cadê o poder público?”

A qualidade da presença do Estado se materializa pela promoção da melhoria da qualidade de vida, através de projetos educacionais como escolas profissionalizantes, creches, atividades culturais, de lazer, acesso ao trabalho e garantia de respeito aos direitos humanos:

“Respeitando os direitos humanos... você pode punir, sem humilhar, sem maltratar, sem espancar”.

8- Orientação/Organização

Para enfrentar condições de vida tão adversas, a comunidade se organiza em torno das igrejas, de ONGs e dos próprios serviços de saúde, e assim encontram apoio. Nesses espaços busca-se oportunizar trabalho e renda, promover lazer gratuito e também refletir sobre os valores da sociedade atual. Nessas reflexões, a educação e a religiosidade se destacam:

“Eu percebo assim... eu não sei assim como é que isso piorou, não é? (...) Eu não sei esse juízo de valores que se tinha e que hoje não se tem, que aí é um juízo que

basicamente eu não vejo de outra forma, talvez só a educação dê alguma noção, alguma idéia desse juízo de valores, porque... Acredito que até quando a pessoa acredita em alguma coisa [refere-se à religião – temor a Deus], pode ajudar também.”

Os valores religiosos de fraternidade e respeito resgatam a humanidade perdida:

“(...) eu vejo que as crianças, principalmente, se elas fossem orientadas, fossem ensinadas que existe um ser maior, que Deus existe, que tem uma importância muito grande na vida das pessoas, eu acho que as pessoas seriam mais humanizadas, não usariam de tanta violência, de tanto desrespeito aos seres humanos, com certeza.”

E o valor sacro da vida:

“A vida é um dom de Deus, ele deu, somente ele tira. E as pessoas tiram a vida um dos outros como se fosse pegar um copo desse assim e amassar, não tem importância nenhuma, joga fora.”

Na Maré, esses grupos se empenham no trabalho de valorização da auto-estima:

“Iniciativas estão acontecendo até dentro da igreja, na missão nossa a gente cede espaço, por exemplo, para a alfabetização dos adultos, acreditar que ele é capaz de ler, essas coisas, e também com jovens (...).”

A igreja católica procura formas de fortalecer as relações familiares, através da pastoral familiar, de dar conforto aos doentes – pastoral da saúde e está começando, aqui no Rio, um trabalho que já é realizado em outros estados – a pastoral da sobriedade, que segue a metodologia dos AA e refere-se a sobriedade de todo tipo de excesso e não apenas de drogas e álcool, do qual se espera, no futuro, um resultado preventivo.

No posto de saúde, os profissionais buscam novos caminhos:

“A gente tem uma enfermeira da hipertensão diabética que está fazendo... [passeios] (...). Antes dela, outras fizeram outros passeios. E aí a gente descobriu que tem pessoas que nunca saíram daqui (...).”

Organizam atividades:

“Na semana da mulher... Foi ótimo e vai ser a semana toda. Sexta-feira de manhã tem uma moça que já está ensinando a fazer bordado e crochê. Na sexta-feira a gente vai fazer um grupão com ela e à tarde a gente está organizando cinema... a gente vai pegar uma fita, fazer pipoca para elas”...

Atentos, procuram atender as necessidades mais subjetivas de quem procura o posto de saúde:

“O posto é meio que o lazer delas. Elas não têm para onde ir, aí elas inventam:

‘Ah, vou para o posto’. A gente vai criar um grupo de mulheres, agora. A gente está organizando só pra isso, sem freqüência, sem cobrança, só pra isso assim, vamos juntar.’

Muitas vezes, se gratificam com o resultado de seu cuidado.

“(...) Tem muitos testemunhos, muitos casos de pessoas que depois vão lá e gostam de falar, demonstrar: ‘Olha, consegui, já superei!’ (...)”

E reconhecem como é importante cuidar dos jovens:

“(...) Pros adolescentes agora no sábado tem o serviço do Adolescentro que funciona no centro de saúde, mas que nem todos vão.”

Na Maré, muitas pessoas freqüentam as igrejas e, segundo nossos entrevistados tem crescido o número de pessoas que participam das ações sociais das igrejas, tanto a católica quanto a evangélica. A própria igreja reconhece que se engajar e participar da vida comunitária é algo que faz com que as pessoas se sintam melhor e estimula o trabalho voluntário, a prática solidária, apostando na idéia de que é saudável participar de um grupo.

“(...) a pessoa perceber que não é só ela ir ao culto, mas tem que se engajar, tem que participar dessa comunidade, tem que ser comunidade, não ser apenas uma relação com Deus assim, individualista de eu vou lá rezo e pronto, mas ela tem que estar comprometida, tem que se agrupar. (...)”

Nas igrejas, se estabelece um convívio: *“(...)Pela solidariedade. E eu acho que essa é uma das principais válvulas de escape desse barril de pólvora que a gente vive.”*

E se preocupam, também, em cuidar da formação do jovem:

“E esses cursos também de formação, de educação pro jovem, a cultura deles, a gente está pensando no hoje, mas no amanhã também, não é? Dar oportunidade para esses jovens se formarem, se especializarem em alguma coisa pra tentar conter, no futuro, esses problemas (...).”

9- Respostas/Propostas

As pessoas da comunidade encontram formas criativas de andar a vida. Se os freqüentes tiroteios estão diminuindo a freqüência das pessoas nos cultos religiosos, então, muda-se o horário dos cultos e missas.

Embora a Maré já apareça no mapa da cidade como um bairro, os moradores enfrentam o preconceito quando buscam uma oportunidade para melhorar de vida. A esse preconceito, respondem com a mentira:

“(...) Aí o jovem (...) continua dizendo: Você mora aonde? Em Bonsucesso.”

Do sensacionalismo da mídia, se protegem:

“Numa comunidade agitadíssima como é a nossa. Aí o sujeito põe, por exemplo, eu de costas, com roupa que a comunidade está acostumada a ver, tipo de brinco, tipo de cabelo, você está sendo ocultada de quê? De coisa nenhuma, isso é irresponsabilidade (...).”

Também se protegem de alguns pesquisadores:

“Quando eu sou chamada pra falar em algum lugar, fazer parte de algum projeto, falar sobre a comunidade, eu penso duas vezes, pra onde estou indo, com quem que eu estou falando, qual é a instituição que está por trás?”

O fórum Maré empunha a bandeira da educação como possibilidade principal de esperança de um mundo melhor:

“É melhorar a qualidade de vida, e a qualidade de vida se melhora através do estudo, a pessoa começa a perceber determinadas coisas que não percebia antes, não é?”

Uma educação capaz de formar cidadãos críticos:

“A gente, o nosso principal foco é de dar acesso não só à alimentação, mas de uma forma geral é a questão da educação. Eu acho que esse é o foco. Uma pessoa que tenha, que saiba lidar- mas a educação não no sentido de ensinar a ler em si, porque ensinar a ler é uma forma de educação- mas uma pessoa que saiba lidar com as informações, que saiba discernir o que ela está vendo, discernir o fictício do real; que saiba ponderar o que acontece lá na televisão (...).”

Que possam pensar em novos caminhos:

“(...) Agora também na Maré... a população é muito grande (...) se todo pessoal se unisse mais (...) Enquanto eles pregam a divisão, a separação, não pode ir, não pode passar, se a gente se unisse, tentasse mostrar que não é por aí, tem que unir, tem que... Uma Maré só, é uma comunidade só, se juntar pra somar ao invés de dividir... mas as pessoas têm medo, têm esse temor, não é? Talvez na união, uma união maior, pudéssemos conseguir alguma coisa, até pra reivindicar mesmo, até para pedir, pra juntar... Aquela história, não é? Mata alguém e fecha a Linha Vermelha... na hora de pedir, de exigir uma presença, uma atenção maior, será que a gente não poderia ou não deveria também... Eles se articulam de maneira errada, não é?”

