**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

FERNANDA BERGAMINI VICENTINE

**Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de
Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais**

**Ribeirão Preto
2019**

FERNANDA BERGAMINI VICENTINE

Versão corrigida

**Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de
Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto para obtenção de título de Doutora.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Janise Braga Barros Ferreira.

Ribeirão Preto

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vicentine, Fernanda Bergamini

Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais. Ribeirão Preto, 2019.

166 p.

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública..

Orientador: Ferreira, Janise Braga Barros

1. Juventude.
2. Determinantes Sociais de Saúde.
3. Atenção Primária à Saúde.
4. Aglomeração.
5. Intersetorialidade.

Nome: VICENTINE, Fernanda Bergamini

Título: Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais

.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para obtenção de título de Doutora.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Flávia do Bonsucesso Teixeira

Instituição: FAMED - UFU

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Regina Célia Fiorati

Instituição: FMRP - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a Luciane Loures dos Santos

Instituição: FMRP - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Janise Braga Barros Ferreira

Instituição: FMRP - USP

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico o esforço desse trabalho aos jovens que precisam morar em aglomerados urbanos e enfrentam diariamente as inúmeras violências exercidas pela sociedade capitalista.

Dedico o produto desse trabalho à sociedade em geral. Que ele contribua para a desconstrução da naturalização da Desigualdade Social, mantida em benefício de poucos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha orientadora, Professora Janise Braga Barros Ferreira, sem a qual esse trabalho não seria possível. Obrigada pelos ensinamentos, pelas conversas amigáveis, pelos acolhimentos e pelas diversas oportunidades que se traduziram em aulas, artigos e livros. Esse processo que se iniciou no mestrado tem me transformado em uma pessoa e uma profissional mais atenta, implicada e responsável. Você é um grande exemplo para mim.

Agradeço à Banca de Qualificação, Professoras Aldaísa Cassanho Forster, Luciane Loures dos Santos e Regina Célia Fiorati, que além de terem trazido contribuições importantes para este trabalho, foram grandes fontes de aprendizado e crescimento ao longo da minha formação, dentro e fora dos espaços acadêmicos.

Agradeço ao Iago da Silva Caires, que participou de parte desse estudo como pesquisador colaborador, pelo seu empenho, responsabilidade e parceria.

Agradeço às parceiras de pós-graduação, Thatiane Delatorre, Aline Fiori, Liliane Nakata e Letícia Soares, com as quais compartilhei reuniões, congressos, aprendizados e muitas risadas.

Agradeço às professoras, aos professores e aos demais trabalhadores do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, pelo aprendizado e pelo cuidado durante os anos de pós-graduação.

Agradeço à Professora Aline Aparecida Monroe e ao Professor Pedro Fredemir Palha, ambos da EERP-USP, pela grande experiência advinda do estágio do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) e dos inúmeros convites para ministrar aulas aos alunos da enfermagem. Esses foram momentos de aprendizagem essenciais para a minha formação como docente. Obrigada pelo acolhimento, pelas oportunidades e pela confiança.

Agradeço pelos ensinamentos de professoras e professores incriveis que tive a oportunidade de conhecer durante as disciplinas da pós-graduação e o curso de verão na Faculdade de Saúde Pública/USP, em especial: Fabiana Cristina Severi (FDRP/USP); Marco Akerman (FSP/USP) e Oswaldo Yoshimi Tanaka (FSP/USP).

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de pesquisa que contribuiu imensamente para a dedicação a essa pesquisa.

Agradeço ao Grupo de Estudos que formamos junto ao Professor Milton Roberto Laprega, fonte de grandes reflexões, aprendizado e afetos. Foram leituras e tardes deliciosas junto à Ana Carolina, à Dalila, à Samara, à Tiemi e ao Professor Juan Stuardo Yazlle Rocha. Obrigada pela generosidade e por ter aberto a sua biblioteca para nós, professor Milton.

Agradeço imensamente às lideranças dos Movimentos Sociais (União dos Movimentos de Moradia e Movimento Livre), às Associações de Moradores dos aglomerados, às lideranças da Cidade Locomotiva, da Batalha de Rima, da Batalha na XV, ao Núcleo de Assessoria Jurídica Popular (NAJURP – FDRP/USP) e à Associação Amigos da Classe Operaria UGT pela pronta ajuda em indicar jovens que pudessem participar desta pesquisa e em discutir os dados desse trabalho comigo, a fim de aprofundar as questões que foram surgindo ao longo da construção dessa tese.

Agradeço aos jovens dos aglomerados e aos trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde que aceitaram, prontamente, me receber e responderam pacientemente à entrevista, sem os quais esse estudo não teria passado de uma idealização.

Agradeço aos membros (atuantes e afastados) do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES-Ribeirão Preto): Ana Carolina Castro, André Antonietto, Ba Ramos, Carla Santana, Dalila Freitas, Dario Schezzi, Fer Marques, Fran Balmant, Gaby Tannus, Helena Lugão, Iago Caires, Jaba (Claudimar), Kelly Amaral, Laura Souza, Lua Lemes, Mari Hasse, Marina, Marquinhos, Nathy Sigilló, Pedro Carneiro, Tânia Carneiro, Zé Marcelo e outras tantas pessoas que por aqui passaram - pela amizade e pelo companheirismo. Vocês fazem a diferença na vida e na formação das pessoas, sou e serei sempre grata por tudo que construímos e aprendemos juntos.

Agradeço às amigas de Ribeirão Preto que atualmente moram em Uberlândia, Gabriela e Isadora; Lívia e Rodolfo; Mariana, Felipe e Antônio, por terem aberto a porta de suas casas para me receber com imenso carinho e zelo. Inesquecível o que fizeram, muito obrigada do fundo do coração. Agradecimentos especiais à Gaby e a Isa, que além de me acolherem, contribuíram imensamente com materiais, conversas e a revisão dessa tese.

Agradeço, ainda, às pessoas essenciais na minha vida, sem as quais eu não teria chegado onde cheguei: aos meus pais, Ivanete e Luiz, pelo incentivo de

sempre, pelos grandes ensinamentos e pelos exemplos que são de caráter e perseverança. Agradeço à minha irmã, Marcela, por ter tornado a minha vida mais completa desde a sua chegada. Agradeço à minha família estendida, sogra e sogro, Tânia e Carlos, que me respeitam como indivíduo e estão sempre buscando contribuir de alguma forma para a nossa segurança.

Por fim, agradeço ao meu amado marido, Fabio, companheiro para todas as horas, que tem me apoiado a cada passo, me incentivado a encarar novos desafios, respeitado as minhas escolhas e que agora está ao meu lado em mais um degrau dessa caminhada, como profissional, mulher e mãe.

“Ter direitos nos capacita a ‘manter-nos como homens’, a olhar os outros nos olhos e nos sentir, de uma maneira fundamental, iguais a qualquer um. Considerar-se portador de direitos não é ter orgulho indevido, mas justificado, é ter aquele autorrespeito mínimo, necessário para ser digno do amor e da estima dos outros. De fato, o respeito por pessoas (...) pode ser simplesmente o respeito por seus direitos, de modo que não pode haver um sem o outro; e o que se chama ‘dignidade humana’ pode ser simplesmente a capacidade reconhecível de afirmar pretensões”

(FEINBERG, 1980, p.151 apud HONNETH, 2009, p.196)

RESUMO

VICENTINE, F. B. Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais. 2019. **166p**. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

A sociedade brasileira é marcada por diversos fenômenos que promovem formas de sociabilidade específica da juventude. Para discutir a estrutura da sociedade, buscou-se a teoria sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), com destaque para o papel do Sistema de Saúde. O **objetivo geral** desse estudo foi identificar fatores de iniquidades aos quais os jovens de aglomerados subnormais estão expostos e a rede de apoio com a qual podem contar. **Percursos metodológicos:** pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. A população de estudo foi de jovens entre 15 e 29 anos, que vivem em aglomerados subnormais, no município de Ribeirão Preto, São Paulo. Além dos jovens, também foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores das unidades de saúde da Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados foi realizada entre os anos de 2017 e 2018, em fontes secundárias e primárias. Os dados secundários foram coletados em documentos relacionados às políticas públicas municipais, analisados segundo a técnica de Análise Documental e apresentados durante a banca de qualificação. Os dados primários foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, analisados segundo a metodologia de Análise de Conteúdo e apresentados nessa tese de doutorado. O desenvolvimento da pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resultados:** Foram entrevistados nove jovens e seis trabalhadores de saúde. Encontrou-se que jovens de aglomerados ficam expostos a diversos tipos de violência, praticados pela sociedade em geral e pelo Estado. A iniquidade advém também dos espaços de construção de políticas públicas, sendo espaços subalternos de poder. Os Movimentos Sociais apareceram como uma importante Rede de Apoio, bem como a coesão entre os moradores. O Tráfico de drogas surgiu em apenas dois aglomerados enquanto Rede de Apoio, na ausência do Estado ou como proteção à violência exercida por ele próprio, mas nestes mesmos espaços ele também foi identificado como gerador de iniquidades. Em relação ao setor saúde foi identificada uma maior iniquidade de acesso às Unidades Básicas Tradicionais, quando comparada às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ocasionando negação do direito à saúde e peregrinação em busca de atendimento. **Considera-se, por fim,** a importância de se assegurar o direito à moradia, como forma de condição básica para uma vida digna e de reconhecimento frente a outras instituições. Ressalta-se, entretanto, que o não acesso a esse direito não poderia implicar em negação sistemática de outros direitos garantidos constitucionalmente, como vem ocorrendo no município de Ribeirão Preto. Este estudo, sem esgotar a temática, contribuiu para a reflexão crítica acerca do direito à moradia e os impactos sociais e na saúde de jovens que vivem em aglomerados. **O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.**

Palavras-chave: Juventude. Determinantes Sociais da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Aglomeração. Intersetorialidade.

ABSTRACT

VICENTINE, F. B. Young people living in subnormal clusters in Ribeirão Preto: a study on inequities and social networks. **166p.** Doctoral Thesis- Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, São Paulo, 2019.

Brazilian society is marked by several phenomena that promote forms of youth-specific sociability. To discuss the structure of society, we sought the theory of Social Determinants of Health (SDH), highlighting the role of the Health System. **The general objective** of this study was to identify inequity factors to which young people from subnormal clusters of a municipality are exposed and the support network they can count on. **Methodological path:** descriptive research with qualitative approach. The study population consisted of young people between 15 and 29 years old, who live in subnormal clusters, in the city of Ribeirão Preto. In addition to the youth, workers from the Primary Health Care units were also invited to participate in the research. Data were collected between 2017 and 2018, from secondary and primary sources. Secondary data were collected in documents related to municipal public policies, analyzed according to the Document Analysis technique and presented during the qualification panel. Primary data were collected through semi-structured interviews, analyzed according to the Content Analysis methodology and presented in this doctoral thesis. The development of the research contemplated compliance with Resolution No. 466/2012 of the National Commission for Research Ethics - CONEP. **Results:** Nine young people and six health workers were interviewed. It has been found that young people in agglomerations are exposed to various types of violence by society in general and the state. Iniquity also arises from the spaces of public policy construction, being subaltern spaces of power. Social Movements have emerged as an important Support Network, as well as cohesion among residents. Drug trafficking emerged in only two clusters as a Support Network, in the absence of the state or as a protection against its violence, but in these same spaces it was also identified as a generator of inequities. In relation to the health sector, a greater inequity of access to the Traditional Basic Units was identified when compared to the Family Health Strategy (FHS) Teams, leading to denial of the right to health and pilgrimage seeking care. **Finally**, the importance of ensuring the right to housing is considered as a basic condition for a dignified life and recognition in relation to other institutions. However, it is noteworthy that the non-access to this right could not imply systematic denial of other constitutionally guaranteed rights, as has been happening in the city of Ribeirão Preto. This study, without exhausting the theme, contributed to the critical reflection about the right to housing and the social and health impacts of young people living in clusters. **This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001**

Keywords: Adolescent. Social Determinants of Health. Primary Health Care. Crowding. Intersectoral Collaboration.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Representação gráfica das tipologias das faixas etárias, Kieling, 2013, p.87	17
Figura 2 -	População prisional segundo jovens e não jovens. Brasil. 2005 a 2012. Disponível em: BRASIL, 2015, p 31.....	18
Figura 3 -	Quadro conceitual dos Determinantes Sociais de Saúde. OMS, 2010, p.06.....	19
Figura 4 -	Modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	22
Figura 5 -	Aglomerados - Município de Ribeirão Preto. Fonte: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2017.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição dos Núcleos de Sentido segundo tipo de unidade e participante - Dimensões relacionadas à iniquidade de acesso 47
- Gráfico 2 - Distribuição dos Núcleos de Sentido segundo tipo de unidade e participante - Dimensões relacionadas à equidade de acesso 47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CMMP	Conselho Municipal de Moradia Popular
COMJUV	Conselho Municipal da Juventude
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDRP	Faculdade de Direito de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NAJURP	Núcleo de Assessoria Jurídica Popular
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RP	Ribeirão Preto
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SS	Sistema de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Referencial teórico: Determinantes Sociais da Saúde.....	21
1.1.1 Determinantes Sociais da Saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead	24
1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) e os DSS	27
1.3 Problema e justificativa da pesquisa	28
2 OBJETIVO GERAL.....	34
2.1 Objetivos específicos.....	34
3 PERCURSO METODOLÓGICO	35
3.1 O campo do estudo	35
3.2 Fontes e a coleta dos dados	38
3.4 Procedimentos éticos	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 ARTIGO 1 - Equidade e iniquidade em diálogo com as dimensões do acesso ao Sistema Único de Saúde: perspectivas de jovens vivendo em aglomerados subnormais e de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde	45
4.2 ARTIGO 2 - Iniquidades, Redes de Apoio e o direito à moradia: perspectiva de jovens que vivem em aglomerados urbanos e de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.....	67
4.3 ARTIGO 3 - Iniquidades e Rede de apoio a partir da perspectiva de reconhecimento: o caso dos jovens que vivem em aglomerados urbanos.....	97
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS – TESE DE DOUTORADO.....	132
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – TESE DE DOUTORADO	134
APÊNDICES	138
APÊNDICE I	138
ROTEIRO DE ENTREVISTA (Pós pré-teste) – Jovens de 15 a 29 anos	138
APÊNDICE II	144
ROTEIRO DE ENTREVISTA (Pós pré-teste) – Trabalhadores de Saúde APS.....	144
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	149
Trabalhador de Saúde.....	149
APÊNDICE IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	151
Jovens – 18 a 29 anos	151
APÊNDICE V – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	153
Jovens - 15 a 17 anos (17 anos, 11 meses e 29 dias)	153
APÊNDICE VI - Termo de Consentimento -	155

Autorização dos pais os responsáveis legais	155
APÊNDICE VII – Trabalhos apresentado durante o Congresso Cuba Salud – Dados da Qualificação	157
ANEXOS	166
ANEXO I - Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa	166
ANEXO II – Certificado Apresentação em Congresso – Dados da qualificação	167

APRESENTAÇÃO

MUDE,
Mas comece devagar,
Porque a direção é mais importante
Que a velocidade.
(...)
Você certamente conhecerá coisas melhores
E coisas piores do que as já conhecidas,
Mas não é isso que importa.
O mais importante é a mudança,
O movimento,
O dinamismo,
A energia.
Só o que está morto não muda!
Repito por pura alegria de viver:
A salvação é pelo risco, sem o qual a vida não
Vale a pena!

(Clarice Lispector)

Essa tese nasceu de um pedido referente a uma **mudança** radical de tema em relação ao que vinha sendo pesquisado em meu mestrado e só foi possível graças à coragem e à confiança de minha orientadora, Janise Braga Barros Ferreira, em abrir esse espaço em sua trajetória de pesquisa. Sou e serei eternamente grata por essa oportunidade de ter me aproximado de um assunto que, ao mesmo tempo, me encanta e me incomoda profundamente, que é a Desigualdade Social. O encantamento vem da possibilidade de buscar conhecimentos acerca do tema, a fim de fundamentar propostas para a superação dessa condição socialmente construída e injusta. O incômodo advém tanto da compreensão de que se trata de algo estruturado em nossa sociedade e, por isso difícil de ser alterado, como pelas consequências arrasadoras que a desigualdade gera na vida de milhares de seres humanos, no Brasil e no mundo.

Essa abertura para a alteração do tema também veio acompanhada de **mudanças** em minha formação, que partiu da fisioterapia, tem seguido um percurso significativo (apesar de ainda muito breve) na Saúde Pública, e agora pôde ser aprofundada em direção às ciências humanas, com a chance de cursar a minha segunda graduação em Ciências Sociais. Não apenas a graduação, mas a participação em espaços de estudos, proporcionados pelo Professor Milton Roberto Laprega, auxiliaram em muito uma melhor compreensão de sociedade e de perspectivas de luta contra a Desigualdade Social.

Ainda, durante esse percurso, tive a grande oportunidade de “**mudar**” de profissão de estudante para docente (mesmo que temporariamente), trabalhando por alguns meses na Universidade Federal de Uberlândia, a qual me trouxe uma bagagem enorme de conhecimentos técnicos, práticos e a possibilidade de conviver com pessoas incríveis, como a Flávia do Bonsucesso Teixeira. “**Mudar**” para Uberlândia também me reaproximou de amigas muito queridas (Gabriela, Isadora,

Mariana e Lívia) que me acolheram de uma forma que jamais esquecerei e que, por diversas vezes contribuíram de alguma maneira para a construção dessa tese.