Pensar em novas formas de se organizar e reivindicar:

“Agora se essa maioria, não sei, tivesse alguma maneira... se juntasse pra falar: ‘olha nós não aceitamos mais isso, não queremos mais isso aqui’. Quer dizer, a força que eles têm e não sabem que têm. Eu acho que muita coisa poderia mudar, ao

invés de ser tratado como morador... ‘ah, o nome é morador, é morador, morador não, eu sou cidadão, eu sou do bairro’ (...) Mas se o morador tomar consciência que ele é cidadão, que ele não é morador, alguma coisa podia... E com relação também às autoridades”

E de encontrar na comunidade a solução de seus problemas:

(...) uma união dentro do direito, sabe? Seria bem mais fácil se reivindicar coisas não só pra Vila do João e Conjunto Esperança, mas para todo Complexo da Maré, só que eles se organizam de forma desordeira (...) eles não se organizam, eles se revoltam. E aí o resultado é a primeira página do jornal da violência, mas tem que existir um meio, eu acho que os jovens estão no caminho certo (...) Então muita coisa está sendo mudada com essa manifestação da rede jovem (...).”

A Rede Maré Jovem é um movimento de jovens, que a partir de um indicativo do Fórum Social Mundial, tem se reunido com jovens de outras comunidades. Na Maré, esse grupo tem promovido encontros e debates sobre assuntos diversos. Suas reuniões são itinerantes e tem sido uma maneira de ultrapassar as fronteiras.

Relatório dos Resultados Gerais

1. Acesso a alimentos:

O primeiro ponto abordado nos fóruns de Ouvidoria Coletiva foi a questão do acesso à alimentação. Almejávamos saber qual o grau da fome e constatamos que pelo menos para uma parcela da população *“o grau da fome é o último. Há disputa de alimentos com os ratos”*.

Alguns consideram que a fome piorou nos últimos anos e foi constatado pelos participantes que a alimentação é deficiente, pois comem água pura com fubá ou pé de galinha com água, apesar da existência de inúmeros projetos do governo e do assistencialismo por parte de diferentes entidades, como igrejas, ONGs, empresas privadas, etc. A comunidade de Manguinhos, para contornar essa situação, recorre a CADEG – Central de Abastecimento da Guanabara – em busca de sobras de alimentos.

A pesquisa constatou também que existe uma enorme dificuldade na distribuição de cestas básicas pois os mais necessitados não são atendidos, seja por falta de organização dessas pessoas no sentido de estarem presentes nas horas e locais certos de distribuição, ou pelo fato de que os mais pobres entre os pobres não aparecem, pois se escondem e só saem de madrugada em busca de restos de comida e/ou lixo. Os participantes consideram que há fundamentalmente dois tipos de assistidos: aqueles que encontram-se desempregados e os que precisariam permanentemente de ajuda (idosos, doentes crônicos), e ressaltam que a distribuição de cestas básicas do modo como está sendo feita gera injustiça, na medida em que uns recebem e outros não.

Alguns participantes da pesquisa questionaram o conceito de cidadania embutido no Cheque Cidadão:

“Matar a fome de uma família é cidadania? Não adianta dar o Cheque Cidadão, tem o nome cidadão, mas é paliativo”.

Outro problema levantado em relação à alimentação é a falta de gás para cozinhar. Além do preço alto, há dificuldade de obtenção, pois em algumas comunidades a distribuição do gás é feita por um único fornecedor que monopoliza o comércio na região. A solução encontrada é a união de várias famílias que rateiam a compra de um botijão de gás e dividem o consumo, cozinhando todas juntas numa mesma casa ou transportando o gás de casa em casa.

Enfim, os participantes avaliam que:

“Seria bom que todo brasileiro, todo cidadão tivesse condição de comprar o seu alimento, seria bom que cada um tivesse condição de não precisar desse tipo de ajuda, de não precisar de cesta básica.”

2. Condições de vida e saúde:

Se por um lado, atualmente as comunidades estão mais urbanizadas, com ruas asfaltadas por onde sobem as kombis que levam os moradores às partes mais altas dos morros, e há obras de contenção de encostas nos lugares mais críticos, por outro lado a carência das condições de vida têm levado a uma deterioração e precarização das habitações e dos estilos de vida. De todo modo, mesmo nas áreas públicas das comunidades, a manutenção das redes de água e esgoto não estão sendo feitas, aumentando o número de danificações nas referidas redes.

O que se percebe é que cresce o número de pessoas morando em uma mesma casa (*“as famílias se amontoam”*) e a cada dia novos barracos são construídos em lugares sem saneamento e sem condições de moradia. As agentes comunitárias de saúde relatam que de uma semana para outra, cerca de dois a três barracos são construídos. Ao indagarem quem são os novos habitantes, quase sempre são familiares dos moradores da redondeza, alegando como motivo da mudança a perda do emprego ou a falta de condições de continuar pagando aluguel. Em outros casos, constroem mais alguns andares acima do que já existia, fazendo uma obra vertical e sem segurança.

As condições de muitas moradias são insalubres com o chão de barro sem nenhuma camada de cimento, apenas coberto com um tapete ou algumas tábuas de madeira, ocasionando umidade e cheiro de mofo. Essas moradias, em geral, se restringem a um único ambiente de 2m x 1,5m que serve de quarto, sala e cozinha. Não é raro ver o fogão ao lado da cama onde dorme toda a família. Muitas casas não possuem banheiro e a água só chega na parte externa, num tanque colocado do lado de fora. A água é armazenada em galões, o banho é tomado fora de casa e as necessidades são feitas no pinico ou lata. Em outras situações, os moradores dividem o banheiro da casa com um familiar que reside próximo, ou constroem um banheiro coletivo do lado de fora para servir a um grupo de famílias. Em algumas comunidades ainda existe esgoto correndo a céu aberto pelas vielas e, inclusive, passando por dentro de algumas moradias.

Constatamos a existência de casas feitas com quatro estacas de madeira, cobertas com papelão e plástico. Alguns moradores utilizam fogão a lenha por falta de condições

para comprar o gás. O lixo é acumulado em alguns pontos da comunidade: em encostas de morro muito íngremes ou próximo aos rios, de todo modo, perto das casas, por isso se explica a presença de ratos. Também é comum a criação de porcos próximo às casas.

“O desemprego é a raiz de todo esse mal que a gente está vendo, da fome e da criminalidade.” Essa frase foi dita por um dos participantes dos fóruns e resume bem a situação presente, o desemprego também é a raiz das condições insalubres e inseguras das moradias, da violência e conseqüentemente dos agravos da saúde. Aliado ao descaso com a educação.

Devido ao grande número de lares em que as mulheres são as chefes de família, está ocorrendo uma sobrecarga de trabalho, onde elas têm que prover o sustento e as necessidades da casa e dos filhos e ainda assumir a tarefa de cuidar e educar os filhos. Foram relatados alguns casos de abandono de crianças, muitas vezes vítimas de maus tratos. O que os participantes da pesquisa dizem ocorrer é o seguinte: *“As mães estão trabalhando ou se omitindo, devido a própria situação de pobreza.”* Nesse contexto de falta de cuidados com as crianças, há propensão aos acidentes domésticos.

Outro fator relatado refere-se a solidão dos adolescentes e dos idosos, comprometendo a saúde mental. Os adolescentes, em geral sentem-se excluídos da sociedade de consumo e revoltam-se com esta situação: *“Por que eu não tenho direito a tudo que a Globo mostra?”*. A falta de perspectiva de vida também acentua a desilusão dos jovens. Há casos de prostituição infantil ou de pré-adolescentes de 12, 13 anos, que se vendem em troca de um celular ou um tênis de marca, ou mesmo para ajudar nas despesas da casa.

A gravidez na adolescência tem se mostrado como um problema de saúde pública. Devido à falta de perspectiva de melhorar de vida e/ou devido à falta de informação em relação às formas de prevenção, as adolescentes estão engravidando cada vez com maior freqüência, levando à práticas indiscriminadas de aborto com risco de vida para as mães, ou à opção de ter o filho, mas sem orientação adequada de como conduzir a gravidez, sem realizar o pré-natal, ocasionando o nascimento de crianças com má formação congênita, portadoras de sífilis e HIV. Nas palavras dos profissionais de saúde:

“Os adolescentes acham que ter filhos é sinônimo de responsabilidade, de maturidade. Isso aparece bastante lá na unidade de saúde. Eles acham que tendo um filho, eles vão ser adultos, vão ser responsáveis.” Ou ainda: *“É porque você nunca participou do planejamento familiar, pra elas 12 anos é coroa 15 é muito mais, 20 é*

muito velha. Chegou uma gestante pra se inscrever no nosso pré-natal, 16 anos, 5ª gravidez, 4ª cesárea. Nós chegamos a ouvir de alguns grupos de adolescentes que gravidez é status. Por que fulana têm, eu não vou ter? É como um brinco, é como um cordão. Infelizmente é isso”.

Acresce-se a isto que, em geral, quando a menina engravida, ela ganha um quarto separado ou uma casa para morar com seu namorado; além disso, ela passa a ser mais respeitada pois ninguém mexe com ela.

A questão de se a informação de como prevenir uma gravidez chega ou não aos adolescentes é polêmica. Algumas pessoas que trabalham com essa questão dizem que a informação pode até chegar, mas de forma deturpada. Eles percebem que essa proposta educativa fica muito aquém do público alvo, falta a questão de conhecer o corpo, conhecer como funciona o aparelho reprodutor masculino e feminino. E esses profissionais dizem que é preciso trabalhar a construção conjunta desse conhecimento com os jovens. Outros profissionais acreditam que a informação é passada, mas não é bem aceita pela parte interessada, principalmente aqueles que mais precisam dessa informação até porque não tem nível de instrução que facilite, esses não aceitam, não querem mudar os hábitos.

Interessante observar o depoimento de um dos participantes em relação a essa estrutura familiar que estamos nos deparando atualmente:

“A jovem ela não tem aquela coisa do casamento, de ter uma estrutura familiar já montada, aí ela ficar dentro de casa com a mãe, tendo filhos e filhos, não tem a participação do pai pra dar o apoio, até porque é um outro jovem também. As famílias vão ficando numerosas, vão crescendo e a gente vai observando que as crianças ficam realmente em situação até muitas vezes de abandono, porque a avó às vezes trabalha fora, não pode ficar o tempo todo com o neto ou com os netos. E a jovem às vezes se envolve com outras coisas, não tem aquela maturidade, aquela responsabilidade de cuidar, e a criança fica largada com um vizinho ou com um parente próximo, enfim, vai crescendo dessa forma.”

O alcoolismo é muito presente principalmente entre os homens. O que é lazer para os homens: beber para esquecer um pouco os problemas da vida, encontrar com os amigos e ter uma sensação de euforia, é sofrimento para as mulheres: ele chega em casa bêbado e muitas vezes bate na mulher. A fala comum nas comunidades é que pessoas que não têm dinheiro para comprar comida, conseguem sempre quem pague uma dose de cachaça. Existe até um sindicato da cachaça:

“Toda comunidade tem, é onde você levanta de manhã, cata as suas latinhas e leva a sua cota de dinheiro, aí você pode beber o dia inteiro de graça, é o sindicato”.

Um ponto que permeou todos os fóruns foi a questão da violência. Constatamos que atualmente existe uma certa naturalização ou banalização da violência. O que se vê é que as pessoas já não se assustam tanto, pois quando começa um tiroteio muitos moradores da comunidade continuam nas ruas em vez de correr para lugares protegidos. Deparar-se com homens fortemente armados já é uma rotina para os moradores das comunidades, e as crianças crescem nesse meio acostumadas ao clima de violência. A frase que se segue exemplifica bem esta situação:

“Esta região toda está sofrendo uma forte pressão pela violência. Então isso aí está criando uma nova maneira de viver, uma nova mentalidade, porque você deve ver isso, crianças pequeninhas que quando você pergunta: O que você quer ser quando crescer? A criança responde: Bandido.”

Diante da falta de perspectiva dos jovens das classes populares em arrumar um bom trabalho que lhe dê condições de sustentar uma família, a opção que se descortina a esses jovens é a entrada para o tráfico de drogas. Eles falam o seguinte:

“Puxa, eu quero um tênis, não tenho dinheiro, minha mãe também não tem, meu pai também não tem, como é que eu vou comprar o tênis?” Tênis de marca, claro. “Quero uma bermuda tal e não tenho dinheiro. Se eu quiser hoje por exemplo, se eu quiser comer uma coisa diferente, pô, estou aqui com dinheiro no meu bolso, alguém vai me dar? Não”.

As famílias estabelecem diferentes tipos de relações com os filhos que fazem parte do tráfico. Há casos em que as mães “deixam”, ou melhor, fazem “vista grossa” para o fato do filho ter entrado para o tráfico, pois desse modo pelo menos ele traz dinheiro para casa. Por outro lado, há casos em que a mãe não aceita o dinheiro vindo do tráfico, e algumas vezes elas têm medo dos próprios filhos.

Foi nos relatado um caso de um pai de família trabalhador com oito filhos e que com seu parco salário não tinha condições de sustentar a família em todas as suas necessidades. Os filhos crescendo nessa situação de carência, aos poucos vão sentindo vontade de ter um tênis melhor ou uma roupa da moda e começam a ser atraídos pelo dinheiro que circula entre os traficantes. A frase a seguir representa bem essa situação:

“A raiz do mal é o filho não ser bem cuidado. O tráfico entra aí, sutilmente, quando o pai vê o filho já está com um tênis novo.”

3. Fatores que contribuem para os agravos da saúde:

O fator considerado mais importante e desencadeador de vários outros fatores que contribuem para os agravos da saúde é a situação financeira precária, o desemprego e os diversos tipos de subemprego:

“É a miséria que causa aquele tipo de doença. Não tem o que comer, ela fica fraca, fica fraca com depressão, da depressão aparece outra coisa, é tudo muito ligado. As pessoas assim em miséria extrema, a doença vem tudo de uma vez”.

O fator que contribui para o adoecimento e que está fortemente relacionado à situação financeira precária é a questão da fome e da deficiência alimentar. A violência cotidiana, em seus diversos tipos: doméstica, na escola, no trânsito, no ônibus, na comunidade, no atendimentos dos serviços de saúde, na falta de emprego, nas condições insalubres de moradia, enfim, em toda parte, também foi considerada como um fator agravante no estado de saúde das pessoas. Essa violência causa aborrecimento, estresse, revolta, raiva, depressão e diversos outros sintomas que desencadeiam o adoecimento.

Os vícios, tais como o alcoolismo e o consumo de drogas, também foi muito citado, levando à cirrose hepática, edema pulmonar e parada cardíaca. A falta de perspectiva de vida e a baixa estima estão presentes na vida de muitos integrantes das classes populares, levando conseqüentemente ao adoecimento. Outro fator relatado foi a falta de orientação e uma certa ignorância muito presente nos sujeitos mais empobrecidos. Nesse particular, as igrejas foram apontadas como lugares onde as pessoas vão para desabafar os seus problemas e saem de lá com uma certa orientação de como tentar resolver as dificuldades que encontram na vida. E, por último, a falta de lazer também foi apontada como um fator que contribui para o adoecimento.