No meio disso tudo, ainda **mudei** o meu papel social, sendo promovida a mãe do pequeno Lucas, que ainda está para conhecer esse mundo, mas que desde que soubemos de sua existência, os nossos corações se encheram de um sentimento inexplicável de amor e de uma vontade ainda maior de construir uma sociedade mais digna para se viver.

Nessa nova trajetória, as únicas coisas que não **mudaram** foram o apoio e a parceria de meu querido marido, da minha família e de meus amigos de militância do CEBES – Núcleo Ribeirão Preto, os quais foram e são fundamentais para me ajudar a pensar e ver o mundo de uma forma muito mais politizada.

1 INTRODUÇÃO

O termo juventude, como uma categoria sociológica, indica o processo de preparação para os indivíduos assumirem o papel de adulto na sociedade, tanto referente ao plano profissional quanto familiar (WAISELFISZ, 1998). Deve-se pontuar que não há um recorte etário único para a definição de juventude, sendo que a variação ocorre de acordo com o contexto social e histórico (KIELING, 2013). Apesar de arbitrário, esse estudo reconhece a categoria juventude como correspondente a faixa etária de 15 a 29 anos, de acordo com o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013a; IBGE, 2014). Essa faixa etária corresponde a uma importante fase de socialização, sendo que o próprio conceito de juventude é uma construção social *per sí*, tida como uma categoria de análise social, cultural e historicamente determinada, ou seja, os significados, as características e os papéis sociais atribuídos a esses jovens variaram com o decorrer das gerações e entre as diferentes sociedades (WEISHEIMER, 2013).

O início da juventude é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas, cognitivas, interpessoais e sociais, como: princípio da puberdade e da fase reprodutiva; aprendizagem do cortejo e descobrimento da sexualidade; auge do aprendizado formal e informal; alcance de certo grau de autonomia com relação às figuras paternas; aumento da presença do trabalho produtivo na vida cotidiana; maior responsabilidade econômica e autoridade de voz na sociedade (DURSTON, 1997). O término da juventude está relacionado à progressiva autonomia civil (maioridade), à conjugação de responsabilidades produtivas (profissão/trabalho), conjugais (relacionamento estável), domésticos (sustento do domicílio) e paternos (designação de uma prole dependente) (SANCHIS, 1997). Kieling (2013) ilustra essa passagem por meio de um gráfico, apresentado na figura abaixo (FIGURA 1):

Figura 1- Representação gráfica das tipologias das faixas etárias

Fonte. Kieling (2013, p.87).

A construção da categoria juventude, como se pode perceber, é bastante complexa e não pode ser explicada apenas por princípios naturais ou determinações biológicas. Ela reflete o processo de individualização e racionalização crescentes, sendo essa categoria portadora de uma ambiguidade intrínseca por se tratar de um momento no ciclo da vida, em que o indivíduo experimenta as características socioculturais de uma determinada sociedade e, simultaneamente, se insere nela ou tem uma experiência delimitada pela estrutura social (WEISHEIMER, 2013).

Também se deve levar em consideração a heterogeneidade nessa categoria, pois, apesar de ser entendida com um segmento social mais amplo, percebem-se distinções relativas às posições ocupadas, nos espaços sociais, de acordo com as diferenças de classes sociais, gênero, etnia (WEISHEIMER, 2013). Sendo assim: “para conferir maior precisão analítica à juventude como categoria sociológica será necessário identificar os processos de socialização predominantes entre os jovens estudados” (WEISHEIMER, 2008, p.31)

Historicamente, a sociedade brasileira é marcada por diversos fenômenos que promovem formas de sociabilidade específica da juventude, como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, os problemas de escolaridade e de preparo profissional, a expansão da delinquência e das drogas como formas de “saídas

fáceis e imediatas”, os diversos conflitos e violências, a perda de efetividade do sistema jurídico e um profundo desinteresse pela política partidária (WAISELFISZ, 1998). Mais recentemente, esses fenômenos têm sido agravados pela crescente privatização do aparelho de segurança e dos serviços básicos (saúde, educação, previdência social), sendo que o Estado vem se limitando progressivamente a oferecer apenas um mínimo, deixando boa parte da população com serviços insuficientes (WAISELFISZ, 2014).

A violência é outro fator que afeta os jovens. No Brasil, alguns dados nacionais apontam que a principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos é o homicídio. Uma série histórica analisada entre o intervalo de tempo de 1980 a 2012 permitiu estabelecer que a taxa de homicídios entre jovens se alterou de 19,6 por 100 mil jovens, em 1980, para 57,6, em 2012, o que representou um aumento de 194,2%. Quando comparada com a população dita “não jovem”, essa taxa variou de 8,5 para 18,5 por 100 mil, representando um crescimento de 118,9% (WAISELFISZ, 2014). O autor ainda coloca que os jovens mais afetados são negros do sexo masculino. Dados atuais apontam para a taxa de homicídio entre os jovens de 65,6 por 100 mil, sendo que entre a população em geral esse número chegou a 30,3 por 100 mil, no mesmo ano (IPEA, 2018). Vale destacar que nem todas as violências cotidianas conduzem à morte e que boa parte delas têm o registro muito limitado, como no caso de registros policiais (WAISELFISZ, 1998; IPEA, 2018). Esse fato revela, por si só, a violência levada ao extremo.

Além de vítimas de violências, a população jovem sofre com o fenômeno de encarceramento em massa no Brasil, pois 54,8% da população privada de liberdade são jovens entre 18 e 29 anos (BRASIL, 2015), como se pode notar na figura abaixo (FIGURA 2). Do total de presos, 63,2% não chegou a completar o ensino fundamental e 60,8% eram negros. O tipo de crime mais comum é contra o patrimônio (49,1%), seguido por crime de entorpecentes (25,3%) (BRASIL, 2015). Vale ressaltar que:

As novas gerações, mais que fatores determinantes da situação de nossa sociedade, são um resultado da mesma, espelho onde a sociedade pode descobrir suas esperanças de futuro e também seus conflitos, suas contradições e, por que não, seus próprios erros. (WAISELFISZ, 1998, p.12)

Nesse sentido, não é possível discutir a juventude sem se discutir a estrutura da sociedade e o porquê de alguns de seus setores serem mais afetados do que

outros. Para isso, buscou-se a teoria sobre os **Determinantes Sociais da Saúde (DSS)**, que discute a estrutura da sociedade, com suas estratificações e diferenciações das posições sociais, as quais geram exposição diferenciada às condições de saúde, exposições a riscos e diversidade na disponibilidade de recursos materiais (WHO, 2010).

Figura 2 - População prisional segundo jovens e não jovens. Brasil. 2005 a 2012

Fonte: InfoPen

Fonte: BRASIL, 2015, p 31.

1.1 Referencial teórico: Determinantes Sociais da Saúde

Os DSS são abordados por algumas teorias que discutem a gênese das diferenças injustas na sociedade (FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016), ou seja, que tentam explicar “por que a distribuição de riquezas e acesso é diferente?”. Também coloca em destaque o paradigma entre o crescimento econômico de um país e o aumento do número de pessoas em situação de pobreza. Esses questionamentos ampliam as possibilidades de compreensão sobre a maneira como a repartição dos bens é diferente ou desigual, de acordo com a posição/estrato social que o indivíduo ocupa, sendo socialmente construída (BARATA, 2001).

A posição ou estrato social que os indivíduos ocupam tem relação com os determinantes estruturais e os intermediários (FIGURA 3). Os determinantes estruturais dizem respeito ao contexto socioeconômico e político: governança, políticas macroeconômicas, políticas sociais (mercado de trabalho, habitação, terra), políticas públicas (saúde, educação, proteção social), cultura e valores da sociedade (WHO, 2010). São referentes a aspectos da sociedade que não podem ser medidos diretamente no nível individual. Apesar disso, esses fatores exercem uma forte influência nos padrões de estratificação social por meio de mecanismos sociais, como o sistema educacional, instituições políticas, o mercado de trabalho, a organização dos cuidados em saúde. Esses mecanismos são reflexos das escolhas políticas, como políticas de trabalho que favoreçam a família, políticas de emprego que envolva formação e suporte; disponibilidade de serviços de saúde (RAPHAEL; BRYANT, 2006). Esses determinantes geram as estratificações dentro da sociedade, de acordo com a renda, educação, ocupação, gênero e etnia. A posição ocupada pelo indivíduo, somada a coesão social e ao capital social, refletem os determinantes sociais intermediários de saúde: circunstâncias materiais (moradia, trabalho, alimentação), comportamentos, fatores biológicos e psicossociais e o próprio sistema de saúde (WHO, 2010).

Figura 3 - Quadro conceitual dos Determinantes Sociais de Saúde

Essa estratificação social influencia aspectos relacionados à saúde por meio dos determinantes intermediários, como acesso a determinado tipo de bairro, de trabalho, de habitação, associado a fatores biológicos e psicossociais. O modelo acima tem como pressuposto que os membros de grupos de estratificações mais baixas, ou seja, com menor nível socioeconômico, vivem em circunstâncias materiais menos favorecidas e se envolvem em comportamentos prejudiciais à saúde com maior frequência, quando comparados aos grupos de maior nível socioeconômico (WHO, 2010). Dessa forma, a estratificação social leva a diferentes gradientes de saúde, os quais tendem a ser piores em classes sociais mais pobres (tanto em recursos financeiros, como simbólicos) e que, na maioria das vezes, poderiam ser melhorados se houvesse investimento em políticas públicas. Por esse motivo, a diferença de gradientes de saúde gerada pela estratificação social é compreendida como evitável e incorpora a ideia de injusta. Dessa maneira, a diferença produzida socialmente, injusta e evitável recebe a denominação de “iniquidade”, conceito que incorpora a ideia da impossibilidade de realização das necessidades básicas dos indivíduos para a manutenção de sua saúde e bem estar (WHO, 2010).

Além de esses determinantes impactarem as questões relacionadas à saúde e o bem-estar, eles geram uma retroalimentação da sociedade de maneira a perpetuar essas condições ou a mudá-las (WHO, 2010). Por isso, além da diferença injusta, na esfera do acesso e do consumo de bens e serviços essenciais, ressalta-se a importância de abordar a esfera de produção, como destaca Barata (2001, p.142):

As desigualdades criadas na esfera da produção não podem ser completamente sanadas através da esfera de distribuição e consumo. (...) a distribuição e o consumo estão estruturalmente vinculados às formas de produção social e ambas as etapas conformam o processo de reprodução social.

Dessa maneira, as políticas devem ser pensadas e implementadas em todos os níveis dos DSS, sendo cuidadosamente elaboradas de acordo com o contexto social (WHO, 2010). Devem abarcar desde a raiz que produz a estratificação social, diminuir a exposição de fatores prejudiciais à saúde, até políticas para mitigar as consequências da estratificação social, como para reduzir as vulnerabilidades de grupos específicos e as consequências desiguais entre as pessoas em situação

desfavorável (WHO, 2010). Nesse contexto, o sistema de saúde também influencia o processo de produção de iniquidades, ao agir sobre as diferenças relacionadas à exposição, a vulnerabilidade e a consequência da doença para a vida das pessoas com relação às circunstâncias econômicas e sociais (WHO, 2010)

1.1.1 Determinantes Sociais da Saúde – Modelo de Dahlgren e Whitehead

Tendo em vista os estudos relacionados aos DSS e às iniquidades, em 2008, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) como base para orientar a organização dos conteúdos disponibilizados no relatório desse mesmo ano. A escolha se deve a simplicidade do modelo, o que facilita a compreensão por diversos tipos de público, bem como pela clara visualização gráfica dos diversos DSS (CNDSS, 2008). Pelos motivos apresentados, esse estudo também adotou esse referencial teórico, mesmo tendo conhecimento sobre a crítica realizada por outros autores, a respeito da ausência de critérios para se definir as necessidades a serem atendidas, para que o modelo seja equitativo (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA, 2009).

O modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) dispõe os diferentes DSS em camadas, de acordo com seu nível de abrangência, variando da camada mais próxima ao indivíduo até a relacionada aos macrodeterminantes. Pode-se notar essa disposição na figura abaixo (FIGURA 4), na qual se tem o indivíduo na base do modelo, com suas características próprias: sexo, idade, fatores genéticos, as quais também têm influência sobre as condições de saúde. A seguir, têm-se os comportamentos e o estilo de vida individual, os quais não dependem somente das escolhas feitas pelos indivíduos, mas também sofrem influências relacionadas ao acesso à informação, à alimentos saudáveis, à espaços de lazer, pela pressão dos pares. A camada a seguir refere-se à influência das redes comunitárias e de apoio, fundamental para a saúde da sociedade e tem um importante papel na coesão social. O nível acima representa os fatores relacionados a disponibilidade de alimentos, acesso a serviços essenciais, condições de vida e de trabalho, o que, segundo os autores, indicam diferentes exposições e vulnerabilidade a depender da classe social que ocupam, como consequência das condições de moradia e a exposição a condições estressantes. No último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais,

que possuem grande influência sobre os DDS das camadas abaixo (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Nesse último nível também está incluída a globalização, como um determinante supranacional (CNDSS, 2008).

Figura 4 - Modelo de determinantes sociais da saúde

Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Segundo os autores (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991), essa última camada gera uma estratificação econômica e social dos indivíduos e dos grupos sociais, atribuindo-lhes distintas posições sociais, que por sua vez definem as condições de vida e de trabalho. Sendo assim, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, ela varia de acordo com a posição social que, por sua vez, é influenciada pelos macrodeterminantes e pelos determinantes relacionados a condições de vida e de trabalho (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Para intervir sobre os mecanismos de estratificação social é importante combater as iniquidades em saúde, por meio de políticas que diminuam as diferenças sociais relacionadas à educação, ao trabalho e a segurança social (CNDSS, 2008).

As **redes sociais e comunitárias** constituem o chamado “capital social”, entendido como o conjunto de relações solidárias entre as pessoas, segundo o qual são estabelecidos os vínculos sociais. Essas relações podem se dar por meio, por exemplo, de grupos religiosos, sindicatos e associação de moradores (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). O desgaste desse capital é um mecanismo importante para

que o impacto das iniquidades socioeconômicas seja prejudicial para as questões de saúde. O contrário também é válido, ou seja, a alta coesão social associada a estratificações sociais mais igualitárias contribuem para melhores índices de saúde (CNDSS, 2008).

Para os autores, o termo equidade é oposto à desigualdade e a iniquidade. Sendo que a desigualdade é definida como as principais diferenças sistemáticas e evitáveis entre os membros de uma dada sociedade. A **iniquidade** é definida como as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas. Dessa maneira, o conceito de iniquidade tem a conotação da dupla condição de injustiça e a de ser evitável (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Para Margareth Whitehead (1992) a equidade em saúde equivale à justiça referente à situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência, uma vez que todas as pessoas têm direito de realizar o pleno potencial de saúde e não devem estar em desvantagem para a realização desse direito. Desta forma, espera-se como resultados a redução (ao máximo possível) das diferenças em saúde e no acesso aos serviços de saúde (WHITEHEAD, 1992).

A questão do acesso aos serviços de saúde coloca em evidência o papel do Sistema de Saúde (SS), apesar de não ser reconhecido como um DSS em si, por muitos autores (WHO, 2010), mas se torna relevante quando a questão do acesso é abordada. O acesso deve incorporar as diferenças de exposição e vulnerabilidade, pois a equidade no acesso pode melhorar o estado de saúde dos indivíduos. O SS também é capaz de fornecer assistência para que um problema de saúde não leve à deterioração das condições sociais das pessoas, devendo fornecer uma boa prevenção de agravos e não gerar custos privados ao indivíduo doente (WHO, 2010). Ter negado o acesso aos cuidados de saúde corresponde a uma negação dos direitos humanos em uma sociedade civilizada. Reforça-se que esse acesso independe da capacidade de pagamento e deve ser de acordo com a necessidade de saúde dos indivíduos (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2006). A questão da equidade também é analisada a partir da capacidade de o SS contribuir para o desenvolvimento da participação social e do “*empowerment*” das pessoas (WHO, 2010).

1.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) e os DSS

O sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1990). A universalidade diz respeito ao entendimento da saúde como um direito, sendo assim, todo cidadão brasileiro tem direito ao acesso aos serviços de saúde. Equidade corresponde à discussão que foi apresentada anteriormente, na qual se aponta a necessidade de oferecer os cuidados em saúde de acordo com a necessidade de cada pessoa, dando maior atenção àquela população em situação mais vulnerável. A integralidade corresponde ao cuidado integral, que garanta a continuidade do cuidado dentro do SS, no tempo adequado e com qualidade, mas que também busque a promoção de ações intersetoriais, para dar conta de aspectos que interferem na saúde da sociedade (BRASIL, 1990).

O setor saúde sozinho não consegue combater os fatores estruturais e nem intermediários que geram as iniquidades, sendo necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais em saúde, ou seja, a relação formada entre o setor saúde e outros setores da sociedade, para agir sobre essas questões de maneira mais eficaz, eficiente e sustentável (WHO; RF, 1986).

Como diretrizes políticas e organizacionais, o SUS traz em seu arcabouço legislativo as questões de descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social (BRASIL, 1990). As três primeiras diretrizes são mais organizacionais e colaboram para que o funcionamento dos serviços de saúde seja pensado de acordo com a demanda local e regional. A diretriz da participação social vem ao encontro dessa perspectiva de funcionamento, pois quanto mais próxima a população está da gestão do SS, maior é o poder de fiscalização e controle dos gastos que ela exerce sobre os gestores (BRASIL, 1990). A participação social também corresponde à aproximação da população aos serviços de saúde, como no caso dos Conselhos Locais de Saúde, tanto para fiscalizar quanto para trazer suas necessidades e perspectivas, e ajudar na reivindicação de melhorias para a unidade de saúde e para o bairro (BRASIL, 2012; 2013b).

Nesse sentido, as unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), exercem um papel fundamental para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2011). A APS tem o privilégio e o desafio de estar muito próxima à

comunidade que atende, tendo maior contato com a realidade da população adstrita e podendo identificar, com mais facilidade, as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e propiciar um acesso mais equitativo, também por ser considerada a porta de entrada preferencial do SS (STARFIELD, 2002). Além desse aspecto, a proximidade com a população possibilita a abertura de canais para a participação social, tanto para melhorar o diálogo com a população que atende, como para usar dessa ferramenta como forma de se construir a cidadania e fortalecer a democracia brasileira (LUTTRELL; QUIROZ; SCRUTTON; BIRD, 2009).

A participação social é uma política crucial para promover a equidade na saúde, uma vez está ligada ao protagonismo e autonomia para moldar a própria saúde. As pessoas têm o direito de participar ativamente das políticas sociais e de saúde que afetam suas vidas e isso implica em um esforço especial para incluir grupos e comunidades que tendem a sofrer com a marginalização (LUTTRELL; QUIROZ; SCRUTTON; BIRD, 2009; PHM, 2000). A Declaração de Cuenca (2005) lançou como base de um progresso sustentável e equidade na saúde a conformação de comunidades autônomas, aliadas contra os interesses fundamentalmente econômicos, que tendem a minar o setor público (PHM, 2005).

Por fim, considerando os tópicos abordados, Whitehead (1992) afirma que para haver intervenções efetivas e sustentáveis nos diversos níveis de DSS, elas devem ser fundamentadas em três pilares básicos: a ação intersetorial, a participação social e as evidências científicas (WHITEHEAD, 1992). A ação intersetorial, pois a atuação sobre os diversos DSS extrapola as atribuições e competências da saúde; Participação social para que a população mais vulnerável possa interferir nas decisões relativas à sua saúde e bem estar; Evidências científicas para que haja o monitoramento das iniquidades e a avaliação de impacto das ações intersectoriais sobre a saúde (WHITEHEAD, 1992).

1.3 Problema e justificativa da pesquisa

No caso do Brasil, além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza, ainda há setores da população que vivem em situação de pobreza, sem acesso às mínimas condições e bens essenciais à saúde, em adição a falta de oportunidades (SILVA; SILVA, 2011). Uma das vertentes dessa distribuição iníqua de riqueza pode ser relaciona à especulação imobiliária, advinda da “bolha

especulativa”, criada com a construção de espaços “bem localizados” para abrigar empresas e parte da população que pode pagar o preço cobrado para morar nesses locais (FERREIRA, 2000). Esse tipo de arranjo se deu por meio da supervalorização das construções e levaram a expulsão de grande parte da população para as periferias da cidade, que têm infraestrutura precária, pior mobilidade urbana e menor acesso aos serviços essenciais. Esse deslocamento pode ser traduzido como a:

aguda contradição entre a *globalização* “modernizadora” empreendida pelas elites dominantes, ideologicamente apresentada como um passaporte de ingresso para o Primeiro Mundo, e as bases sociais miseráveis, oriundas do passado colonial, sobre as quais essa modernização se assenta de maneira ainda mais acentuada nas grandes metrópoles urbanizadas do Terceiro Mundo. (FERREIRA, 2000, p. 11).

Visivelmente essa não escolha das elites pelo desenvolvimento nacional acarreta no aumento da Desigualdade Social, potencializado pelo fenômeno da urbanização tardia, com grande deslocamento de mão de obra advinda dos campos, que foram mecanizados, porém sem organização para receber essas pessoas, nas cidades. A abundância de pessoas desempregadas gerou um baixo poder de negociação, associado aos interesses da elite em manter os níveis salariais abaixo do valor necessário para uma vida digna (FERREIRA, 2000), o que dialoga com a herança escravagista brasileira. Um agravante a esse processo, atualmente, é a queda do nível de emprego formal, nas indústrias, como consequência da destruição do parque industrial brasileiro, havendo uma migração para o setor terciário (prestação de serviços) ou para a informalidade (CARVALHO, PEREIRA, 2007).

Essa exclusão social é abordada desde a década de 70, por Caio Prado Jr (SAMPAIO JR., 1999 apud FERREIRA, 2000), com a problematização do aumento da concentração do excedente de mão de obra nos centros urbanos, que dificultaria e tornaria traumática a sua integração ao desenvolvimento *Capitalista*, que levaria ao agravamento da crise social, com quadros de absoluta pobreza nas *Aglomerações Urbanas* das periferias. Para Ermínia Maricato (1996, apud FERREIRA, 2000) a urbanização é um fato importante na concentração da pobreza, que pode ser verificada pelo grande número de pessoas vivendo em habitações subnormais, como as chamadas favelas, os cortiços, os loteamentos clandestinos, nos quais se verifica ausência ou inadequações de infraestrutura urbana (saneamento básico, luz

elétrica, água encanada e mobilidade urbana), muitas vezes, associadas à ilegalidade da posse da terra ou do contrato de uso.

Ferreira (2000, p.14) aponta dados de países de capital periférico que demonstram que “pobreza e urbanização formam um par bastante globalizados”, pois na maioria desses países, como no Brasil, na Argentina, no Peru, no Equador, no México e na Colômbia a crescente urbanização trouxe em seu arcabouço o aumento da pobreza e das condições precárias de vida, para boa parte da população. Outra característica apontada pelo autor é o ritmo de crescimento exagerado das periferias pobres, com taxas de 4,3% ao ano (periferia de São Paulo), enquanto a média de crescimento das cidades brasileiras foi de 1,93%, no mesmo período (INSTITUTO DA CIDADANIA, 2000 apud FERREIRA, 2000). Mais recentemente, a partir do Censo de 2010, o DataFavela fez uma projeção a respeito do número de pessoas que estavam vivendo em aglomerados urbanos, sendo que a somatória dessas pessoas seria compatível com o 5º maior estado brasileiro, com 11,7 milhões de habitantes, atrás de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia (DATAFAVELA, 2013). Apesar dessa tendência de crescimento diferenciada, Ribeiro (2004) levanta uma questão importante sobre a dificuldade de mensurar, com números precisos, aquilo que não tem reconhecimento institucional, como é o caso dos Aglomerados Urbanos. Apesar das incertezas numéricas, o nítido crescimento das periferias criou um “mar de pobreza”, no qual as “elites estão na verdade cada vez mais “sitiadas”” (FERREIRA, 2000, p.14), sendo que a única cidade que de fato importa e é noticiada como se estivesse sendo ameaçada, é aquela ocupada pelas elites.

A recusa em perceber que essa cidade já não é mais representativa da cidade real verifica-se tanto na constante busca de segurança e conforto em bairros fortalezas de altíssimo padrão (...) quanto na reação de indignação em face dos níveis insustentáveis de violência urbana gerados pelo chamado “apartheid social urbano” (FERREIRA, 2000, p. 14).

Esse “apartheid social urbano” relegou a população mais pobre aos bairros afastados ou, quando não tão distantes do centro, de difícil acesso. Entretanto, com a ocupação desses espaços, aos poucos se conseguiu alguma infraestrutura e a valorização do solo, suficiente para expulsar as pessoas mais pobres novamente, pois os espaços passaram a não ser compatíveis com a sua renda. Diante de tal situação, surgiram os movimentos de ocupação da terra, sem a permissão ou

concessão de seu proprietário, em busca de sobrevivência e/ou de sanar uma necessidade básica de moradia. No entanto, com a modernização das cidades, essas ocupações passaram a ser reprimidas e a população desses espaços, realocada, o que contribuiu ainda mais para a segregação espacial (CARVALHO; PEREIRA, 2007).

Dessa forma, enquanto as elites criam muros para se “isolarem” do restante da população, aquelas pessoas que não conseguem se inserir socialmente ficam expostas as mais diversas situações precárias, que as colocam em condições de extrema vulnerabilidade social e ambiental (OJIMA, 2007). Essa exclusão sistemática da população pobre torna-se um “círculo perverso de desposseção” (RIBEIRO, 2004), uma vez que associa à marginalização social à exclusão territorial, além de serem nesses aglomerados onde:

aos históricos mecanismos de espoliação urbana, se associam mecanismos de vulnerabilização da população. (...) a segregação e separação fazem com que uma parte não desprezível da população seja crescentemente desabilitada dos recursos necessários ao acesso à renda e aos benefícios urbanos (RIBEIRO, 2004, p. 44).

Conclui-se que essa dinâmica de desigualdade, na ocupação do solo, está fortemente ligada à acumulação urbana e a “apropriação privada de várias formas da renda urbana” (RIBEIRO, 2004, p. 43), ou seja, enquanto as elites desfrutam de maior nível de bem estar social e de riqueza acumulada, também em forma de patrimônios imobiliários de alto padrão, a maior parte da população não têm suas necessidades reconhecidas socialmente. Essa última parcela mencionada é composta, em sua maioria, por trabalhadores, muitos dos quais são utilizados como mão de obra barata para construir os empreendimentos imobiliários, dos quais são alienados pelo mercado imobiliário. Nesse sentido, mercados imobiliários, formal e informal, andam de mãos dadas, pois um só existe pela manutenção do outro (RIBEIRO, 2004). Soma-se a essa condição a falta de voz frente ao Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente aos acontecimentos não previstos (CNDSS, 2008).

Em Ribeirão Preto-SP, no ano de 2010, havia 26 aglomerados urbanos ou subnormais, correspondentes a 3.717 domicílios particulares ocupados, com 14.117 habitantes IBGE (2010). Mais recentemente, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, no ano de 2017, o número estava contabilizado em 67 aglomerados urbanos (46 desses se encaixavam na

classificação de Aglomerados Subnormais). No entanto, lideranças de movimento por moradia do município e jornais locais contrapõem-se a esse dado, citando quase cem aglomerados subnormais (CATANHO, 2018).

Apesar da incerteza numérica, o aumento da população em situação de pobreza pode ser facilmente visualizado na cidade, ao se percorrer bairros periféricos. Entretanto, o município apresenta uma condição socioeconômica média muito favorável (IBGE, 2010), evidenciando que um diagnóstico social mais detalhado não deve ser embasado apenas em dados de média populacional, pois essa medida esconde os “bolsões de iniquidades”, presentes em cada município (JANNUZZI, 2005).

Para fins de delineamento teórico, entende-se que os aglomerados urbanos são áreas conhecidas no país por diversos nomes: favela, comunidade, grotão, vila, entre outros. Segundo o IBGE, os **Aglomerados Subnormais** são caracterizados por um conjunto constituído de 51 unidades habitacionais ou mais, com ausência de título de propriedade e pelo menos umas das seguintes características: irregularidade das vias de circulação e do tamanho e formato dos lotes; carência de serviços públicos essenciais (coleta de lixo, rede de esgoto, rede de água, energia elétrica e iluminação pública). A formação desse tipo de habitação advém, como citado anteriormente, da especulação imobiliária e fundiária, associada à carência de infraestrutura e à expulsão da população para regiões periféricas. Ela surge como resposta às necessidades de moradia e, por isso, essas pessoas acabam se instalando em espaços menos valorizados pelo setor imobiliário e fundiário, dispersos pela cidade (IBGE, 2010).

Dentre os moradores desses aglomerados urbanos, 30,7% tinham idade entre 15 e 29 anos, enquanto que os jovens em geral de 15 a 29 anos correspondiam, na mesma época, a 27% da população do município (IBGE, 2010). O grupo formado pelos jovens é plural, composto por diferentes idades, condições de vida e saúde, escolaridade, orientação sexual, estado civil, viver ou não com alguma deficiência. Mesmo assim possuem características em comum que permitem o olhar como um coletivo, especialmente quando vivem em um mesmo contexto sociocultural, como no caso dos chamados, aglomerados urbanos (AYRES, 2012). Associar o olhar epidemiológico a essa questão pode ser fundamental na identificação de fatores de iniquidades, bem como possibilidades de apoio e parceria para articulação de ações integradas. Tomar a população de jovens como um grupo pode contribuir para o

reconhecimento de suas necessidades e possível realização de intervenções mais direcionadas a eles (AYRES, 2012).

Nesse sentido, além de considerar a visão dos jovens sobre as questões sociais nas quais estão inseridos, entende-se que seja importante conhecer a visão dos profissionais de saúde da APS que estão próximos às áreas de aglomerados e atuam na porta de entrada, preferencial, para o SS. Uma vez que o SS é um fator que interfere diretamente nos DSS (WHO, 2010), como mencionado anteriormente, as ações dos profissionais da saúde e os programas específicos, ao reproduzirem padrões sociais ou transformá-los, traduzem conteúdo ético-político, e não apenas técnico. As ações são carregadas de sentidos, valores e significados, podendo a instituição de saúde estar a serviço de propósitos de controle ou de emancipação desses jovens (AYRES, 2012).

Por fim, essa pesquisa se justifica ao buscar conhecer o contexto dos jovens que vivem em aglomerados urbanos, possibilitando a posterior formulação de estratégias para abordar esse contexto social, de maneira participativa e intersetorial.

2 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores de iniquidades aos quais os jovens de aglomerados subnormais estão expostos e a rede social com a qual podem contar;

2.1 Objetivos específicos

I- Identificar a percepção dos jovens e dos trabalhadores de saúde a respeito dos fatores de iniquidades aos quais jovens que vivem em aglomerados subnormais estão expostos;

II- Identificar a percepção dos jovens e dos trabalhadores de saúde a respeito das redes sociais com as quais os jovens que vivem em aglomerados subnormais podem contar;

III- Identificar pontos de concordância e de discordância entre a percepção dos jovens que vivem em aglomerados subnormais e dos trabalhadores de saúde que atendem a população dessas áreas;

IV- Analisar os documentos relacionados às políticas públicas de diferentes setores, com relação a ações voltadas para a população jovem que vive em aglomerados subnormais;

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, com abordagem qualitativa. Os estudos descritivos permitem fornecer informações aprofundadas sobre uma determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987) e, por isso, possibilitam o cumprimento dos objetivos dessa pesquisa.

A “compreensão/explicação em profundidade”, possibilitada pela abordagem qualitativa, permite que haja aproximação ao cenário de estudo, abordando-o de maneira mais complexa, sendo utilizada para elucidar contribuições dos atores sociais sobre os problemas ou questões dos quais a pesquisa deve se ocupar. Além de poder ser empregada para fornecer informações elaboradas, relacionadas ao contexto, e podem complementar a interpretação dos resultados quantitativos (MINAYO; SANCHES, 1993). Sendo assim, ela possibilita ampliar o entendimento sobre o objeto estudado, pois contextualiza e favorece a compreensão dos processos de construção social (MINAYO; SANCHES, 1993).

3.1 O campo do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, localizado a noroeste da capital do Estado de São Paulo, que possui aproximadamente 694,5 mil habitantes segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018. Segundo os dados disponíveis do último censo, a população do município era de 604.682 habitantes, desses 62.795 na faixa etária de 15 a 29 anos (IBGE, 2010). O município contava, no mesmo ano, com 26 “Aglomerados Subnormais” (IBGE, 2010), correspondendo a 3.717 domicílios particulares ocupados, com 14.117 habitantes, desses 4.336 (30,7%) tinham idade entre 15 e 29 anos (IBGE, 2010). Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, no ano de 2017, o número estava contabilizado em 67 Aglomerados Urbanos (FIGURA 5), ou seja, com números de habitações variadas, algumas abaixo de 51 unidades. Desses, 46 se encaixavam na classificação de Aglomerados Subnormais.

Figura 5 – Aglomerados urbanos do município de Ribeirão Preto-SP

No.	Nome	No.	Nome	No.	Nome	No.	Nome
1	Via Norte	19	CIRETRAN	37	Pedra Branca	55	Maria de Lourdes
2	Falane	20	Vila Mariana	38	Escola	56	Serra Negra
3	Margueiras	21	FEPASA	39	Portelinha	57	Barragem/Vida Nova/Lagoa
4	Monte Alegre	22	Cáster Libero/Santa Rita	40	Andorinha	58	Anhangüera I
5	Progresso	23	Zara	41	AIDS	59	Anhangüera III
6	Flórida Paulista	24	Trevo	42	Barragem Bonfim	60	Anhangüera IV
7	Leão Leão/Recife	25	Anhangüera II	43	Campo do Horto	61	Santa Sapo
8	Reciclagem	26	Igrejas	44	Campo do Tupi	62	Tilhos
9	Magid	27	Coca-Cola	45	Grilo	63	Andradas
10	Nuporanga	28	Itaú	46	Cruz de Souza	64	Andradas II
11	Ubatuba	29	7 Curvas	47	Patricas	65	Campo do Marmitta
12	Avelino Palma	30	Areias	48	João Pessoa	66	Itaú (Área Verde)
13	Jóquei Clube	31	Barbante Rosa	49	Mata	67	Monte Carlo
14	Valentina Figueredo	32	Américas	50	Rua México		
15	Torre	33	Nazare Paulista	51	Ferre Velho		
16	Porto Seguro	34	São Simão	52	Campos do Jordão		
17	TRANSERP	35	Vila Zanetti	53	Linhão		
18	Japurá	36	Jd. Helena	54	Locomotiva		

Fonte: Secretaria Municipal de Assistência Social, 2017

Foram convidados a participar da pesquisa os jovens com idade entre 15 e 29 anos (BRASIL, 2013a; IBGE, 2014), que vivem em “Aglomerados Subnormais” (IBGE, 2010), no município de Ribeirão Preto e os trabalhadores das unidades de saúde da APS, do município de Ribeirão Preto.