4. Doenças mais freqüentes detectadas nos serviços de saúde:

As doenças mais freqüentes relatadas pelos profissionais de saúde foram: respiratórias, tais como diversos tipos de alergias, asma, bronquite, enfisema e pneumonia; doenças cardio-vasculares, nesse item é importante destacar que a hipertensão arterial está deixando de ser uma doença individual e está se conformando em uma doença de âmbito coletivo, na medida em que há relatos de que:

“No dia que tem um tiroteio o pessoal do grupo de hipertensão está assim em massa no posto de saúde, as grávidas têm sangramento (...). A fila de manhã cedo é quilométrica, da triagem... podes crer que no dia anterior teve tiroteio”.

A hipertensão está acometendo os jovens também. Outra doença presente em grande parcela da população é a diabetes, é relevante pontuar que, em geral, as pessoas das camadas populares não têm condições de manter uma alimentação adequada e acabam se alimentando do “*que tem para comer*”, seja ele compatível ou não com a doença. Uma outra situação colocada pelos profissionais de saúde, presente principalmente entre os idosos, diz respeito à teimosia de alguns diabéticos que persistem em manter uma dieta incompatível com a doença.

DSTs como AIDs, sífilis e HPV também são muito recorrentes nos serviços de saúde. A tuberculose volta a ser uma doença que está acometendo muitos indivíduos, principalmente por causa do advento da AIDs, e como já é sabido, os pacientes estão procurando as unidades de saúde cada vez mais tarde, soma-se ao fato de que muitos interrompem o tratamento no segundo mês ao se sentirem melhor, mesmo com toda orientação dos profissionais, e aí a doença volta muito mais resistente, dificultando o processo de cura.

A depressão também foi muito citada, ocasionando outras doenças e que tem levado à tentativa de suicídio, presente principalmente entre os adolescentes. Ao perguntarmos os motivos que levam os adolescentes a tentarem cometer suicídio, obtivemos a seguinte resposta:

“E aí vem essa questão da própria tentativa do suicídio. Não estuda, não tem emprego, não tem perspectiva de melhorar de vida. De repente um namoro mal sucedido, uma coisa que não deu certo, que começou a fazer em alguma área da vida dele, e aí ele entra em depressão e a própria família não está preparada para lidar com essa situação, que a gente sabe que não está mesmo.”

Outro motivo para a tentativa de suicídio diante da solidão que os adolescentes se encontram foi apontado como sendo uma forma de chamar atenção.

O abuso sexual, principalmente em crianças, foi detectado nos serviços de saúde, embora na comunidade seja visto como inaceitável. Diarréia e desnutrição em crianças também estão muito presentes. Algumas doenças infantis como pediculose, escabiose, piodermites e verminoses, em geral, não chegam aos postos de saúde, apesar de acometerem com frequência as crianças das classes populares.

5. Morbimortalidade por causas externas:

Foi unanimidade entre todos os participantes da pesquisa que a causa de morte ou morbidade por fatores externos mais frequente se refere aos acidentes ocasionados

por tiro, tanto de inocentes quanto de pessoas envolvidas com o tráfico de drogas. Seguida de todos os tipos de violências: espancamentos, mutilações, brigas no trânsito, práticas indiscriminadas de aborto, etc.

As pessoas estão morrendo também de susto. “Como assim?” Nós perguntamos. E a resposta veio imediata:

“Morre-se também do coração. Até por susto mesmo, porque do jeito que está ali meu filho, Deus que me perdoe, as pessoas estão acordando de madrugada de tiro... É doenças cardiovasculares, pressão alta, leva aquele susto, não é? Gente é horrível, igual eu estou falando a gente sobe, quer dizer às vezes você esteve com aquela pessoa uma semana antes, a pessoa estava bem, tranqüilo, aí você sobe, já verifica que ela está com a pressão alta, entendeu? Já está nervosa, não é? As coisas acontecem ali na porta dela, elas não podem fazer nada, não pode falar nada, não pode gritar, ela tem que ver e ficar quieta, quer dizer, na semana seguinte ela já está com os nervos, já não tem para onde ir, tem que ficar ali mesmo. Quer dizer, e só vendo violência, e aí a pessoa, de susto também acaba morrendo.”

6. Problemas na atenção à saúde:

6.1. Acesso aos serviços:

O primeiro problema que a população enfrenta ao chegar aos serviços de saúde é a fila. É necessário chegar ainda de madrugada para conseguir um bom lugar na fila e, mesmo assim, isto não garante que a pessoa irá ser atendida. Essa situação gera muito estresse, pois a pessoa ou seu familiar está debilitada, com algum problema de saúde que precisa de atendimento médico e muitas vezes o atendimento não se concretiza. Acresce-se a isto o fato de que muitas vezes o paciente só tem dinheiro para a passagem daquele dia, ficando sem condições de retornar em um outro dia. Enfim, o que se percebe é que os serviços de saúde em geral não têm condições de atender toda a demanda de usuários, inchada ainda mais em virtude do uso inédito por parte da classe média dos serviços públicos de saúde. O Posto de Saúde da Penha (Posto XI), por exemplo, tem uma demanda de usuários muito grande, inclusive de outras unidades, por estar localizado em uma rua de fácil acesso por onde passam muitas linhas de ônibus.

Existe uma demora excessiva na marcação de consultas com especialistas, que pode chegar até a 120 dias. A marcação de exames oscila entre um a sete meses. Os usuários costumam dizer que até lá, eles já faleceram do problema que ia ser tratado. Também não é fácil arrumar uma vaga para internação nos hospitais públicos. Tudo isto

gera preocupação, sentimento de impotência e adoecimento nos profissionais de saúde. Nas palavras desses profissionais:

“Na nossa unidade nós não temos algumas especialidades, então agora o hospital de Bonsucesso liberou algumas vagas de especialidade, só que é um número limitado por semana, e a gente dá conta de agendar para toda a população que nos procura, tá? Claro que as consultas vão ficando para mais longe, e aí a gente agenda, então a gente telefona para dizer: “Oh, a sua consulta foi agendada”, essa pessoa enfartou. Duas vezes já aconteceu de ter falecido. Enfim, aí: “Puxa meu Deus, demorei, mas a culpa não é minha, não é?” É complicado lidar com isso, muito complicado. Um paciente de tuberculose que nós ficamos uma semana para conseguir uma vaga para internar, quando nós conseguimos, ligamos para casa dele, ele tinha falecido à noite.”

Outro problema constatado pelos profissionais de saúde que perdura até os dias de hoje refere-se à referência e contra-referência. Os usuários são encaminhados para um serviço, chegam lá e não conseguem ser atendidos e daí são encaminhados para outro serviço que também não é resolutivo e acabam ficando sem tratamento adequado.

Dessa forma, constata-se que a demanda é muito maior do que os recursos disponíveis, seja em termos de condições físicas laboratoriais, de pessoal e financeiro. O exemplo a seguir ilustra bem:

“A gente faz no máximo 100 coletas [para exame de sangue] / dias, quando deveríamos estar fazendo 250 a 300 coletas por dia, para dar conta de 50% da nossa demanda”.

Os profissionais de saúde foram enfáticos em afirmar que os médicos não têm tempo para ouvir o paciente. A demanda é muito grande e quando o paciente chega apresentando nervosismo e um certo mal estar generalizado, sem um sintoma específico, denominado por alguns autores de sofrimento difuso (Valla, 2001), duas estratégias podem ser tomadas: medica-se calmantes e/ou anti-depressivos ou encaminha o paciente para a triagem do serviço de saúde mental. Esse serviço, por sua vez, não dá conta de atender toda a demanda.

Atualmente, também está sendo constatado um aumento da procura pelo Serviço Social das unidades de saúde na tentativa de conseguir cesta básica para pacientes portadores de algumas doenças específicas, visando obter algum tipo de emprego ou simplesmente para ter acesso aos serviços.

6.2. Terapêutica:

Os relatos dos participantes da pesquisa acentuam a falta de medicamentos e material médico (gaze, soro fisiológico, etc.) nas unidades de saúde. Por outro lado, há casos de usuários do Programa “Remédio em Casa” que recebem a medicação para hipertensão para um período de seis meses, e que vendem esses medicamentos para comprar comida, bebida, cigarro e etc.

Foi constatado também que os pacientes muitas vezes se automedicam devido à dificuldade de acesso e seus problemas de saúde não são tratados, mas apenas “amenizados”:

“Por exemplo, esse tipo de problema, sinusite, precisa de tratamento, não é? A pessoa não é tratada, você apenas ameniza, daqui a pouco ele vai sentir de novo, aí ele não vai mais ao médico, ele já sabe qual é o remédio que ele tem que tomar, ele compra na farmácia. Ele está sentindo aquela dor, aquela dor de cabeça, aquilo tudo, aí: “Puxa, eu vou enfrentar fila de novo, acordar 5 horas de manhã. Ele chega lá, o médico vai me passar isso mesmo”. Ele compra a amoxicilina. Então não está sendo tratado, ele é amenizado. A pessoa não tem que levar um medicamento para melhorar, ela tem que ser tratada até terminar o tratamento e curar.”

Outro ponto levantado é que os problemas graves aguardam muito tempo para dar continuidade ao tratamento. Diante de toda essa situação relatada, de falta de medicamentos e de difícil acesso e resolutividade dos problemas de saúde no âmbito dos serviços públicos, a solução encontrada, muitas vezes, é recorrer à medicina popular, com seus chás, ervas e benzeduras, saber tradicional sempre presentes nas comunidades.

7. Políticas públicas:

Conforme mencionamos no início desse relatório, a pesquisa constatou que os projetos governamentais não atendem a demanda, por diferentes razões:

1. A quantidade de cestas básicas ou qualquer outro produto advindo dos programas governamentais é insuficiente para atender a população que necessita desse atendimento;
2. As regras impostas pelo governo para que os cidadãos possam ser incluídos nesses programas, muitas vezes, dificultam o acesso daqueles realmente mais necessitados. Um exemplo refere-se ao fato de que a família, para fazer parte desses programas, têm que manter as crianças matriculadas na escola, com a carteira de vacinação em

dia, etc. Há casos de crianças que não podem ser matriculadas na escola porque não têm certidão de nascimento, e os responsáveis não têm uma mínima estrutura de vida e orientação para tirar a certidão dessa criança. O tempo vai passando e a criança deixa de estudar e de poder receber uma ajuda alimentar por falta de uma assistência básica.

3. Outro fator apontado diz respeito à qualidade dos alimentos que compõem a cesta básica. O feijão que é oferecido denomina-se “bandinha”, pois todos os grãos são cortados ao meio, de modo que só se tem uma banda do feijão; na rotulagem, lê-se: “Tipo: abaixo do padrão”. Além da qualidade ruim, soma-se o fato de que a cesta é composta praticamente só de carboidratos, sem leite nem proteínas; o que tem gerado desnutrição e obesidade entre as classes populares.
4. As creches do governo são insuficientes para atender a demanda, o que dificulta que as mães saiam de casa para trabalhar. A demanda não é atendida nem com as creches comunitárias mantidas pelos próprios moradores.
5. Os participantes da pesquisa também apontaram como um sério problema a falta de professores nas escolas:

“Quantas vezes a criança sai de casa para ir à escola e volta. Por que volta? Porque não tem professores para dar aula. E isso é consecutivo, às vezes todos os dias.”

Foi constatado que há descontinuidade e falta de integração entre os programas de governo. Existem diferentes programas que possuem a mesma atuação, exemplo: dente escola, saúde escolar, promoção da saúde na escola, etc.

8. Respostas e propostas:

O último ponto abordado nos fóruns teve a intenção de compreender as iniciativas que a população já faz naturalmente como forma de tentar solucionar os problemas do cotidiano, e também conhecer quais as propostas que os participantes consideram úteis e necessárias no sentido de minimizar os problemas apontados durante os fóruns anteriores.

Uma das respostas vindas da sociedade civil refere-se aos projetos sociais de diferentes grupos religiosos, entidades não governamentais, filantrópicas e associações de moradores, que em alguns casos recebem ajuda de empresas privadas e/ou públicas e em outros apenas doações. Os tipos de assistência são os mais variados: reforço escolar, cursos técnicos e de alfabetização, recreação, excursões, creche, distribuição de cestas

básicas, atendimento médico e dentário, encontro de casais, grupos de mulheres, de adolescentes, de alcoólatras, etc.

O aumento da procura pelas igrejas e centros espíritas é um fato notório principalmente entre as classes populares da nossa sociedade. Os indivíduos estão buscando esses grupos religiosos na tentativa de resolver seus problemas de saúde e como forma de aliviar o sofrimento diante da dificuldade de acesso e resolutividade no âmbito dos serviços de saúde. As igrejas, em geral, estão sempre abertas para receber seus fiéis, que vão para desabafar e serem ouvidos. Os religiosos ouvem e procuram fortalecer a auto-estima daqueles que lhes procuram com palavras de conforto e estímulo. A religião passa a dar um outro senso de coerência ou um sentido de vida para aquilo que aparece desordenado em suas vidas: *“A igreja, nos seus trabalhos dominicais, orienta o adolescente, orienta a senhora, se envolve na vida do casal.”* Além do reforço à fé do praticante, que acaba por se constituir em uma importante estratégia de resistência à pobreza.

Nesse sentido, os lugares onde a população tem mais espaço para expressar seu sofrimento são nas igrejas e centros espíritas, como podemos perceber nos depoimentos a seguir:

“Quando a gente vê não é bem uma confissão é mais um desabafo”.

Ou então:

“No “atendimento fraterno” da casa espírita os médiuns se disponibilizam para ouvir, a própria pessoa vai falando e ela mesma vai encontrando soluções para seus problemas”.

Um outro ponto levantado em relação às iniciativas da sociedade civil com vistas a solucionar seus problemas cotidianos fez referência à atuação dos jovens que, em geral, quando se mobilizam, o fazem de forma desordeira, de modo violento, e que acaba por se restringir a um movimento de revolta que não constrói nada de positivo. Em sentido contrário a essa argumentação, foi citada a atuação da Rede Maré Jovem, que tem promovido encontros e debates sobre diferentes assuntos, reunindo jovens de várias comunidades.

Em relação às propostas, os participantes da pesquisa formularam várias sugestões, entre elas podemos destacar:

1. Intensificar o Programa de Saúde da Família (PSF) na região e o número de postos de saúde. Os participantes consideram que o atendimento oferecido pelos médicos do PSF é mais eficaz do que nos postos de saúde, pois os médicos do PSF não estão

tão sobrecarregados quanto os profissionais dos postos e, portanto, têm mais tempo para dispor aos pacientes;

2. Consideram fundamental que haja maior agilidade na solicitação, encaminhamento e resolutividade nos exames médicos;
3. Uma proposta recorrente entre os participantes refere-se à necessidade dos governos investirem em planejamento familiar. Apesar desse programa já existir, eles consideram que ele deva ser intensificado, pois há mínima participação das mulheres que mais precisam. Justamente as que têm muitos filhos e são mais miseráveis não freqüentam esses programas.

“Hoje o que está faltando nas comunidades e, de modo geral no Brasil, é a consciência, é planejamento familiar, é prevenção. Você vê uma jovem aí, ainda jovem, não está na idade média, com 5, 6 filhos, porque não tem a orientação de como viver, como se organizar.”

4. Capacitar os profissionais de saúde de modo a ampliar a escuta do sofrimento/ adoecimento, e saber encaminhar as possíveis soluções para os problemas encontrados. Conforme relata uma agente de saúde:

“Nós precisaríamos de uma capacitação, pelo problema dessa coisa da auto-estima, que de repente você sabe pra você, mas pra passar ..., não é? Que cada caso é um caso, então eu acharia que deveria ter capacitação, que eu vou lá, eu converso, eu pego um jovem no tráfico eu converso e tal, mas eu faço do meu jeito, mas claro se houvesse uma capacitação até pra cada caso seria muito bom, muito bom mesmo. Uma supervisão, não é?”