Os critérios de inclusão dos jovens foram: viver em “Aglomerados Subnormais” no município de Ribeirão Preto e ser ativo em espaços de participação social ou que seja reconhecido como liderança pela comunidade onde vive. O critério de exclusão foi o tempo de moradia no respectivo aglomerado subnormal em que se encontrava no momento da entrevista, sendo excluídos jovens com menos de seis meses de moradia. Foi convidado um jovem por “Aglomerado Subnormal”. A busca por esses participantes foi feita inicialmente no Conselho Municipal da

Juventude (COMJUVE - segmento de movimentos sociais) e no Conselho Municipal de Moradia Popular (CMMP - segmento de movimentos populares por moradia) (RIBEIRÃO PRETO, 2016). Entretanto, devido a questões organizacionais, o COMJUVE não estava se reunindo no momento da coleta dos dados e o CMMP estava com suas reuniões espaçadas, de três em três meses, dificultando o acesso aos seus membros. Deste modo, apenas os representantes de movimentos sociais que compunham as cadeiras do CMMP (União Nacional de Moradia e Movimento Livre) conseguiram ser contatados em outros espaços de luta pelo direito à moradia. Por se tratarem de pessoas acima de 29 anos, foi-lhes solicitada a indicação de jovens que cumprissem os critérios de inclusão. Um importante ator social identificado, nesse processo, foi o Núcleo de Assessoria Jurídica Popular da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (NAJURP - FDRP/USP), que também contribuiu com a indicação de alguns jovens que cumpriam os critérios de inclusão da pesquisa. Dada a dificuldade para se contatar os participantes, também foi solicitado aos participantes do pré-teste do instrumento de coleta de dados (descrito posteriormente nesse trabalho), a indicação de jovens que cumprissem tais critérios.

A escolha por jovens que tivessem alguma participação social se deu por entender-se que essa atividade poderia ser uma estratégia de superação dos problemas sociais, colaborando para a melhoria da vida local (AMMANN, 1987). E por jovens reconhecidos como lideranças devido à capacidade que se espera de um líder em expressar e organizar as necessidades de um determinado coletivo, nesse caso, no contexto de lutas cotidianas por moradia (HERKENHOFF, 1995).

Os trabalhadores da saúde foram contatados a partir da localização dos jovens participantes dessa pesquisa, sendo buscadas as unidades de APS que fossem referência para o atendimento da área geográfica de moradia dos entrevistados. Os critérios de inclusão para os trabalhadores da saúde foram: ter em seu território de abrangência áreas de aglomerados subnormais correspondentes aos dos jovens entrevistados e ter interesse pelo tema ou trabalhar com a população jovem (15 a 29 anos). O critério de exclusão para os trabalhadores foi o tempo de trabalho na unidade de saúde ser menor do que seis meses, a contar da data da entrevista. Como não havia mapas disponibilizados em sítios da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto que localizassem os aglomerados subnormais, nas áreas de cobertura das unidades de APS, foi realizado um levantamento dessas unidades

junto a membros da Secretária Municipal de Saúde, após a realização da entrevista com os jovens, a fim de verificar se a unidade de saúde utilizada pelo jovem entrevistado era a mesma que a de referência.

Os jovens e os trabalhadores foram entrevistados até que as respostas da entrevista atingissem a saturação teórica (MINAYO, 2007; FONTANELLA et al, 2011). Vale ressaltar que a determinação do número de participantes por saturação teórica ocorre quando “se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo” (FONTANELLA et al, 2011, p.381). Ou seja, quando o número de participantes for suficiente para que haja reincidência de informações, não ocorrendo mais acréscimo de novos conteúdos, e os objetivos desse estudo tenham sido alcançados (RAMOS; JUNQUEIRA; PUPLAKSIS, 2008).

3.2 Fontes e a coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada entre os anos de 2017 e 2018, em fontes secundárias e primárias, sendo elas:

3.2.1 Fontes secundárias

Os dados secundários foram coletados em documentos relacionados às políticas públicas para a juventude no município de Ribeirão Preto, tais como as atas do Conselho Municipal da Juventude de Ribeirão Preto (Comjuve-RP) e o Relatório final da Conferência Municipal da Juventude de Ribeirão Preto de 2015 (última conferência antes da coleta de dados), disponíveis no sítio da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2016). Também foram pesquisados dados e indicadores referentes à população jovem (15 a 29 anos) no Plano Diretor de Ribeirão Preto; Planos, Programações e Relatórios, entre os anos de 2014 e 2017, de Saúde, Educação e Assistência Social (únicos setores que dispõem desses tipos de documentos), disponíveis no sítio da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 2016).

A coleta dos dados secundários qualitativos foi estruturada segundo: o contexto, a autoria do documento, a natureza do documento, os conceitos chave e a lógica interna do texto (CELLARD, 2008). A coleta de dados secundários numéricos ou quantitativos foi estruturada segundo: indicadores específicos de cada setor (saúde, educação, cultura); indicadores socioeconômicos, fatores de risco, gastos

públicos, cobertura dos serviços e infraestrutura (habitação, transporte, saneamento, energia elétrica, água encanada).

Vale ressaltar que o uso de documentos em pesquisas traz informações que possibilitam ampliar o entendimento do objeto de estudo e auxilia na contextualização temporal, social e cultural (CELLARD, 2008).

A apresentação dos dados secundários foi realizada durante a Banca de Qualificação.

3.2.2 Fontes primárias

Os dados primários foram obtidos juntos aos participantes da pesquisa durante as entrevistas. A entrevista possibilita entender a perspectiva do respondente sobre o modo como estes percebem o objeto que está sendo estudado. Por meio desta ferramenta podem-se obter informações subjetivas e objetivas (GUBA; LINCOLN, 2011). Foi utilizada a entrevista semiestruturada como técnica para a coleta dos dados primários, junto aos participantes. Segundo Minayo (2004), a coleta de dados em pesquisas sociais pode ser classificada em diferentes modalidades a depender do grau de diretividade estabelecido pelo pesquisador na estrutura do instrumento. Dessa forma, pode variar desde a entrevista estruturada, passando pela semiestruturada até a não estruturada ou aberta, uma vez que a fala é reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, de normas e símbolos. A opção pela entrevista semiestruturada justificou-se pelo reconhecimento de que esta técnica, além de permitir a atuação do pesquisador/entrevistador, possibilita a manifestação espontânea do entrevistado acerca do objeto da investigação (TRIVIÑOS, 1987).

Para o desenvolvimento do **roteiro de entrevista** (APÊNDICE I e II), levou-se em consideração as questões centrais levantadas por meio da análise dos dados secundários, bem como a literatura referente à estruturação dessa ferramenta de coleta (MONTEIRO; HORA, 2014). O eixo temático principal relacionou-se com os DSS, tendo em vista identificar fatores de iniquidades e apoio social aos jovens que vivem em aglomerados subnormais. Foram elaborados dois roteiros de entrevista semiestruturada, sendo um voltado para os jovens e o outro para os trabalhadores de saúde. As versões iniciais foram submetidas a um Painel de Especialistas qualificados para a validação do conteúdo. Trata-se da avaliação do grau de completude do instrumento, a partir de determinado constructo teórico (MONTEIRO;

HORA, 2014). Uma vez concluídas as avaliações, os dados foram sistematizados a fim de efetivar as modificações necessárias no instrumento.

Os componentes do Painel de Especialistas foram contatados por meio de correio eletrônico durante a primeira quinzena de janeiro de 2018, com um texto de convite padronizado. Os critérios de inclusão no Painel de Especialista foram: possuir linha de pesquisa dentro do referencial teórico dos Determinantes Sociais da Saúde e/ou das temáticas “juventude” e/ou “vulnerabilidade social”, conforme declarado no currículo da plataforma Lattes; ter apresentado produção científica ou bibliográfica em alguma dessas áreas no período de até cinco anos anteriores à data da elaboração dos roteiros de entrevista preliminares e ter disponibilidade para participar da avaliação. Os critérios de exclusão foram: ausência de resposta ao convite após três tentativas de contato, recusa em participar e ausência de retorno do formulário de avaliação depois do prazo de três semanas do envio.

Uma vez sintetizadas as avaliações e contribuições do Painel de Especialistas, foram obtidos os **roteiros pós-validação** objeto da realização do **pré-teste**, etapa final do processo de construção do instrumento. O pré-teste, aplicado a uma população similar àquela estudada, contribui para a metodologia e a operacionalização da pesquisa, permitindo identificar problemas com o instrumento, adequar o instrumento a partir de sugestões dos entrevistados e avaliar o tamanho do instrumento e seu tempo de aplicação (MONTEIRO; HORA, 2014).

Para a realização do pré-teste, foi aplicada a entrevista a três jovens e a três trabalhadores da saúde que cumpriam os critérios de inclusão do estudo. A definição do número se deu a partir do consenso entre os pesquisadores a respeito do número mínimo de entrevistados suficiente para avaliar as condições de aplicação do instrumento. Os roteiros foram aplicados por dois dos pesquisadores do estudo, devidamente familiarizados com o instrumento e treinados para a coleta de dados (MONTEIRO; HORA, 2014). As entrevistas ocorreram no local de preferência do participante, no período de junho a julho de 2018. O conteúdo foi gravado em arquivos de áudio e, posteriormente, transcrito e analisado pelos entrevistadores durante o mês de julho de 2018.

A análise das transcrições possibilitou apreciar criticamente a ordem de disposição das questões, seu encadeamento lógico, sua extensão e a presença de redundâncias e itens supérfluos em relação aos objetivos dos roteiros de entrevista (MONTEIRO; HORA, 2014). Desse modo, após o estabelecimento de consenso

entre os entrevistadores acerca dos quesitos acima mencionados, os instrumentos assumiram seu formato final. **Esse processo de construção, validação de Conteúdo e pré-teste está descrito no artigo “A construção de roteiros de entrevista semiestruturada a partir do referencial dos Determinantes Sociais da Saúde: enfoque na população jovem que vive em aglomerados subnormais” (CAIRES; VICENTINE; FERREIRA, submetido), que foi submetido à Revista Cadernos de Saúde Coletiva, em 24/04/2019.**

Os dados primários foram coletados entre os meses de agosto e novembro de 2018. Todas as entrevistas foram feitas no local de escolha dos participantes, de forma individual, sem a presença de terceiros, foram áudio-gravadas e transcritas, posteriormente. Cada participante respondeu a entrevista uma única vez e os dados coletados foram analisados e discutidos entre os entrevistadores, a fim de identificar a saturação das respostas.

3.3 Análise dos dados

Para cumprir o **objetivo IV**, os dados secundários foram analisados por meio da **análise documental**, etapa na qual foram produzidos e reelaborados conhecimentos a respeito do fenômeno estudado a partir da interpretação, sintetização das informações, determinação de tendências e construção de inferências (CELLARD, 2008). Após a seleção e análise preliminar foi feita a análise dos documentos segundo: o contexto (conjuntura socioeconômica- cultural e política que propiciou a escrita do documento); a autoria do documento (identificação dos autores, interesses e motivos que levaram a construção do documento); a natureza do documento (conferências, planejamento de políticas públicas); os conceitos chave e a lógica interna do texto (CELLARD, 2008). Em seguida, a análise foi desenvolvida por meio da discussão dos dados e temas encontrados com o referencial teórico da pesquisa, sendo utilizada para isso a metodologia de Análise de Conteúdo em sua vertente temática (BARDIN, 2000; MINAYO, 2004), a qual será descrita mais a frente. Para a análise dos dados numéricos ou quantitativos, foi realizada abordagem descritiva, sendo analisados segundo a contextualização socioeconômica-cultural e política do município (CELLARD, 2008).

Para cumprir os **objetivos I e II**, os dados primários foram analisados segundo a metodologia de **Análise de Conteúdo na vertente temática**

(BARDIN,2000; MINAYO, 2004). Para isso foram seguidos os polos cronológicos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise, que tem por objetivo a organização do material, foi realizada por meio da leitura flutuante, segundo as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesse momento, foi constituído um corpus, a formulação das hipóteses e a elaboração dos indicadores (BARDIN, 2000). Na fase seguinte, de exploração do material, realizou-se a codificação, ou seja, o material foi tratado segundo regras precisas para atingir a representação do conteúdo ou de sua expressão. Segundo Bardin (2000, p. 103) “a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidade, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo”.

A codificação foi realizada por meio do recorte das unidades de registro em nível semântico, ou por tema, ou seja, aquelas unidades de significação que se destacaram naturalmente do texto analisado, sendo levado em consideração nessa etapa o referencial teórico da Determinação Social de Göran Dahlgren e Margareth Whitehead (1991). A regra de enumeração utilizada foi a frequência simples, na qual todas as aparições possuem o mesmo peso, seguindo o postulado de que todos os elementos têm uma importância igual e, com relação à descrição e à interpretação da realidade, foi considerada a significância do tema quanto maior a frequência de sua aparição.

O tratamento de resultados obtidos foi realizado a fim de que os resultados brutos fossem significativos e válidos. Para isso, foram realizadas operações estatísticas simples de porcentagem para o estabelecimento de quadros de resultados que condensassem e colocassem em relevo as informações fornecidas pela análise. Enfatiza-se que a análise de frequência teve critério de objetividade e cientificidade. É válido lembrar um trecho escrito por Minayo (2007, p. 306), em seu livro *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*: “O rigor matemático pode ser uma meta e vir junto com outras formas de validação, mas nunca substitui a intuição e a busca do sentido das falas”.

Para cumprir o **objetivo III** deste estudo, ainda foi realizada a comparação dos recortes das unidades de registro semântico, realizados durante a etapa de codificação das entrevistas, entre as respostas dadas pelos trabalhadores da saúde

e os jovens que vivem em aglomerados subnormais. Essa comparação foi feita por meio de estatística simples de porcentagem e pela descrição das principais diferenças e semelhanças encontradas.

Após o término das análises e a apresentação dos resultados para a Banca de Defesa, a fim de cumprir o papel social da pesquisa, pretende-se realizar oficinas para a apresentação dos resultados obtidos. Serão convidados os participantes da pesquisa, a população alvo do estudo, os trabalhadores de setores relacionados ao objeto de estudo e outros atores sociais que foram identificados durante a pesquisa.

3.4 Procedimentos éticos

O desenvolvimento da pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução no 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, sendo submetido e aprovado (CAAE: 58459516.4.0000.5414) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO I).

A cada um dos participantes do estudo maiores de 18 anos foi fornecido um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE III e IV). Para os participantes menores de idade foi fornecido um Termo de Assentimento (APÊNDICE V) e pedido a Autorização dos pais ou responsáveis pelo menor (APÊNDICE VI).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira parte dos resultados e da discussão desse projeto de pesquisa foi apresentada durante a Banca de Qualificação, sendo cumprido o objetivo I por meio do artigo **“Políticas públicas intersectoriais para a juventude: enfoque na população jovem em situação de vulnerabilidade social”**. Os resultados da qualificação também foram apresentados no Congresso Internacional Cuba Salud 2018, sob o título: “Políticas públicas intersectoriales para la juventud: enfoque en la población joven en situación de vulnerabilidad social” (VICENTINE, CAIRES, FERREIRA, 2018) (APÊNDICE VII e ANEXO II – Resumo e Certificado).

O desenvolvimento dos Roteiros de Entrevista Semi-estruturada foi relatado no artigo **“A construção de roteiros de entrevista semiestruturada a partir do referencial dos Determinantes Sociais da Saúde: enfoque na população jovem que vive em aglomerados subnormais”** (CAIRES; VICENTINE; FERREIRA, submetido), o qual foi submetido à Revista Cadernos de Saúde Coletiva, em 24/04/2019 e encontra-se em processo de avaliação.

Por fim, os dados primários coletados, posteriormente à Banca de Qualificação, serão apresentados para a Banca de Defesa, a fim de obtenção do título de doutora. **Os artigos para esse momento estão a seguir, sob os seguintes títulos:**

1. **“Equidade e iniquidade em diálogo com as dimensões do acesso ao Sistema Único de Saúde: perspectivas de jovens vivendo em aglomerados subnormais e de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde”**
2. **“Iniquidades, Redes de Apoio e o direito à moradia: perspectiva de jovens que vivem em aglomerados urbanos e de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde”**
3. **“Iniquidades e Rede de apoio a partir da perspectiva de reconhecimento: o caso dos jovens que vivem em aglomerados urbanos”**.