5. Considerar a importância de se conhecer os problemas reais que a população enfrenta em seu dia-a-dia, para, a partir desse conhecimento, propor medidas educativas:

“É preciso fazer um recenseamento, um levantamento dessa área, e fazer um trabalho educativo a partir das necessidades da comunidade.”

6. Disponibilizar recursos para o saneamento básico;
7. Aumentar o número de creches, escolas de ensino fundamental e médio, diurnas e noturnas, para os que trabalham durante o dia, oferecer projetos culturais diversificados, bem como promover diferentes formas de lazer;
8. Desenvolver estratégias para articulação do trabalho integrado em rede: PSF, postos de saúde, igrejas, ONGs, associação de moradores, empresas públicas e privadas,

etc. Um exemplo sugerido para essa integração proposto pelos participantes dos fóruns refere-se à distribuição de cestas básicas. Diante da dificuldade de avaliação das famílias mais necessitadas, foi sugerido o cadastramento das famílias por meio das agentes comunitárias de saúde, uma vez que elas visitam as casas e sabem, portanto, a situação de cada família;

9. Decorrente da proposta anterior sugere-se que haja maior diálogo entre os diferentes programas governamentais para não haver sobreposição de trabalho;
10. A última e importante sugestão caminha no sentido de se criar células de trabalho dentro das comunidades, que serviriam como banco de empregos. A idéia é que houvesse um cadastro dos moradores disponíveis para o trabalho, e que o Governo oferecesse cursos técnicos/profissionalizantes aos moradores. Esse banco de empregos ficaria à disposição do Governo e de outras entidades que necessitassem recrutar trabalhadores qualificados para as diferentes profissões. Isso implicaria em uma mudança radical, conforme relata um dos participantes dos fóruns:

“Acredita na alimentação, acredita no estado, ia ver a mudança, a queda da criminalidade, a queda do tóxico, da venda de tóxico, todo mundo ia ver isso. Mas em lugar de viver prendendo toda hora e matando toda hora, é alimentar o povo e dar trabalho pro povo, o povo trabalhar.”

Encaminhamentos e Propostas

No dia 11 de Novembro de 2004 foram apresentados os resultados finais da pesquisa de Ouvidoria Coletiva no Salão Internacional da ENSP/FIOCRUZ. Foram apresentados os resultados da percepção dos participantes da pesquisa acerca das condições de vida da população, as respostas que essa população já faz para enfrentar os problemas vividos e as propostas sugeridas por eles visando melhorar suas condições de vida. Estiveram presentes: representantes e líderes comunitários que participaram da pesquisa, entre eles pastores de igrejas evangélicas, representantes de centros espíritas e de ONGs que desenvolvem trabalho na área, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde, professores e pesquisadores da área, além de representantes da coordenação dos centros de saúde da Maré, da Coordenação Geral das Ações Populares da Educação e Saúde do Ministério da Saúde, da Coordenação da Área de Estudos e Pesquisas do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, da direção da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, entre outros.

Após a apresentação dos resultados finais, abriu-se para o debate e algumas considerações foram feitas em relação à pesquisa. O representante do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS considerou a pesquisa impactante e elogiou o novo modelo apresentado. Em sua opinião, trata-se de um estudo de cunho antropológico, qualitativo e que tem muito para mostrar como pode ser uma ouvidoria. Considera que a visão de ouvidoria proposta pelo grupo de pesquisadores se aproxima da idéia de uma política nacional, na medida em que ela descentraliza, reconhece e valoriza o saber local, sugerindo que essa proposta deva ser divulgada à nível nacional. Convida os pesquisadores para participar do encontro geral de ouvidorias que ocorrerá em Brasília em março de 2005. Aponta entre as qualidades da pesquisa, a maneira como se dá a participação de representantes da sociedade; uma forma bastante realista e que não fica restrita à teoria. Faz uma crítica à sociedade, que fala muito sobre o controle social mas pouco se vê como ele efetivamente acontece. Enfim, resume que não se trata apenas de esperar que as políticas governamentais tragam as soluções para os problemas, eles são colocados pelas próprias pessoas que os vivenciam. Finaliza comentando que as propostas apresentadas são muito interessantes.

A representante da Secretaria de Saúde do Estado do Rio relevou a importância da pesquisa da ouvidoria na medida em que ela traz não somente o que está na

superfície, mas que é preciso perceber o lado invisível que ela revela, pois traz conhecimentos que muitas vezes não estão presentes em quem faz as políticas públicas. Além disso, diz que é preciso melhorar a ação com um conjunto de propostas/subsídios para políticas públicas compatíveis com as necessidades da população, e indaga até quando vamos ficar esperando sem buscar soluções. Espera que as propostas apresentadas com “*muita personalidade*” sejam colocadas em prática.

Em termos gerais, as propostas que surgiram nos fóruns foram endossadas em plenária e os seguintes encaminhamentos foram sugeridos:

1. Ampliar as oportunidades no âmbito educacional aos alunos de classes populares que têm o acesso difícil às melhores escolas públicas existentes e/ou às escolas próximas de suas residências. Há que se levar em conta ainda o fato de que, devido ao cerceamento do direito de ir e vir imposto pela guerra entre as quadrilhas de traficantes, muitos estudantes não podem frequentar determinadas escolas por residirem em locais dominados por facções rivais.
2. Relevar a valorização do saber local, dando voz às comunidades e suas lideranças para que se obtenha um maior êxito nas políticas propostas, evitando que as mesmas se tornem instrumentos exclusivamente “eleitoreiros”.
3. Acompanhar os resultados da pesquisa junto a população participante.
4. Manter um processo de discussão sistemática entre os diversos grupos que participaram da pesquisa.
5. Buscar, através de fóruns de discussão permanente, dar continuidade à pesquisa, propiciando um processo de mobilização entre os segmentos e também o surgimento de novas formas de organização.

Considerações finais

O produto final dessa pesquisa é uma avaliação qualitativa das condições de saúde da população na AP 3.1, o que poderá vir a contribuir para a formulação de políticas públicas em saúde. Como produto intermediário temos a metodologia de Ouvidoria Coletiva que consiste em um novo procedimento de coleta de dados capaz de ampliar a visão tradicional de vigilância à saúde.

A análise do material coletado aponta para um diagnóstico das condições de vida e de saúde-doença da população, além de permitir identificar as estratégias e táticas que essa população adota diante dos limites de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, atingimos o objetivo geral do projeto que consiste em propor um sistema de vigilância capaz de identificar os problemas de saúde da população e os recursos que ela encontra para enfrentá-los.

Nosso propósito, contudo, não era realizar uma avaliação dos postos de saúde. Almejávamos, desde o início, obter informações sobre as condições de vida e saúde da população que reside na área de abrangência dos três centros de saúde de referência na AP 3.1. Mas a participação dos profissionais de saúde era essencial para uma compreensão destas condições. De início, ficamos preocupados com a possibilidade de que os centros de saúde fizessem restrições à participação na pesquisa. Fomos, porém, surpreendidos pelo interesse dos gestores e profissionais em participar efetivamente. Talvez devido à necessidade que sentem em desabafar e denunciar as condições de trabalho a que estão submetidos, condições estas que levam, com frequência, ao adoecimento de muitos deles.

Outra razão para o interesse demonstrado pelos profissionais de saúde em participar da pesquisa pode estar relacionada ao fato de que a proposta da Ouvidoria Coletiva tem se mostrado importante também para estes profissionais, na medida em que eles se sentem participantes do processo de construção do diagnóstico das condições de vida da população. Isto favorece a reflexão sobre o cotidiano do seu trabalho e formas de aprimoramento do mesmo. Os dados sistematizados pela Ouvidoria podem auxiliar os profissionais em sua interlocução com os gestores para repensar a atuação dos serviços.