4.1 ARTIGO 1 - Equidade e iniquidade em diálogo com as dimensões do acesso ao Sistema Único de Saúde: perspectivas de jovens vivendo em aglomerados subnormais e de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde

RESUMO

O estudo teve como **objetivos** identificar fatores de equidade e de iniquidade relacionados aos serviços de saúde que são referência para os jovens de aglomerados subnormais de um município e os pontos de concordância e de discordância entre a percepção desses jovens e dos trabalhadores de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) acerca desses fatores. **Percursos metodológico:** trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foram convidados a participar da pesquisa os jovens entre 15 e 29 anos e trabalhadores das unidades de saúde da APS. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e novembro de 2018, por meio de entrevista semi-estruturada, as falas foram áudio-gravadas e transcritas. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na vertente temática, sendo utilizada a categoria “Dimensões do Acesso” para estruturar os Núcleos de Sentido. **Resultados e Discussão:** Participaram do estudo nove jovens e seis trabalhadores de saúde. Nesse artigo foi apresentado o Grande Tema “Acesso aos Serviços de Saúde”, composto pelos Núcleos de Sentido “Iniquidades no Acesso” e “Equidades no Acesso”. No primeiro se destacaram a Disponibilidade e a Aceitabilidade, principalmente, entre os trabalhadores das Unidades Básicas Tradicionais (UBS) e entre os jovens residentes em suas áreas de abrangência. As falas relativas ao Núcleo de Sentido “Equidade no Acesso” foram mais frequentes entre os jovens atendidos pela Estratégia de Saúde da Família e pelos trabalhadores dessas unidades, com destaque para às dimensões Disponibilidade e Informação. Observaram-se maiores iniquidades no acesso entre as UBS tradicionais quando comparadas à ESF. **Considera-se, por fim,** que apesar de entre os princípios do SUS estarem a universalidade, a equidade e o cuidado integral, dificilmente se consegue tirá-los do papel com a organização atual do sistema de saúde. Este estudo, sem esgotar a temática, contribui para a reflexão crítica sobre aspectos da saúde de jovens que vivem em aglomerados, ao produzir evidências a partir das dimensões do acesso à APS, em diálogo com os Determinantes Sociais da Saúde, apontando situações de iniquidades e equidades.

Palavras-chave: Juventude. Determinantes Sociais da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Aglomerações. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A desigualdade social, gerada pelos determinantes estruturais, leva a estratificação social e, conseqüentemente, a diferentes exposições e vulnerabilidades a condições que comprometem a saúde, que tendem a ser piores nos estratos sociais mais pobres (tanto em recursos financeiros, como simbólicos) (WHO, 2010; FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016). Quando essas diferenças são desnecessárias, incorpora-se a ideia de injustiça. Nesse sentido, as diferenças produzidas socialmente, injustas e evitáveis recebem a denominação de “iniquidade”, conceito que inclui a ideia da impossibilidade de realização das necessidades básicas dos indivíduos para a manutenção de sua saúde e bem estar (WHO, 2010; FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016; BARATA, 2001). A iniquidade ainda é resultante de um processo de discriminação e segregação, enquanto “ausência extrema de equidade, decorrente do efeito de estruturas sociais perversas e do exercício de políticas iníquas, geradoras de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis” (ALMEIDA-FILHO, 2009, p.365).

O termo equidade, por sua vez, é definido em oposição à desigualdade e à iniquidade, tendo a conotação da dupla condição de justiça e a de buscar evitar a exposição desnecessária (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Para Whitehead (1992) a equidade equivale à justiça na situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência, uma vez que todas as pessoas têm direito a realizar o pleno potencial de saúde e não devem estar em desvantagem para concretizá-lo. Espera-se como resultados a redução (ao máximo possível) das diferenças em saúde e o acesso aos serviços de saúde.

A questão do acesso coloca em evidência o papel do sistema de saúde (SS), que deve incorporar as diferenças de exposição e de vulnerabilidade, e ser capaz de fornecer assistência para que um problema de saúde não leve a deterioração das condições sociais das pessoas, por meio da prevenção de agravos e por não gerar custos privados ao doente (WHO, 2010; BUSS, 2007). Ter negado o acesso aos cuidados de saúde corresponde a uma negação dos direitos humanos em uma sociedade civilizada.

Compreende-se o acesso em quatro dimensões, sendo elas: Disponibilidade, Poder de pagamento, Informação e Aceitabilidade (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). A Disponibilidade diz respeito à relação geográfica entre o usuário e o serviço de saúde, bem como a disponibilidade de transporte, o tipo de unidade, a abrangência, a qualidade e a quantidade de serviços prestados. O

Poder de pagamento se refere ao custo de utilização dos serviços de saúde, a capacidade de pagamento e o impacto na renda do usuário por dias de serviço perdidos, por exemplo. A Informação corresponde ao grau de assimetria entre o conhecimento do usuário e do trabalhador da saúde. Enfim, a Aceitabilidade, que é a dimensão do acesso mais difícil de ser mensurada, e diz respeito à percepção dos usuários sobre os serviços prestados, é influenciada por aspectos culturais (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Ressalta-se ainda que o SS está inserido em determinado contexto social, econômico, histórico e político, que influencia a forma como ele será organizado. Desse modo, o SS reproduz os “valores e a estrutura social da sociedade em que surgiu, sendo, em certa medida, um modelo em miniatura da mesma” (HELMAN, 2003, p.83). Da mesma forma, a construção de políticas públicas de saúde, como o Sistema Único de Saúde (SUS), encerra a ideia de atores sociais em “disputa e defesa de interesses políticos distintos, o conflito e o poder na construção de sua teoria e na formulação de métodos concretos de intervenção” (CECILIO, s/d, p.9). Ressalta-se que a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), registra a equidade como um dos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo assim, a busca pela equidade, bem como a explicação das iniquidades (WHO, 2010), passa necessariamente pelo “reconhecimento de atores com maior ou menor capacidade de reconhecer, formular e batalhar em defesa de seus interesses” (CECILIO, s/d, p.9).

Por isso, este estudo focou uma parcela da população que é sistematicamente excluída das decisões políticas e dos espaços de poder, os jovens que vivem em aglomerados urbanos. Essa exclusão social é abordada por diversos autores (SILVA; SILVA, 2011; SPOSITO; CARRANO, 2003), sendo agravada com a crise social e quadros de absoluta pobreza nas Aglomerações Urbanas das periferias (FERREIRA, 2000), denominados Aglomerados Subnormais pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; 2010). Para atender a essa população que, socialmente, é relegada às periferias das cidades e têm baixo poder de vocalização de suas demandas frente ao Estado, entende-se ser pertinente a compreensão da organização do SUS, em especial, quanto ao acesso pelo ponto de entrada preferencial do SS, a APS (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos identificar fatores de equidade e de iniquidade relacionados aos serviços de saúde que são referência na APS para jovens de aglomerados subnormais de um município e os pontos de concordância e de discordância entre a percepção desses jovens e dos trabalhadores da saúde da APS acerca desses fatores.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa (MINAYO; SANCHES, 1993). Foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto/SP, com população estimada de 694.534 habitantes (2018) segundo o IBGE. De acordo com os dados disponíveis do último censo (2010), o município contava com 26 aglomerados subnormais, correspondentes a 14.117 habitantes, desses 4.336 (30,7%) tinham idade entre 15 e 29 anos (IBGE, 2010). Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social, em 2017, o número havia aumentado para 67 aglomerados urbanos (46 desses se encaixavam na classificação de Aglomerados Subnormais (IBGE, 2010).

Foram convidados a participar da pesquisa os jovens entre 15 e 29 anos (BRASIL, 2013), que cumpriram os critérios de inclusão: viver em aglomerados subnormais no município e ser ativo em espaços de participação social ou reconhecido como liderança pela comunidade onde vivia. Entende-se que o reconhecimento como liderança confira ao jovem a capacidade de expressar as necessidades de um determinado coletivo no contexto de lutas cotidianas (HERKENHOFF, 1995). O critério de exclusão para os jovens foi o tempo de moradia no respectivo aglomerado, não devendo ser menor do que seis meses. Também foram convidados os trabalhadores das unidades de saúde da APS que cumpriram os critérios de inclusão: ter em seu território de abrangência áreas de aglomerados subnormais que participaram da pesquisa, ter interesse pelo tema ou trabalhar com a população jovem. O critério de exclusão foi o tempo de trabalho na atual unidade de saúde menor do que seis meses.

A busca por participantes jovens foi feita a partir do Núcleo de Assessoria Jurídica Popular de Ribeirão Preto (NAJURP), da Faculdade de Direito da USP Ribeirão Preto e dos movimentos sociais que lutam pelo direito a moradia: União Nacional de Moradia e Movimento Livre, os quais têm boa inserção em aglomerados do município e por meio de movimentos sociais. Posteriormente,

empregando-se a estratégia de amostragem “bola de neve” foi solicitada aos participantes da pesquisa e do pré-teste a indicação de jovens que morassem em outros aglomerados subnormais (VINUTO, 2014).

Os dados foram coletados entre os meses de agosto e novembro de 2018, por meio de entrevista semi-estruturada. O arcabouço teórico que deu fundamentação à entrevista foram os Determinantes Sociais da Saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; WHO, 2010; BARATA, 2001; FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016). Todas as entrevistas foram feitas no local de escolha dos participantes, de forma individual, sem a presença de terceiros, áudio-gravadas e transcritas. Cada participante respondeu a entrevista uma única vez e os dados coletados foram analisados e discutidos entre os entrevistadores, a fim de identificar a saturação das respostas.

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na Vertente Temática (BARDIN, 2000; MINAYO, 2004). Alguns termos utilizados pelos entrevistados durante a coleta foram esclarecidos, no momento da entrevista, auxiliando na composição da codificação dos achados. Os Temas e Núcleos de sentidos formados foram estruturados após o processo de codificação dos dados.

Esse manuscrito resulta da análise de uma parcela dos resultados de um projeto de pesquisa, intitulado “Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 58459516.4.0000.5414).

RESULTADOS

Dos 23 jovens indicados, oito (8) não atenderam as ligações e seis (6) tiveram que ser excluídos, por não preencherem os critérios de inclusão. Desta forma, nove (9) jovens participaram dessa pesquisa, sendo as suas principais características apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos jovens participantes da pesquisa

Jovem	Idade	Sexo	Cor/raça	Escolaridade	Função na Favela/Comunidade
J1	27	Masculino	Parda	E.F. Comp.	Faz parte da diretoria do movimento que organiza o aglomerado.
J2	25	Feminino	Branca	E.F.Incomp.	Foi liderança comunitária por um período.
J3	29	Feminino	Parda	E.M. Incomp.	Foi liderança comunitária por um período.

J4	29	Feminino	Branca	E.F. Incomp.	É liderança comunitária.
J5	17	Feminino	Negra	Cursando E.M.	Filha de liderança comunitária.
J6	26	Feminino	Parda	E.F. Comp.	É liderança comunitária.
J7	19	Masculino	Negra	E.M. Comp.	Foi liderança comunitária.
J8	26	Feminino	Negra	E.F. Comp.	É liderança comunitária.
J9	23	Feminino	Branca	Graduanda	Indicada como uma pessoa que tem visão crítica dentro da favela, participou de algumas ações pontuais.

Fonte: Dados da pesquisa

Os trabalhadores da saúde foram convidados, posteriormente, de acordo com a área de abrangência da unidade de saúde (US), correspondente ao aglomerado ao qual o jovem entrevistado pertencia. Foram convidados e entrevistados oito (8) trabalhadores de saúde da APS, porém dois (2) foram excluídos da coleta: um devido a mudança na área de abrangência da US há mais de um ano e outro devido à exclusão de um jovem que não se enquadrava nos critérios do estudo. As principais características desses participantes encontram-se na Tabela 2:

Tabela 2 - Caracterização dos trabalhadores da saúde participantes da pesquisa

Trabalhador	Idade	sexo	Cor/raça	Profissão	Especialização	Tipo unidade	Tempo Unidade (anos)	Função Unidade
T1	56	Masculino	Branca	Cirurgião Dentista	lato senso	UBS - tradicional	1,5	Gerente
T2	53	Feminino	Branca	Médica Pediatra	lato senso	UBS - tradicional	22	Médica Pediatra
T3	54	Feminino	Branca	Enfermeira	lato senso	UBS - tradicional	20	Enfermeira
T4	40	Feminino	Branca	Dentista	stricto senso	UBS - tradicional	3	Gerente
T5	55	Feminino	Parda	ACS	não	ESF	10	ACS
T6	32	Feminino	Branca	Enfermeira	lato senso e stricto senso	ESF	7	Enfermeira

Fonte: Dados da pesquisa

Legenda: ACS – Agente Comunitário de Saúde

Em relação aos achados referentes ao Grande Tema “Serviços de Saúde”, composto pelos Núcleos de Sentido “**Iniquidades no Acesso**” (GRÁFICO 1) e “**Equidades no Acesso**” (GRÁFICO 2), relacionados às dimensões do acesso. No primeiro se destacaram a **Disponibilidade** e a **Aceitabilidade**,

principalmente, entre os trabalhadores das UBS tradicionais e entre os jovens residentes em suas áreas de abrangência. Apesar de o maior número de entrevistados estar ligado às UBS tradicionais, notou-se que as falas relativas ao Núcleo de Sentido **Equidade no Acesso** foram mais frequentes entre os jovens atendidos pela ESF e pelos trabalhadores dessas unidades, com distinção para às dimensões **Disponibilidade** e **Informação**. A dimensão **Aceitabilidade** apareceu apenas na fala dos trabalhadores da ESF e houve menção ao **Poder de pagamento**, ambos relacionados à equidade, apenas entre os trabalhadores das UBS tradicionais, apesar de a pesquisa ser realizada com a participação de trabalhadores e usuários do SUS.

DISPONIBILIDADE

Dentre as respostas dos trabalhadores das UBS tradicionais, encontrou-se a **iniquidade** de acesso relativa à dimensão Disponibilidade, ao ter-lhes sido negado o direito à saúde como consequência da negação do direito à moradia. A falta do comprovante de endereço representou uma barreira ao acesso às UBS

tradicionais, devido à exigência desse documento para que o usuário fosse cadastrado e pudesse utilizar o serviço.

“Não conheço (a comunidade que fica na área da abrangência da UBS) (...) normalmente a gente não consegue a localização, eles não conseguem um cadastro, porque lá não tem um endereço” (T2).

Encontra-se correspondência dessa afirmação nas falas dos jovens das áreas de abrangência das UBS tradicionais. Essa organização também leva a perda de encaminhamentos para consultas nos serviços especializados. Além disso, gera sobrecarga em outras equipes e a peregrinação em busca de atendimento, pois para conseguir acessar os serviços de saúde, faz-se necessário deslocar-se para outras unidades, frequentadas por parentes ou amigos que emprestam seus comprovantes de endereço.

“Eu levo as minhas meninas lá (na UBS), mas é aquilo, não aceita o endereço daqui, né. (...) Ai tem que pegar de um tio, de uma tia, de qualquer vizinho, igual o meu é da minha tia (...) minha tia mora na (nome da rua), né, lá no fim, ai nós não tem muito contato, né, ai a gente perde (encaminhamento para o especialista) porque né, ela 'ai, eu esqueci de ligar', não sei o que, ai a gente vai, já passou a data”. (J6)

“Não (uso a Unidade de Saúde mais próxima), porque não tem como cadastrar, então eu deixei tudo cadastrado no endereço da minha mãe (mora em uma área que foi urbanizada pela COHAB)”. (J2)

Esses achados se contrapõem à organização da ESF, que conta com um acesso mais **equitativo** para essa população. Na ESF, os agentes comunitários de saúde (ACS) têm um conhecimento mais aprofundado da área de abrangência da unidade, e, por isso, conseguem utilizar outras referências para o cadastramento dos usuários, como nomes alternativos dos corredores entre as casas, pontos de referências como comércios locais e as moradias de pessoas que moram há mais tempo na área.

“Ah, os agentes (ACS) dominam lá, e tem muita referência, 'do lado da bicicletaria', 'do lado do bar do fulano', 'do lado da casa do sicrano'. Normalmente, quando eles vêm pedir cadastro eles falam o endereço,

normalmente a gente sempre pergunta 'você conhece algum vizinho, você conhece alguém de perto?', dá uma referência que daí é bem mais fácil de achar". (T6)

Os ACS também acabam suprimindo, em partes, um déficit da rede de atenção à saúde (RAS), referente à falta de um sistema estruturado de contrarreferência. Na ausência desse sistema, os trabalhadores desempenham um papel fundamental para auxiliar o cumprimento dos atributos da APS (STARFIELD, 2002).

"A gente consegue acompanhar (os casos que foram encaminhados) por conta da nossa visita, porque aí a gente vai, né, e começa a saber o que tá dando lá onde foi acompanhar (...) então assim, através da nossa visita que da pra ter uma devolutiva". (T5)

Outra questão de **iniquidade** que o setor saúde parece não estar preparado para lidar é com a rotatividade dos moradores, uma vez que se trata de uma moradia que, em alguns casos, é temporária. Essa rotatividade leva a perda de seguimento tanto na APS, nos casos em que a mudança ocorre para locais fora da área de abrangência, e também a perda de encaminhamentos para seguimento com especialistas.

"A gente percebe que existe uma mobilidade muito grande (...) precisa levar o encaminhamento de uma consulta especializada, esse encaminhamento demora três, quatro, cinco meses, quando você vai lá, a pessoa não tá mais lá (...) É MUITO frequente e perde muita consulta por isso também (...) é um fator que foge da governabilidade". (T1)

Já em relação ao tipo e qualidade do serviço prestado, o atendimento especificamente dos jovens nos serviços de saúde foi ponto de preocupação na fala dos trabalhadores da ESF, porém, mesmo promovendo um acesso facilitado a parte desse público, caracterizando essas unidades como mais **equitativas**, nota-se um maior enfoque em aspectos reprodutivos.