A metodologia da Ouvidoria Coletiva – uma forma inédita de pesquisa na ENSP, segundo o informativo ENSP de 12 de novembro de 2004 – permitiu a participação de sujeitos pertencentes às camadas populares, que não somente vivenciam

essa situação de vida, mas também se constituem em porta-vozes desta população, revelando, assim, o saber local. Reunir esse grupo de atores sociais num mesmo fórum de escuta propiciou um ambiente descontraído, de conversas e trocas de idéias, onde a função do pesquisador consistia em orientar e mediar o debate entre os participantes. É nesse sentido que na Ouvidoria Coletiva os pesquisadores têm o papel de mediadores da escuta, propiciando que todos se expressem e que os conteúdos do conhecimento sejam construídos e reconstruídos de acordo com as situações do cotidiano.

Por vezes, havia discordância entre diferentes opiniões, que serviam para enriquecer ainda mais o debate. A forma tradicional de entrevista individual, baseada em perguntas e respostas, com frequência inibe o entrevistado, que acaba por “medir” as palavras, muitas vezes responde o que o entrevistador deseja ouvir ou se restringe a dar um depoimento formal e conciso. Isto acontece principalmente quando o entrevistado faz parte das camadas populares e o entrevistador de outra classe social. Reunidos, assim, em fóruns, os participantes sentem-se mais à vontade por estarem acompanhados por vizinhos, amigos ou companheiros de trabalho, permitindo que o debate flua com mais naturalidade, onde sentimentos e emoções podem ser expressos.

Desse modo, essa metodologia permitiu revelar dados inusitados que se encontram “invisíveis” para a maior parte da sociedade, e que muitas vezes não são do conhecimento até mesmo de quem faz e implementa políticas públicas. Dentro dessa perspectiva, cabe ressaltar a importância da metodologia de Ouvidoria Coletiva como importante instrumento a ser incorporado em novas pesquisas que visem uma participação ativa dos diversos atores. É nesse sentido que se estabeleceu um contato inicial com a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, pois uma das suas linhas de trabalho é a Ouvidoria.

Outro ponto inovador explorado nessa metodologia foi aquele relativo às propostas feitas pelos participantes visando minimizar os problemas que vivem. Foram propostas aparentemente simples, mas adequadas e viáveis.

A aparência de simplicidade se desfaz quando se considera a dramaticidade da situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população que vive nos complexos urbanos (Manguinhos, Maré e Penha) da região. Nas falas e nas discussões realizadas nos fóruns prevaleceu o sentimento coletivo de um verdadeiro impasse provocado pela situação de pobreza para a superação dos problemas de saúde e para a afirmação das liberdades civis e políticas. [Manipulação eleitoral, clientelismo; controle da vida cotidiana e casos de servidão ao narcotráfico]

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa foi-se percebendo dificuldades sobrepostas e mesmo insuperáveis. O impasse tem sido compreendido por esse grupo de pesquisa como uma importante categoria que sintetiza uma série de fatos que culminam na inação, advinda da própria ineficácia das soluções encaminhadas ou mesmo pela impossibilidade de agir diante das circunstâncias apresentadas. O ditado popular “Se correr o bicho pega, se ficar o bicho come” sintetiza bem essa categoria do impasse que, pelo menos aparentemente, parece sem solução.

Um dos principais impasses detectado na pesquisa diz respeito ao fato de que, diante da situação de carência e precariedade das condições de vida das classes populares, o sistema médico não está sendo capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde da população, uma vez que a resolução desses problemas extrapola as ações empreendidas no âmbito dos serviços de saúde. A fala de um representante religioso citada em um dos fóruns ilustra bem essa problemática:

“Essas questões fogem da resolução no sistema de saúde A questão é até apreciada, não é? Mas não é resolvida, não tem como resolver. Foge. Ontem, ela comeu água com pé de galinha. Hoje, de repente não tem nem isso, não tem nada para comer, entendeu? Ontem ela teve pelo menos alguma coisa. Hoje ela só bebe água, só teve água. Então o problema é que a pessoa está doente, vai ao médico, o médico passa os medicamentos, mas tem o problema da alimentação, como é que você vai tratar disso? Você não trata. Como é que você vai resolver? Não resolve.”

O problema da fome e da falta de uma alimentação adequada não pode ser resolvido no âmbito dos serviços de saúde, pois os serviços podem oferecer um bom atendimento, mas se não houver uma alimentação adequada, o paciente não terá condições de restabelecer a sua saúde.

Um impasse resulta do conflito existente entre clínicos e profissionais de saúde mental. De acordo com pesquisas anteriores, cerca de 60% dos atendimentos nos serviços de saúde são decorrentes de queixas que alguns autores denominam de sofrimento difuso, manifesto sob a forma de dores generalizadas, medo, ansiedade, insônia – queixas que os médicos não têm tempo para tratar (Valla, 2001). Nesse caso, o resultado é a medicalização do problema com psicofármacos, ou o encaminhamento do paciente para a triagem do serviço de saúde mental que se encontram na maior parte dos casos, com superlotação. A seguinte fala de um profissional de saúde demonstra o impasse gerado:

“Aí tem uma discussão entre o psiquiatra e os clínicos. O psiquiatra fala: Eu não vou ficar recebendo paciente pra fazer desmame de diazepam. E o clínico fala: Mas como é que eu não vou prescrever o diazepam pra uma criatura que mora lá no morro, que vive, passa as noites embaixo da cama por conta dos tiros, então como é que eu posso não prescrever o calmante pra essa pessoa? Então é um conflito muito grande.”

A oferta de serviços pode transformar-se em problema. Assim, o PSF foi implantado recentemente em um dos lugares investigados pela pesquisa. Se por um lado a população aprovou o serviço e diz ter melhorado o atendimento de saúde para os usuários, por outro lado aumentou a demanda dos postos de saúde da região, o que acarretou uma sobrecarga de trabalho ainda maior aos profissionais de saúde, isto porque, nas palavras desses profissionais:

“As unidades básicas não dão conta da sua população adstrita, tá? Como é que eu vou dar conta da demanda que eles do PSF estão levantando se eu não consigo dar conta da minha? Então quer dizer, levantou mais problemas.”

Pode-se citar ainda outros impasses em relação à falta de medicamentos nos serviços de saúde em detrimento da falta de condições financeiras dos usuários para comprar os medicamentos nas farmácias. Isto leva a que o paciente não tome a medicação que deveria tomar, acarretando problemas de saúde que poderiam ser evitados, como os casos de hipertensão arterial. É também o caso do tratamento do diabetes. O que se percebe é que os indivíduos diabéticos das classes populares não têm renda suficiente para fazer uma dieta adequada, e se alimentam *“do que tem para comer”*.

Um agravante é o dos indivíduos hipertensos participantes do programa *“Remédio em Casa”* que vendem os medicamentos para comprar comida, bebida, ou qualquer utensílio que estejam precisando no momento e das mães integrantes do *“Programa do leite”* que vendem ou trocam o leite por outras mercadorias, deixando de dá-lo aos filhos.

Diante da impotência em lidar com estas situações acima apresentadas, muitos profissionais de saúde têm adoecido com maior frequência. Há casos de tuberculose pulmonar, um caso de tuberculose ocular, hipertensão arterial, depressão e outras doenças causadas pelo estresse e falta de perspectiva na solução dos problemas que a população enfrenta no seu cotidiano.

Como forma de lidar com essas situações de impasse, a população busca diferentes saídas – algumas das quais acabam por aprofundar o impasse.

A medicação com calmantes e tranqüilizantes é uma das formas que traz um certo apaziguamento para a situação de conflito vivenciada. Outra forma a que, em geral, os homens costumam recorrer, é o consumo de bebida alcoólica. Neste caso, o que é prazer, descontração e alívio dos sintomas para os homens, é, para as mulheres, motivo de preocupação, aborrecimento e mesmo de desespero ao ter que lidar com o marido que chega bêbado em casa.