"Anticoncepção nessa faixa etária pra gente é prioridade, ela pode chegar aqui cinco pras cinco (da tarde), é prioridade, assim, a equipe tem muita

clareza disso, é prioridade número um, é urgência, sabe, a parada cardiorrespiratória nossa é a adolescente que não tem nenhum método". (T6)

Em contrapartida, os trabalhadores das UBS tradicionais verbalizaram a total falta de espaços de atendimento destinados à faixa etária dos jovens, havendo uma lacuna ao se pensar as fases da vida, que pode ser compreendido com uma **iniquidade**.

"A gente tem uma diferença de pediatria, que é pras crianças mesmo, que tá fazendo puericultura, até dois anos (...) depois parece que a gente dá um pulo pro adulto (...) porque quando você pula da idade de criança direto pro adulto, você tá perdendo uma fase imensa, (...) não tem nada específico montado pra eles (jovens)". (T4)

A ausência de espaço para o acolhimento e o atendimento dos jovens pode levar a sérias consequências, por se tratar de uma fase de muitas mudanças. Esse aspecto fica evidente na fala de alguns jovens, que trazem a preocupação em relação às questões de saúde mental.

"Às vezes não tem, tipo, um apoio sabe, por isso que eu acho que tem muito suicídio, sabe, essas coisa, porque as vezes precisa, ou vai conversar com uma pessoa e a pessoa fala que é frescura ou alguma coisa assim". (J5)

A questão do suicídio entre os jovens não apareceu como preocupação entre os trabalhadores da saúde, mas nota-se que existem ações sendo pensadas para atender diferentes demandas que envolvam os adolescentes. Uma estratégia mencionada, que pode trazer um acesso mais **equitativo**, foi o Grupo de Atuação Especial em Educação (GEDUC), que interliga diferentes serviços e forma uma rede intersetorial. Entretanto, a maior parte do público jovem não entra nesse sistema, que cobre adolescentes com até 18 anos incompletos.

“Eu não sei se dá pra dizer que é mais comum, mas o que eu tenho recebido, até por meio do GEDUC é muita ideação suicida, eu tenho notado que o jovem, cada vez mais jovens têm tido essas ideias suicidas ou depressão mesmo”. (T4)

“Existe um sistema que chama GEDUC, é um grupo, é um sistema intersetorial, é uma rede protetiva (...) o Ministério Público monitora as respostas, o desfecho desse atendimento, então, hoje, oficialmente, esse é o principal meio de notificação que a gente tem, de qualquer situação, abandono escolar, maus tratos físicos e psicológicos, negligência, enfim (...) 18 (anos) já não entra no GEDUC”. (T6)

A falta de um olhar mais direcionado para o atendimento aos jovens, também pode ser relacionado ao fato de que, entre os seis trabalhadores da saúde entrevistados, cinco não receberam, em nenhum momento da vida ou da carreira profissional, algum curso de formação para trabalhar com jovens. O único profissional que referiu ter recebido algum tipo de treinamento fez menção a Educação Continuada:

“a Educação Continuada (dada pela SMS), a gente sempre tem, com os jovens, com violência doméstica, o idoso, então a gente tem sempre essa educação continuada.” (T5)

A questão da formação é importante, mas parece não ser a única forma de viabilizar o trabalho voltado para os jovens, uma vez que existe a possibilidade de realizar parcerias para suprir essa carência. Nesse sentido, destacam-se projetos realizados com outros serviços parceiros da Rede de Atenção à Saúde (RAS), envolvendo a população jovem, que possibilitam maior **equidade** no acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

“(...) inclusive a gente teve a ajuda do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) pra fazer algumas dessas atividades (...) a gente fez três ações dessas, uma a gente fez com crianças, com uma das estagiárias de psicologia, uma a gente fez ação com o público LGBT e a outra com

mulheres que precisavam ser ouvidas e tal, isso foi muito massa, foi um evento bem bacana". (J7)

Outro aspecto relacionado à Disponibilidade teve relação com a melhora da resolutividade dos casos decorrente do apoio do NASF, que proporcionou o seguimento longitudinal e integral na unidade de referência, sem que o usuário precise se deslocar por longas distâncias.

"(...) naquela época era um pouco mais difícil, mas hoje a gente tem o pessoal do NASF, tem uma outra doutora, psiquiatra que vem uma vez por mês dar um apoio aqui pra gente (matriciamento), (...) a gente traz em equipe e ali é discutido entre a gente e aí a gente vê pra onde, se dá pra resolver aqui ou se tem, além de resolver aqui, encaminhar para outra parte". (T5)

ACEITABILIDADE

A dimensão de acesso referente à **Aceitabilidade** diz respeito à natureza dos serviços que são prestados, bem como a percepção desses por parte dos usuários. Também está alinhada aos aspectos relacionais, como a atitude dos trabalhadores da saúde, influenciada, entre outras coisas, pelas crenças culturais e condições socioeconômicas. A expectativa que os trabalhadores da saúde têm em relação à adesão às orientações vem nesse sentido, na qual se coloca os valores dos profissionais como centrais, em detrimento dos valores dos usuários. Essa postura pode influir no acesso, levando a **iniquidades** devido a um olhar preconceituoso.

"tem família que usa escova de dente coletiva, uma escova de dente para seis pessoas. (...) Por que você tem uma televisão na sua casa, você tem uma escova de dente só? Eu prefiro que tivesse seis escovas de dente, uma para cada um, do que uma televisão, mas aí é inversão de valores, todo mundo tem celular, cada um tem o seu celular, e falta coisa básica". (T1)

Essa compreensão por parte dos trabalhadores pode acarretar **iniquidades** no acesso e levar a circunstâncias de violência institucional dentro das unidades de saúde, como a descrita abaixo por uma jovem. O estigma em relação a moradores de áreas de ocupação, em especial usuários de drogas, gera julgamentos prévios que podem interferir nas condutas assistenciais e, por consequência, na não aceitação do serviço por parte dos usuários que sentem que suas necessidades não foram atendidas ou que foram atendidos de maneira desrespeitosa.

“(...) quando minha filha nasceu, ela nasceu com alergia da proteína do leite, a gente não descobriu, (...) eu fui procurar ajuda (na UBS), eles falou que não podia atender porque tinha que ser marcado e eu precisava com urgência, porque minha filha gritava, aí foi quando eu me desesperei e desci até o pronto socorro (..) uma gastro que socorreu a minha filha (...) Ela falou 'mãe, o que você tá dando para a sua filha?', eu falei 'leite, que ela mama só leite', ela falou 'mãe, você vai matar sua filha, ela é alérgica a proteína do leite' (choro), e eu tinha passado por gastro, tinha passado por um monte de médico e eles não falavam o que minha filha tinha, só falavam que era uma sujeira no sangue, e eles jogaram a culpa em mim, porque eu era uma usuária de droga na época, mas EU NÃO TAVA USANDO NADA (...) Eu não tava matando a minha filha, eu tava matando a fome da minha filha”. (J2)

Entretanto, esse olhar estigmatizado em relação à gestação de jovens que vivem em ocupações não foi consensual entre os trabalhadores entrevistados, que apesar de trazerem uma visão mais ampla do problema ainda apontaram características individuais, como a falta de esperança.

“Tem outras também, ou que engravidam muito cedo e aí esse sonho, essa perspectiva, já dificulta um pouco mais, né, então a gente tem várias meninas com 15, 14 (anos) (...) então é isso que eu percebo assim, inserção na vida sexual muito precoce e uma desesperança, uma desestimulação”. (T6)

A dimensão do acesso à Informação, segundo a perspectiva dos trabalhadores da saúde, diz respeito à expectativa de que o fornecimento de informações sobre “boas práticas”, principalmente, relacionado à gravidez na adolescência, pode levar a mudanças comportamentais que sejam adequadas a visão de mundo dos trabalhadores da saúde. Essa perspectiva também gera **iniquidades** no acesso, uma vez que não se abre espaço para que os significados da gestação sejam abordados a partir da perspectiva da usuária do serviço de saúde.

“O trabalho com as meninas, né, gravidez na adolescência é uma preocupação constante, a gente tá sempre tá enfocando isso aí (...) porque gera essa desestruturação familiar, a menina com 13 anos quando engravida e tem uma criança muito nova, ela não tem uma estrutura ainda para ser suporte de família (...) não forma uma família, o menino também é novo, não tem como sustentar”. (T1)

Em relação aos jovens atendidos pelas UBS tradicionais, as falas relacionadas à dimensão Informação, direcionaram-se aos grupos de educação em saúde e acesso a materiais educativos, também relacionados à condição da gravidez.

“Quando eu descobri que tava grávida, eles me chamou no quartinho e, numa sala, e fez, me deu um papel pra eu começa a fazer um curso de gestação lá, eu ganhei até um livrinho na época”. (J8)

PODER DE PAGAMENTO

Por fim, a dimensão de Poder de pagamento apareceu apenas na fala dos jovens de áreas de abrangência de UBS tradicionais, e diz respeito aos gastos com transporte para chegar até a unidade de referência da APS. Essa falta de planejamento geográfico quanto à localização das UBS gera **iniquidades** no acesso, uma vez que quem não pode pagar para se deslocar tem limitado o seu direito à saúde.

“É muito ruim, bem difícil, para quem não tem o dinheiro pra ir (até a UBS) (...) é bem difícil e quem não tem acaba morrendo ou esperando muito tempo e acaba se agravado uma doença que nem era tão grave assim,

então eu acho que deveria melhorar muito nisso e... é isso, eu acho que eles deveria dar um pouco mais de atenção para as pessoas da comunidade". (J5)

A **iniquidade** referente ao poder de pagamento também impacta no cuidado integral, uma vez que sem o fornecimento de passes de ônibus, há relatos de que os usuários não conseguem dar seguimento às consultas com especialistas.

"Eu não trabalho com o paciente que tem só um problema de saúde, ele tem fome, ele não tem como ir nos lugares, quando ele vai pra atenção secundária, sai da unidade, se eu não tenho vale transporte pra disponibilizar, eles perdem consulta mesmo, isso eles relatam, que eles não têm condição de ir". (T4)

Entretanto, enquanto meio de proporcionar alguma **equidade** de acesso, os trabalhadores das UBS tradicionais trouxeram falas relacionadas ao fornecimento de passes para viabilizar o atendimento em outras unidades de saúde, que integram a RAS e prestam assistência especializada.

"(...) 'Você sabe que você pode pegar o passe na unidade? Isso não é motivo para faltar, se você tiver sem condição financeira, vai lá na unidade e pega o passe', a gente procura assim, dar as alternativas que a pessoa pode recorrer". (T1)

DISCUSSÃO

Partindo da dimensão Disponibilidade, percebe-se a existência de uma grande **iniquidade** em relação ao acesso às UBS tradicionais dos jovens que vivem em aglomerados urbanos, pois a falta de um comprovante de endereço, advindo da negação do direito à moradia, não poderia interferir no acesso aos serviços de saúde. Esse achado contraria diretamente as diretrizes e os princípios do SUS e da APS, de universalidade e equidade (BRASIL, 1988; 1990; 2017), além de ser entendido como uma negação sistemática dos direitos (PEREIRA, 2016; HONNETH, 2009). Esse tipo de restrição acarreta em consequências individuais, pois interfere na possibilidade de alcançar melhores níveis de saúde e impacta diretamente na qualidade de vida dos indivíduos

(WHO, 2010; BUSS, 2007). Representa também um obstáculo para o desempenho pleno de seu papel de cidadão, uma vez que “como membro de igual valor em uma coletividade” deveria participar “em pé de igualdade de sua ordem institucional”. Entretanto, se esses direitos lhe são negados, “então está implicitamente associada a isso a afirmação de que não lhe é concedida imputabilidade moral na mesma medida que os outros membros da sociedade” (HONNETH, 2009, p.216).

Ademais, essa iniquidade de acesso representa um ônus para o sistema, tanto para a saúde quanto para a economia. Para o SS devido à sobrecarga de outras unidades da APS, resultante de um número de usuários cadastrados maior que a sua capacidade operativa, pois as pessoas buscam outras formas de acesso por meio do uso de comprovantes de endereço de familiares ou conhecidos. Outrossim, para o SS notou-se que essa configuração levou a perda de encaminhamentos para o atendimento em outros pontos da RAS, que, apesar de ser visto pelos trabalhadores das UBS como algo que “foge a sua governabilidade”, trata-se de uma desresponsabilização em relação aos princípios e diretrizes do SUS, impossibilitando a continuidade do cuidado e o atendimento integral. Aliás, contribui para os altos índices de absenteísmo e ociosidade na agenda dos serviços secundários e terciários, sendo esse tipo de conduta apenas uma forma de “passar o problema para frente”, ferindo também o princípio da resolutividade dos serviços (BRASIL, 1990), acarretando também em ineficiente uso do dinheiro público no setor saúde. Economicamente se tem um ônus indireto, pois a falta de acesso ao SS pode levar ao maior número de dias de trabalho perdidos, como consequência de uma saúde fragilizada (WHO, 2010; WHITEHEAD, 1992).

Em contrapartida, essa negação do direito à saúde pode ser evitada ou reduzida com estratégias de organização do SS dirigidas à população que vive em aglomerações. Como é o caso do uso da territorialização, uma das diretrizes da APS (BRASIL, 2017), que viabiliza o conhecimento do território para além do endereço formal. A contratação de ACS e a estrutura da ESF também foram pontos destacados na pesquisa, enquanto formas de tornar o acesso mais **equitativo**, em direção aos princípios e diretrizes da universalidade, equidade e do cuidado integral. Esse último se deve às visitas sistematizadas dos ACS, que viabilizam o acompanhamento do seguimento dos usuários em outros pontos da RAS. Ressalta-se que esse achado não supre a ausência de um sistema de

informação para a RAS, a fim de viabilizar a contrarreferência e o acesso ao prontuário eletrônico dos usuários.

O prontuário eletrônico também poderia ser um meio para melhor se compreender os aspectos da vida real da população que vive em aglomerados, tendo em vista que essa condição pode ser passageira, devido à rotatividade dos moradores, nesses espaços. A desorganização do SS dificulta o reconhecimento da realidade dessas pessoas, ferindo novamente os princípios e diretrizes do SUS, confirmando a negação do direito à saúde. É válido pensar em meios mais ágeis de marcação de consulta em todos os pontos da RAS, que poderia levar à redução na perda de encaminhamentos e nas taxas de absenteísmo.

Ainda em relação à dimensão Disponibilidade, os achados apontaram para a falta de um olhar mais ampliado dos trabalhadores da APS para a fase da juventude, que enfatizam a oferta de métodos contraceptivos. Entretanto, há casos de maior **iniquidade**, como apontado pelos trabalhadores das UBS tradicionais, nas quais existe uma lacuna assistencial entre a infância e a fase adulta. Essa falta de espaço para acolhimento das necessidades dos jovens foi apontada, emergindo preocupações com a questão do suicídio, nessa faixa etária. Esse achado encontra embasamento em dados nacionais (RIBEIRO, MOREIRA, 2018) e mundiais, pois o suicídio é a segunda causa de morte no grupo de 15 a 29 anos (OPAS, 2014).

O GEDUC foi mencionado como uma ferramenta intersetorial para dirigir demandas relacionadas aos jovens ao SS, articulando uma rede entre os setores saúde, educação, assistência social e poder judiciário (MP-SP, 2010). Trata-se de um grupo regional, criado em 2010, e, apesar de não haver estudos na área da saúde sobre o impacto desse dispositivo na RAS, infere-se certo potencial resolutivo à iniciativa, na medida em que ela articula diferentes áreas e têm um olhar mais voltado para o público jovem, assim como as escolas e as unidades de saúde da APS. Porém, destacam-se como limitadores: a faixa etária coberta pelo GEDUC, deixando de fora jovens a partir dos 18 anos completos; inserção de casos no sistema a partir do viés da violência (suspeita ou concretizada), que novamente se trata de um olhar restrito em relação às necessidades das pessoas nessa faixa etária.

Pode-se relacionar a carência de um cuidado específico à população jovem também à formação deficitária dos trabalhadores da saúde, nessa temática. Em sua maioria, os trabalhadores relataram não terem tido, em

nenhum momento de sua atuação profissional, orientações detalhadas para o atendimento deste público. Uma das formas de se superar tal limitação apareceu na busca de parcerias com outros serviços da RAS e de outros setores da sociedade.

Quanto à dimensão Aceitabilidade, verificou-se um olhar estigmatizado por parte dos trabalhadores da saúde sobre a população jovem que vivia em aglomerados, tanto em respeito à violência, uso de drogas, higiene, gravidez na adolescência, quanto referente às escolhas dos usuários por adquirirem certos bens de consumo. Esses pré-conceitos e pré-julgamentos podem interferir diretamente no acesso e no cuidado desses usuários, levando a **iniquidades** e manifestando-se, por vezes, em forma de violência institucional (LADEIA, MOURÃO, MELO, 2016), ou seja, exercida pelo serviço de saúde, o qual deveria acolher essa população que sofre outras violências em seu cotidiano. As formas de violência institucional podem variar, sendo compreendidas como “negligência; violência verbal como tratamentos grosseiros, repressão, ameaças; violência física, incluindo o não alívio da dor; e o abuso sexual” (LADEIA, MOURÃO, MELO, 2016, p. 399). Assinala-se que a violência institucional não ocorre apenas no encontro entre usuários e trabalhadores da saúde, mas também na ausência deste, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a peregrinação em busca de atendimento, como mencionado anteriormente. Esse tipo de comportamento pauta-se na assimetria de conhecimentos e na autoridade moral e cultural que é atribuída aos trabalhadores da saúde, sendo colocada em prática quando “se converte essa diferença e assimetria numa relação hierárquica (...) colocando o sujeito em situação de objeto, com negação ou prejuízo de sua atividade e fala” (LADEIA, MOURÃO, MELO, 2016, p. 399).