Outras formas parecem encaminhar saídas. É o caso da procura pelas igrejas e centros religiosos como forma da população lidar com essas situações de impasse. É um fato notório atualmente o aumento dessa procura, principalmente entre as classes populares da nossa sociedade.

Os espaços religiosos foram apontados como lugares onde as pessoas vão para desabafar os seus problemas e saem de lá com uma certa orientação de como tentar resolver as dificuldades encontradas na vida. A religião passa a dar um outro senso de coerência ou um sentido de vida para aquilo que aparece desordenado em suas vidas. Os religiosos procuram fortalecer a auto-estima dos fiéis com palavras de conforto e estímulo. Ademais, possuem uma visão ampla de saúde, pois incorpora os aspectos psíquicos, sociais e culturais do adoecimento, isto é, percebem o sujeito em sua totalidade, onde todos os aspectos que o compõem são levados em conta no processo de restabelecimento da sua saúde.

Ao contrário da medicina dominante em nossa sociedade, cuja perspectiva nosológica não leva em conta a subjetividade do paciente, as religiões têm a mesma idéia das outras medicinas e do senso comum de que os seres humanos são uma unidade de corpo e mente, espírito ou alma que lhe dá vida. Assim, se a prevenção, o tratamento e a recuperação das doenças não são apenas “questões do corpo” e sim, como propõe a teoria do apoio social, questões da unidade corpo-mente, ou se quiser, corpo-alma, é muito provável que a grande procura das camadas populares pelas igrejas hoje signifique alguma espécie de busca pela resolução dessas questões.

De acordo com esta teoria, o apoio material, emocional e de informação prestado às pessoas de uma forma sistemática exerce um efeito positivo sobre a saúde delas (Lacerda e Valla 2003). Uma das premissas principais é a de que, por falta de recursos, as classes populares procuram centros religiosos para solucionar seus problemas de saúde. Já se sabe que há uma crença das classes populares de que os serviços públicos são importantes para a sua saúde, mas há também a percepção de que muitos problemas de saúde não podem ser resolvidos nesses serviços.

O fato de sentirem o apoio sistemático de um grupo de pessoas tem o efeito de causar uma melhoria no estado de saúde daqueles que se encontram envolvidos. Nesse sentido, o pertencimento a uma instituição religiosa propicia às pessoas relacionamentos freqüentes e duradouros, saindo do isolamento existencial e social.

Ao lado da religiosidade há outras formas de enfrentamento da situação de impasse que pelo menos amenizam a situação imediata. Vale citar algumas das iniciativas relatadas: a participação de mulheres no cuidado das crianças de creches comunitárias, a compra coletiva de botijão de gás para preparo de alimentos, o encaminhamento de casos de violência doméstica com crianças pelas creches, o chamado reforço escolar, encontros para enfrentar o problema da dependência química, a conquista de bolsas de estudo universitário por associação de moradores, atividades organizadas por profissionais de saúde com hipertensos e diabéticos.

Essa metodologia de Ouvidoria poderá ser aplicada no SUS no âmbito de cada micro-área de atuação municipal, nos projetos especiais dos serviços de saúde, ou em outras instâncias das Secretarias. Levando-se em conta o fato de que as secretarias de saúde dispõem principalmente de dados quantitativos acerca das condições de saúde da população que tem acesso aos serviços, essa proposta disponibiliza dados qualitativos da população da área, essenciais para o aprimoramento da atuação dos serviços de saúde.

A Ouvidoria Coletiva, por sua abrangência, destina-se a múltiplas categorias de usuários, desde os que atuam no nível local até a utilização dos dados sistematizados por organizações internacionais. Nesse sentido, os usuários potenciais deste produto são vários, dos quais podemos citar: usuários dos serviços públicos de saúde; sociedade civil organizada no nível local; profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento direto à população; administradores de unidades de saúde; coordenadores de micro-áreas; gestores municipais, estaduais e federais.

Vários encaminhamentos surgiram durante a elaboração desta pesquisa. Um deles foi a participação de 5 pesquisadoras no II Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária e I Simpósio Pan-Americano de Vigilância Sanitária, realizado no período de 21 a 24 de novembro de 2004, em Caldas Novas, Goiás. Foram apresentadas três comunicações orais e um pôster. As apresentações orais discutiram aspectos da pesquisa como: a metodologia inovadora desta Ouvidoria Coletiva, violência e saúde na Leopoldina e os resultados gerais da pesquisa. O pôster apresentou aspectos das condições de vida e saúde em Manguinhos.

A repercussão das apresentações foi bastante interessante. Os participantes do Simpósio parabenizaram a equipe pela coragem demonstrada no desenvolvimento deste tipo de pesquisa e ressaltaram a importância do investimento na visibilidade dos seus resultados. Já que mesmo sendo pública a fama de violência da região, a maneira como os dados são coletados e sistematizados aprofunda e confere voz a população que vive e sofre as condições de vida desta região.

À convite de um dos participantes do último seminário desta pesquisa realizado em novembro na ENSP, uma de nossas pesquisadoras foi ao Ministério da Saúde, em Brasília, apresentar os resultados da pesquisa para técnicos do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.

Essas manifestações de apoio e reconhecimento externos ratificam a boa receptividade deste processo, o que tem encorajado a equipe a se dispor a um aprofundamento e ampliação dessa pesquisa, com o intuito de contribuir para a diminuição de uma das facetas mais cruéis da injustiça nesse país, a exclusão dos mais pobres da solução de seus problemas de saúde.

Tendo em vista que os próprios atores da pesquisa sugerem a articulação do trabalho integrado em rede envolvendo os diversos segmentos da sociedade, julgamos necessário nos articularmos para atuarmos como facilitadores nesse processo.

Nesse sentido, temos a intenção de dar continuidade a essa pesquisa de Ouvidoria Coletiva através de um processo de intervenção na região, no qual pretendemos acompanhar o encaminhamento das propostas realizadas pelos participantes da pesquisa junto aos órgãos competentes de administração pública, em especial junto à Coordenação da Área Programática 3.1, ao Programa Saúde da Família, às administrações regionais e coordenadorias regionais de educação das áreas pesquisadas.

Referências bibliográficas:

BODSTEIN, R. et al. *Manguinhos: guia de equipamentos e iniciativas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM). *A Maré em dados: Censo 2000 – Quem Somos? Quantos Somos? O Que Fazemos?* Rio de Janeiro. Ed. Maré das Letras, 2003.

ENSP Notícias, 21/11/2004: “Pesquisa inovadora retrata condições de vida e saúde dos moradores da região da Leopoldina”. Registrado em <<http://intranet.ensp.fiocruz.br/informe>> e acessado em 21 de dezembro de 2004.

Jornal *Extra*, 20/6/2004.

Jornal O Globo, “Retratos do Rio”, 24/03/2001.

LACERDA, A. e VALLA, V.V. Homeopatia e Apoio Social. Repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. UERJ/ABRASCO, 2003.

LEFÉVRE, F. e LEFÉVRE, A.M.C. *Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul, RS: EDUC, 2003.

SAMAJA, E. Epistemologia e Epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO et al. *Teoria epistemológica hoje*. FIOCRUZ/ABRASCO, 1998.

Site: www.camara.rj.gov.br/boasvindas/rjbv2/rio1.htm

VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. Situação de pobreza e saúde. A busca de recursos pela população periférica do município do Rio de Janeiro. *I Bienal de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz*, 1998.

VALLA, V. V. O que a saúde tem a ver com a religião. In: _____ (org.). *Religião e cultura popular*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 113–139, 2001.

VALLA, V. V. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo no Brasil. In: *Revista Brasileira de Educação*, Campinas, vol. 19, p. 63-75, 2002.