Esses estigmas também levam à culpabilização dos usuários, que acabam sendo responsabilizados por suas condições de vida e de saúde e geram **iniquidades** no acesso e no cuidado. Esse posicionamento fica mais claro na dimensão Informação, quando os trabalhadores se colocam na posição de “orientadores” de boas práticas e manifestam conflitos morais, em especial quando se trata de gravidez na adolescência, “em virtude da violação de expectativas normativas de comportamento” (HONNETH, 2009, p. 222). No entanto, **não** foi reconhecido o impacto negativo na saúde da mãe e do bebê, pois uma gestação durante a adolescência traz riscos aumentados de morbimortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer, especialmente

relacionados às adolescentes menores de 15 anos. Ressalta-se que a saúde sexual e reprodutiva são direitos humanos, bem como poder desfrutá-los sem riscos e sem a geração de filhos planejados ou indesejados (BINSTOCK, 2016). Entretanto, não foi essa a dimensão apontada pelos trabalhadores entrevistados, mas sim a não prevenção da gravidez, mesmo após a oferta de informações e da disponibilização de métodos contraceptivos. Fica clara a preocupação com o futuro dessas meninas, por parte dos trabalhadores da saúde, porém, pesquisas destacam que esse tipo de evento ocorre devido à escassez de oportunidades prévias à gestação. É sabido que em contextos de baixas expectativas em relação ao futuro, a maternidade tende a ganhar um caráter positivo entre as adolescentes, uma vez que leva ao “reconhecimento social, autoestima e respeito por parte da comunidade” (BINSTOCK, 2016, p.9). Ressalta-se nesse caso o predomínio da vigilância dos corpos e de controle sobre a vida, em detrimento a atenção focada nas reais necessidades dessa população e ações de cuidado (QUEIROZ, PRADO, 2018). Por isso, salienta-se a inexistência de formação dos trabalhadores da saúde, para lidar com aspectos relacionados aos DSS estruturais (CNDSS, 2008) e os sentimentos de “indignação moral” (HONNETH, 2009, p.222) frente à diversidade de realidades.

A dimensão poder de pagamento, associado às grandes áreas de abrangência das UBS tradicionais, foi um fator de **iniquidade** do acesso, tanto a essas unidades, como aos serviços especializados. O fornecimento de passe para o transporte público surgiu com uma forma de se superar, em partes, a dificuldade financeira. Todavia, ficou evidente que se trata de uma política com restrições, tanto em número de passes, como na compreensão dos usuários enquanto estratégia que de fato garanta o acesso aos serviços de saúde.

Considera-se, finalmente, que apesar de entre os princípios do SUS estarem a universalidade, a equidade e o cuidado integral, dificilmente se consegue tira-los do papel com a organização atual do SS, em especial em relação às UBS tradicionais, as quais foram mais associadas as iniquidades de acesso, principalmente, em relação aos jovens que vivem em aglomerados urbanos.

Este estudo, limitado à construção dos resultados a partir da interpretação da fala dos entrevistados, não teve a pretensão de esgotar a temática. Por outro lado, entende-se que ele contribui para a reflexão crítica acerca de aspectos da saúde dos jovens que vivem em comunidades, ao produzir evidências científicas

a partir das dimensões do acesso à APS, em diálogo com os DSS, apontando situações de iniquidades e equidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.349-370, 2009.

BARATA, R. B. Iniquidade e Saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, n. 51, p. 138-145. São Paulo, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BINSTOCK, G. Fecundidade e maternidade adolescente no Cone Sul: anotações para a construção de uma agenda em comum. Fundo de População das Nações Unidas, UNFPA/LACRO, 2016.

BRASIL. Lei no 12.852, de 05 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE**. Publicada em 06/08/2013. Brasília, 2013.

_____. Portaria No 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 2017.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990.

BUSS, P. M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), p. 77-93. Rio de Janeiro, 2007.

CAIRES, I. S.; VICENTINE, F.B.; FERREIRA, J.B.B. (Submetido) A construção de roteiros de entrevista a partir do referencial dos Determinantes Sociais da Saúde: enfoque na população jovem que vive em aglomerados subnormais. *Cadernos de Saúde Coletiva*. Submetida em: 04/2019.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. S/d. Disponível em: [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade e Equidade na Atencao a saide - Prof Dr Luiz Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf). Acesso em: jul. 2019.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final, p. 216, 2008.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. Institute for Future Studies, 1991.

FERREIRA, J.S.W. Globalização e urbanização subdesenvolvida. São Paulo em perspectiva, v.14, n.4, 2000.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2683.

HELMAN, C.G Cuidado e cura: os setores da assistência à saúde. In: HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. Artmed, 4ª edição, Porto Alegre, 2003.

HERKENHOFF, M. B. O papel do líder comunitário. Vitória: Secretaria de Proteção e Difusão Cultural/UFES, 1995.

HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: editora 34, 2ª edição, 2009, 296p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.. Censo 2010: aglomerados subnormais – informações territoriais. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>>. Acesso em: jul. 2019.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. Ver. Med. Minas Gerais, 26 (Supl.8), 2016, p.398-401.

MARTINS, M.M.F.; et al. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2019; 35(1).

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde: revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. OPAS, 2011. p. 61-208. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 03/07/2019

MINAYO, M. D. S.; SANCHES, O. D. É. C. I. O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de saúde pública**, São Paulo, v.9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ato normativo no 672-PGJ-CPJ, de 21 de dezembro de 2010. São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Colegio/Colegiopr/Atos/CPJ_PGJ/PGJ_CPJ_2010/Ato%20672-2010%20PGJ-CPJ.pdf. Acesso em: jul. 2019.

OPAS. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.

PEREIRA, T.P. Desrespeito e patologias sociais na filosofia de Axel Honneth. *Problemata: R. Intern. Fil.* v.7, n.1, 2016, p. 169-191.

QUEIROZ, I. S.; PRADO, M. A. M. Pesquisa narrativa com mulheres que usam drogas: uma experiência etnográfica feminista. *Psicologia USP*, v.29, n.2, p.226-235, 2018.

RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9):2821-2834, 2018.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8

SILVA, R. S.; SILVA, V. R. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. *Caderno CRH, Salvador* , v . 24, n. 63, p. 663-678, 2011.

SPOSITO, M.P .; CARRANO, P .C.R. **Juventude e políticas no Brasil**. In: ÁVILA, Oscar Leon (Org.) *Políticas públicas de juventud em América Latina: para Ediciones CIDP A, de Vinã del Mar, Chile*/In: REUNIÃO ANU AL DO ANPED, 26, Poços de Caldas, MG, de 5 a 8 de dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a03.pdf>>. Acesso em: jul. 2019.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VINUTO, J. a amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas, Campinas*, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Genova, 2010.

4.2 ARTIGO 2 - Iniquidades, Redes de Apoio e o direito à moradia: perspectiva de jovens que vivem em aglomerados urbanos e de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde

RESUMO

Este estudo teve como **objetivo** identificar fatores de iniquidade relacionados às questões de habitação e urbanismo aos quais os jovens de aglomerados subnormais de um município estão expostos e a Rede de Apoio que podem contar, bem como comparar a percepção desses sujeitos com as dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). **Percurso metodológico:** trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foram convidados a participar da pesquisa os jovens entre 15 e 29 anos e trabalhadores das unidades de saúde da APS. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e novembro de 2018, por meio de entrevista semi-estruturada, as falas foram áudio-gravadas e transcritas. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na Vertente Temática. **Resultados e discussão:** os achados referem-se ao Grande Tema “Direito à moradia”. Destaca-se a negação sistemática de direitos a partir do não reconhecimento dos jovens que vivem em aglomerados enquanto cidadãos. Tem-se como consequência dessa dinâmica a discriminação e o uso de violência contra essa população, legitimado pela falta de reconhecimento de seus direitos. Como forma de enfrentamento dessas iniquidades, a população que vive em aglomerados conta com apoio de Movimentos Sociais e advogados populares, além de se organizarem internamente para suprir, de alguma forma, a ausência do Estado em relação às políticas públicas e aos serviços essenciais. Nota-se que os trabalhadores da saúde, de forma geral, apresentam uma visão mais próxima ao senso comum em relação a essa população. **Considerações finais:** As evidências produzidas a partir do diálogo entre o direito à moradia, os seus impactos sociais e na saúde dos jovens e o papel dos trabalhadores da saúde da APS, na abordagem dessa complexa situação, apontaram a necessidade de se discutir mais profundamente a organização das práticas de saúde, no sentido da redução das iniquidades e do exercício da integralidade.

Palavras-chave: Juventude. Determinantes Sociais da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Aglomerações. Direito à Habitação.

INTRODUÇÃO

A teoria sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) discute a estrutura da sociedade, com suas estratificações sociais e a consequente exposição diferenciada das condições de saúde, dos riscos e da disponibilidade de recursos materiais (WHO, 2010). Segundo esse referencial, as redes sociais e comunitárias constituem o chamado “capital social”, entendido como o conjunto de relações solidárias entre as pessoas, segundo o qual são estabelecidos os vínculos sociais. Nesse estudo denominamos essa rede enquanto “Rede de Apoio”, sendo que essas relações se processam por meio, por exemplo, de grupos religiosos, sindicatos e associação de moradores (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). O desgaste desse capital é um mecanismo importante para que o impacto das iniquidades socioeconômicas seja mais prejudicial para as questões de saúde. O contrário também é válido, ou seja, a alta coesão social associada a estratificações sociais mais igualitárias contribuem para melhores índices de saúde (CNDSS, 2008).

Para esses autores, o termo equidade é oposto à desigualdade e a iniquidade. A desigualdade é definida como as principais diferenças sistemáticas e evitáveis entre os membros de uma dada sociedade, enquanto a iniquidade é reconhecida como as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas. Dessa maneira, o conceito de equidade tem a conotação da dupla condição de injustiça e ser evitável, que é inerente a imposição de riscos (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

É ampla a gama de setores reconhecidos como DSS, dentre eles estão: a educação, a alimentação, a agricultura, o uso da terra, o mercado de trabalho, a proteção social, a cultura, os meios de comunicação, o ambiente, a moradia, a urbanização, a água e o saneamento (WHO; RF, 1986). Especificamente a moradia, segundo a UNESCO (BRASIL, 2013) é considerada uma das condições básicas para uma vida digna, juntamente com a alimentação e a saúde. Essa classificação se deve as necessidades humanas, físicas e mentais, de se resguardar das condições climáticas desfavoráveis, descansar em um abrigo seguro, ter privacidade e conservar suas memórias. Por estes e outros motivos, a moradia adequada é um dos direitos humanos garantidos a todos, tanto por tratados internacionais (BRASIL, 1992; NAÇÕES UNIDAS, 1948), como pela Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) e um amplo

arcabouço legislativo infraconstitucional (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018).

A despeito de ser um direito, o Estado não é obrigado a construir moradias para todos os seus habitantes. Assim, esse direito deve abranger medidas para evitar a falta de moradia, com enfoque em grupos em situação de vulnerabilidades e marginalizados, com a garantia de posse e de habitações adequadas para todos. Desta forma, o Estado deve viabilizar a habitação ao invés de provê-la, tornando-se um facilitador desse direito por meio de políticas públicas e priorizações orçamentárias. Em caso de desastres ou de populações mais vulneráveis, pode e deve prestar assistência direta, por meio do fornecimento da habitação em si ou de subsídios para moradia, a fim de garantir esse direito (BRASIL, 2013).

Mesmo sendo um direito fundamental, bilhões de pessoas em todo o mundo, incluindo o Brasil, vivem em condições inadequadas de moradia: sem segurança da posse; indisponibilidade de serviços, materiais e infraestrutura; com custos elevados que comprometem o orçamento de seus moradores; sem considerar a acessibilidade, a habitabilidade e com localização desfavorável (BRASIL, 2013).

Essa condição de vida, no Brasil, se deve, entre outras questões, à urbanização e à industrialização tardia, que promoveram altas taxas de migração, sem o acompanhamento de políticas para o acesso ao mercado residencial formal, somado aos baixos salários recebidos pelo estrato dos trabalhadores e, em contraposição, à concentração de investimentos públicos e privados, em favor do mercado imobiliário especulativo e de luxo (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018). A especulação imobiliária, com a construção de espaços “bem localizados” para abrigar as grandes empresas e condomínios, sem regulação do Estado sob os preços praticados pelo mercado, resultou na supervalorização do metro quadrado dos imóveis e na expulsão de grande parte da população para as periferias da cidade (FERREIRA, 2000). Por trás dessa lógica reside a orientação do capital financeiro, das grandes empreiteiras, dos incorporadores imobiliários e dos proprietários de terras, que determinaram a localização espacial dos conjuntos habitacionais e também das grandes obras que poderiam agregar valor em torno das propriedades daqueles que tinham capacidade de pressão sob o poder público (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018).

Para Ermínia Maricato (1996, apud FERREIRA, 2000) a urbanização é um fato importante na concentração da pobreza, que pode ser verificada pelo grande número de pessoas vivendo em habitações subnormais, como as chamadas favelas, os cortiços, os loteamentos clandestinos, nos quais se verifica ausência ou inadequações de infraestrutura urbana (saneamento básico, luz elétrica, água encanada e mobilidade urbana), muitas vezes associada à ilegalidade da posse da terra ou do contrato de uso.

Entretanto, Ribeiro (2004) levanta uma questão importante sobre a dificuldade de mensurar, com números precisos, aquilo que não tem reconhecimento institucional, como é o caso dos Aglomerados Urbanos. Essa incerteza numérica também pode ser visualizada na cidade de Ribeirão Preto/SP, na qual, há divergências entre os dados mais atuais fornecidos pela Secretaria Municipal de Assistência Social e o informado pelas lideranças e movimentos locais que lutam por moradia (CATANHO, 2018). Apesar das incertezas, o nítido crescimento das periferias criou um “mar de pobreza”, no qual as “elites estão na verdade cada vez mais “sitiadas”” (FERREIRA, 2000, p.14). A única cidade que de fato importa e é noticiada como se estivesse sendo ameaçada, é aquela ocupada pelas elites.

Neste estudo, a escolha pelo grupo formado por jovens, apesar de reconhecida sua pluralidade, justificou-se pela existência de algumas características em comum, que permitem reconhecê-los como um coletivo, especialmente quando vivem em um contexto sociocultural semelhante (AYRES, 2012), como no caso dos chamados aglomerados urbanos. Consequentemente, associar o olhar epidemiológico a essa questão pode ser fundamental para se identificar fatores de iniquidades, bem como possibilidades de apoio e parceiros para articulação de ações integradas. Tomar a população de jovens como um grupo pode contribuir para reconhecer suas necessidades e constituir intervenções mais específicas (AYRES, 2012).

Em relação à juventude, a sociedade brasileira é marcada por diversos fenômenos que promovem formas de sociabilidade específica dessa população, como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho, os problemas de escolaridade e de preparo profissional, a expansão da delinquência e das drogas como formas de “saídas fáceis e imediatas”, os diversos conflitos e violências, a perda de efetividade do sistema jurídico e um profundo desinteresse pela política partidária (WASELISZ, 1998). Mais recentemente, esses fenômenos têm sido

agravados pela crescente privatização do aparelho de segurança e dos serviços básicos (saúde, educação, previdência social), enquanto o Estado vem se limitando progressivamente a oferecer apenas um mínimo, deixando boa parte da população com serviços insuficientes (WAISELFISZ, 2014). A violência é outro fator que afeta os jovens, no Brasil. Dados nacionais apontaram que a principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos foi o homicídio (WAISELFISZ, 2014).

Ao encontro dessa discussão, tem-se o sistema de saúde público brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta como princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde; e como diretrizes políticas e organizacionais, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social (BRASIL, 1990). No contexto do SUS, as unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF), exercem um papel fundamental para o cumprimento de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2017). A APS tem o privilégio e o desafio de estar muito próxima à comunidade que atende, tendo maior contato com a realidade da população adstrita. Dessa forma, poderia identificar com mais facilidade as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e propiciar um acesso mais equitativo, também por ser considerada a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde (STARFIELD, 2002). A capilaridade da APS e sua proximidade à população possibilitam a construção de canais de comunicação que viabilizam a efetiva participação social (LUTTRELL; QUIROZ; SCRUTTON; BIRD, 2009).

Nesse sentido, além de considerar a visão dos jovens sobre as questões sociais nas quais estão inseridos, entende-se que seja importante o conhecimento sobre a visão dos trabalhadores da APS, que estão próximos às áreas de aglomerados subnormais e são a porta preferencial de entrada no SUS.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo geral identificar fatores de iniquidade relacionados às questões de habitação e urbanismo aos quais os jovens de aglomerados subnormais de um município estão expostos e a Rede de Apoio que podem contar para tentar superar tais diferenças injustas. O objetivo específico é identificar pontos de concordância e de discordância entre a percepção dos jovens que vivem em aglomerados subnormais e a dos trabalhadores das

unidades de APS que são referência para o atendimento da população dessas áreas.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Ribeirão Preto/SP, com a população estimada de 694.534 habitantes (IBGE, 2018). O último censo de 2010 indicou a existência de 26 aglomerados subnormais, correspondentes a 3.717 domicílios particulares ocupados, com 14.117 habitantes, desses 4.336 (30,7%) tinham idade entre 15 e 29 anos (IBGE, 2010). Dados mais recentes são divergentes, sendo que segundo a Secretaria Municipal de Assistência Social, em 2017, o número estava contabilizado em 67 aglomerados urbanos (46 desses se encaixavam na classificação de Aglomerados Subnormais). No entanto, lideranças de movimento por moradia presentes no município e jornais locais contrapunham esse dado, indicando quase cem aglomerados urbanos, em Ribeirão Preto (CATANHO, 2018).

Foram convidados a participar da pesquisa os jovens entre 15 e 29 anos, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: viver em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto e ser ativo em espaços de participação social ou reconhecido como liderança pela comunidade onde vive. Entende-se que o reconhecimento como liderança confira ao jovem a capacidade de expressar as necessidades de um determinado coletivo no contexto de lutas cotidianas (HERKENHOFF, 1995). O critério de exclusão para os jovens foi o tempo de moradia no respectivo aglomerado subnormal em que se encontra no momento da entrevista, não devendo ser menor do que seis meses. Além dos jovens, foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores das unidades de saúde da APS, de Ribeirão Preto, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: ter em seu território de abrangência áreas de aglomerados subnormais que tenham participado da pesquisa, ter interesse pelo tema ou trabalhar com a população jovem (15 a 29 anos). O critério de exclusão para os trabalhadores foi o tempo de trabalho na atual unidade de saúde menor do que seis meses, a contar da data da entrevista.

A identificação dos participantes jovens foi realizada com o auxílio de Movimentos Sociais que lutam pelo direito à moradia e do Núcleo de Assessoria Jurídica Popular de Ribeirão Preto (NAJURP), da Faculdade de Direito da USP Ribeirão Preto, tendo em conta a sua inserção em alguns aglomerados urbanos.

Posteriormente, foi solicitada aos primeiros participantes contatados a indicação de jovens moradores de outros aglomerados subnormais, adotando-se a metodologia de “bola de neve” (VINUTO, 2014). Em alguns aglomerados mais organizados, com lideranças comunitárias fortes, foi feito um contato inicial durante as suas reuniões de organização, nas quais os entrevistadores foram convidados a participar para explicar o estudo, ocorrendo, naquele momento, a indicação do jovem que participaria da entrevista. Nos aglomerados menos organizados, o convite foi feito individualmente, por telefone, seguindo as indicações de membros do NAJURP, de movimentos sociais do município e de indicação feita por entrevistados anteriores. As pessoas que fizeram a indicação foram identificadas no momento do contato telefônico, pois os entrevistadores eram desconhecidos para a maioria dos participantes até o dia da entrevista.

Dos vinte e três (23) jovens indicados para participar da pesquisa, oito (8) não atenderam as ligações, o celular caiu direto na caixa postal ou o número não existia, e seis (6) não preencheram os critérios de inclusão. Desta forma, nove (9) jovens participaram dessa pesquisa, com idade variada entre 17 e 29 anos (Média de 24,5 anos), com predomínio do sexo feminino (77, 7%) e de declaração de cor/raça pretos e pardos (3 pretos, 3 pardos). O nível de escolaridade dos participantes, no momento da entrevista, foi: Ensino Fundamental Incompleto (2); Ensino Fundamental Completo (3); Ensino Médio Incompleto (2; um dos participantes estava cursando o último ano do ensino médio no momento da entrevista); Ensino Médio Completo (1) e cursando graduação (1). Entre os participantes, quatro (4) não tinham filhos, e os demais possuíam de 1 a 3 filhos, desta últimas, apenas duas tinham o parceiro presente no mesmo domicílio que viviam.

Tabela 1 - Caracterização dos jovens participantes da pesquisa

Jovem	Idade	Sexo	Cor/Raça	Escolaridade	Função na Favela/Comunidade
J1	27	Masculino	Parda	E.F. Comp.	Faz parte da diretoria do movimento que organiza o aglomerado.
J2	25	Feminino	Branca	E.F.Incomp.	Foi liderança comunitária por um período.
J3	29	Feminino	Parda	E.M. Incomp.	Foi liderança comunitária por um período.
J4	29	Feminino	Branca	E.F.Incomp.	É liderança comunitária.
J5	17	Feminino	Negra	Cursando E.M.	Filha de liderança comunitária
J6	26	Feminino	Parda (morena)	E.F. Comp.	É liderança comunitária
J7	19	Masculino	Preto	E.M. Comp.	Foi liderança comunitária.
J8	26	Feminino	Negra	E.F. Comp.	É liderança comunitária.
J9	23	Feminino	Branca	Graduanda	Indicada como uma pessoa que tem visão crítica dentro da favela, participou de algumas ações pontuais.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os profissionais de saúde foram convidados posteriormente, de acordo com a área de abrangência da unidade de saúde (US), correspondente ao aglomerado de moradia do jovem entrevistado.

O convite foi feito por meio de contato com a gerência das unidades. Foram convidados e entrevistados oito (8) trabalhadores de saúde da APS, porém dois (2) foram excluídos: um devido a mudança na área de abrangência da US (não cobria a área de favela do participante há mais de um ano) e outro devido à exclusão de um jovem que não se enquadrava nos critérios de inclusão do estudo e por não se ter conseguido outro jovem do mesmo aglomerado para participar da pesquisa, o que inviabilizaria a correspondência entre a fala do profissional e a do jovem).

Dos seis (6) trabalhadores incluídos no estudo, quatro (4) estavam lotados em UBS Tradicionais e dois (2) em USF. Dentre os entrevistados, apenas um era do sexo masculino; a média de idade foi de 48 anos (variação entre 32 e 56 anos); um dos participantes se declarou como pardo, o restante branco; e cinco tinham nível superior completo com pós-graduação. As profissões dos participantes foram: Dentista (2), Enfermeiro (2), Médico (1) e Agente Comunitário de Saúde (1). Dois dos trabalhadores entrevistados estavam exercendo a função de gerência, no momento da entrevista. O tempo de atuação na unidade de saúde variou de 1,5 até 22 anos (Média de 10,5 anos).

Tabela 2 - Caracterização dos trabalhadores de saúde participantes da pesquisa

Trabalhador	Idade	Sexo	Cor/raça	Profissão	Especialização	Tipo unidade	Tempo Unidade (Anos)	Função Unidade
T1	56	Masculino	Branca	Cirurgião Dentista	lato senso	UBS tradicional	1,5	Gerente
T2	53	Feminino	Branca	Médica Pediatra	lato senso	UBS tradicional	22	Médica Pediatra
T3	54	Feminino	Branca	Enfermeira	lato senso	UBS tradicional	20	Enfermeira
T4	40	Feminino	Branca	Dentista	stricto senso	UBS tradicional	3	Gerente
T5	55	Feminino	Parda	Agente Comunitária de Saúde	não	ESF	10	ACS
T6	32	Feminino	Branca	Enfermeira	lato senso e stricto senso	ESF	7	Enfermeira

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: ACS – Agente Comunitário de Saúde

Os dados foram coletados em 2018 (de agosto a novembro), por meio de entrevista semi-estruturada, fundamentada pelo arcabouço teórico dos DSS. As

entrevistas foram realizadas por dois entrevistadores que participaram de todo processo de elaboração, Validação de Conteúdo, com a participação de especialistas, e pré-teste da ferramenta.

As entrevistas foram realizadas no local de escolha dos entrevistados: os jovens foram entrevistados em suas residências ou no local de reuniões comunitárias dos aglomerados. Os trabalhadores da saúde escolheram participar da entrevista dentro da US, na qual estavam vinculados. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, sem a presença de terceiros, foram áudio-gravadas e, posteriormente, transcritas. Em média, o tempo de duração das entrevistas entre os jovens foi de 1h21min (variação entre 37min e 1h49min) e entre os trabalhadores foi de 55 minutos (variação entre 33min e 1h08min). Cada participante respondeu a entrevista uma única vez e os dados coletados foram analisados e discutidos entre os entrevistadores a fim de identificar a saturação das respostas.

A análise de conteúdo, em sua vertente temática, foi adotada para interpretação dos dados (BARDIN, 2000; MINAYO, 2004). Alguns termos utilizados pelos entrevistados durante a coleta foram esclarecidos, no momento da entrevista, a fim de auxiliar a composição da codificação dos achados. Os temas formados resultaram da análise dos dados, estruturados após o processo de codificação. Nesse artigo serão apresentados os achados referentes ao Grande Tema “Direito à Moradia”, que faz parte dos resultados de um estudo maior intitulado “Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais”.

O desenvolvimento dessa pesquisa contemplou o cumprimento da Resolução no 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 58459516.4.0000.5414).

RESULTADOS

O Grande Tema “Direito à moradia” foi formado pelos Núcleos de Sentido “Condições de moradia e mercado imobiliário”, “Direito à moradia e a ação do poder judiciário” e “Comprovante de endereço e o não reconhecimento da cidadania”.

CONDIÇÕES DE MORADIA E MERCADO IMOBILIÁRIO

Entre os jovens participantes, uma estava vivendo em habitação de madeira, os demais em construções de alvenaria sem acabamento/revestimento. Apenas um aglomerado tinha energia elétrica regularizada, seis aglomerados tinham as ruas de terra, dois contavam com ruas e corredores cimentados pelos próprios moradores e apenas um recebeu asfalto nas ruas principais, entretanto, notadamente com inúmeros buracos e esgoto correndo a céu aberto. Oito dos jovens moravam em aglomerados sem regularização de água, seis deles tinham fossa como destino do esgoto e em dois aglomerados havia sido feita a ligação com a rede de esgoto pelos próprios moradores. Nenhum desses espaços contava com garis para limpar as ruas ou corredores, sendo esse trabalho realizado pelos próprios moradores, como também não recebiam a coleta de lixo, tendo a população que se deslocar até as avenidas ou ruas mais movimentadas do bairro para fazer o descarte do lixo, em caçambas da prefeitura ou em recipientes construídos pelos próprios moradores.

Dois jovens relataram muita dificuldade com o transporte público, os demais (7) verbalizaram facilidade de acesso devido à localização do aglomerado, apesar do elevado preço da passagem. A informação sobre o tempo de existência dos aglomerados foi contraditória, pois faltavam dados a respeito desse aspecto. Segundo o relato dos entrevistados, o tempo variou entre 5 e 35 anos (Média: 15,5 anos) e alguns haviam sido reconstruídos após reintegrações de posse anteriores.

As questões de ocupação de terrenos abandonados e de moradia precária apareceram diretamente relacionadas à **iniquidade** referente à renda e a especulação imobiliária, sendo frequentes os relatos de falta de opção e de difíceis escolhas entre ter o que comer ou pagar aluguel. A renda mensal da casa desses jovens variou entre R\$ 413,00 a R\$3.000,00 (média: R\$1.516,00), no entanto, três dessas famílias contavam com o auxílio do Bolsa Família (entre R\$70,00 e R\$163,00) para atingir esse valor. Essa renda era responsável pelo sustento de famílias de composições variadas, de duas a seis pessoas (Média: 3,9), tendo a renda *per capita* mensal variado entre R\$137,00 e R\$600,00 (Média: R\$397,00).

Se eu pudesse tá em outro lugar, eu taria, pudesse ter o dinheiro de comprar uma casinha, nem que fosse um cômodo (choro), tá ali, no meu nome ali (...) com morte é das filhas, para mim já tava ótimo (...) pra elas não ser humilhada o tanto

que eu já fui humilhada (...) de eu tá de baixo de chuva, com as minhas filhas, de eu não ter um lugar pra entra dentro. (J2)

Ou você pagava aluguel ou comia, né, era assim, a realidade, né, ai, foi assim, foi a opção de vim pra cá. (J6)

Esse achado encontrou correspondência nas falas dos trabalhadores da saúde, apesar de apontarem de que estar nos aglomerados seria apenas uma etapa de transição da vida dessas famílias.

Famílias que estão se estruturando e que precisam de alguma forma receber uma ajuda social para se estabelecer e conseguir a sua subsistência, pessoa às vezes vai para a comunidade porque estava difícil pagar um aluguel, estava difícil comprar uma ..., a renda que ele tem não atendia os anseios que a vida mesmo cobra dele, então acaba indo para a comunidade. (T1)

O uso dos terrenos ocupados também se mostrou como uma questão de **iniquidade**, pois foi relatado que se encontravam abandonados pelo poder público ou pelos proprietários privados, descumprindo a sua função social. As pessoas que fizeram a ocupação acabaram convertendo esse ato em melhorias do território da comunidade, como a limpeza do terreno. Entretanto, esse tipo de ação foi nomeada de “invasão” por parte dos trabalhadores da saúde entrevistados.

Era um terreno que só tinha rato, bicho morto, era gente que de vez em quando aparecia morta, aparecia cadáver, criança chutava rato, cachorro, tinha muito cachorros mortos urubu tinha demais, então as pessoa limpô, fez uma moradia pra eles, até que eu acho injusto agora quere tirá, né, e também é muita família, é muita criança. (J8)

Onde era pra ser uma avenida e..., a propriedade é de alguma concessionária de trens e foi invadida e os moradores vivem ali em uma situação irregular de... sem esgoto, sem luz, sem água, então é tudo por meio de gato. (T6)

Para fazer essas melhorias nos terrenos, os moradores contaram com a **“Rede de apoio interno”**, advinda da própria “Comunidade”, que contribuiu com a mão de obra e com recursos financeiros arrecadados de acordo com as possibilidades de cada morador.

Tipo essa rua, eles converso com as pessoas, ai como tinha que comprar fio, compra umas madeira pra substituir o poste (de energia elétrica), eles fez tipo um grupo em cada rua, ai juntava, eles junto o dinheiro, arrecado o dinheiro (...) Foi os amigos do meu pai (que fizeram esse trabalho), pessoas assim, vizinhos, pessoas que têm mais conhecimento, sabe, tipo, que mexe com energia. (J5)

Tem as árvore grande que a gente planto desde o começo da comunidade, nós fizemos um mutirão e plantaram um monte de árvore lá, perto do campo, então tem lugar pra eles não fica no sol, não vai morrer de calor, tem uma torneirinha pra eles toma água, quando tiver calor, então tá tudo perto deles ali. (J8)

Além de investirem na melhoria do terreno, quando as pessoas chegam aos espaços de ocupações ficam por um tempo vivendo em condições muito precárias, até conseguirem construir uma moradia de alvenaria. Fica clara a **iniquidade** em relação à distribuição de renda existente no município por meio da simbologia que uma das falas trouxe, na qual um dos participantes relatou a reutilização de tapetes descartados por um espaço de eventos que servia uma parte da sociedade de maior faixa de renda, para levantar as paredes da moradia de quem vive em alguns aglomerados. Essa dinâmica também foi percebida pelos trabalhadores da saúde.

AGORA é de alvenaria (material de construção das casas), a maioria, mas quando eu cheguei era muito pouco de alvenaria. (...) Quando tinha show na Feapam (espaço de eventos) ai, a gente aproveitava os tapetes que eles jogava fora para poder fazer a parede (da moradia) de tapete. (J1)

Começa com plástico, madeira e depois de um prazo curto começa já a levantar alvenaria, então, parece que tem uma dinâmica nisso, quando eles entram no terreno, numa área, primeiro eles demarcam a área com madeira, com lona, lona plástica, e logo em seguida já começa. (T1)

Entre os trabalhadores de saúde, as **iniquidades** mais frequentemente relatadas estiveram relacionadas às condições de moradia, além do material, a ventilação, a iluminação e a distribuição do número de pessoas por habitação.

As casas muito baixas, pouca ventilação, pouca luz, acho legal assim, se eles urbanizassem aquilo ali, o pessoal levantar mais aquilo (referência à altura das paredes das casas). (T5)

Eu acho que, às vezes, é a condição de habitação um pouco precária (...) pelos cômodos muitas vezes não ter janela, não tem uma entrada adequada de luz, de ventilação, tem casa que é chão batido. (T6)

Problema é o acúmulo de pessoas (...) tem um monte de casinha assim, cada casinha tem 10 pessoas lá dentro, crianças, tudo misturado, é um tumulto de pessoas, não tem assim, privacidade (...) eles vivem assim, não sei se eles tão acostumados a viver dessa forma (...) não tem higiene adequada, porque às vezes é um banheiro só pra todo mundo. (T3)

A avaliação das condições de moradia contou com o auxílio da “**Rede de apoio externo**”, advinda de movimento social relacionado à habitação, que além

de mapear a situação das casas, ainda forneceu informações para os moradores sobre como melhorar alguns aspectos que poderiam interferir em sua saúde.

Tem até ficha que as arquiteta fez (...) reuniu um grupo de voluntário pra vê o que tem na casa, o que tem instalado (...) perguntou da caixa d'água, o piso, o chão, se era rebocado, né, porque é coisa necessária, porque o reboco, ele pega umidade (...) eles perguntando, as madeira, dando dica pro pessoal se tava velha, se ia dá cupim, pra tira. (J8)

A melhoria das condições de moradia também contou com a “**Rede de apoio interno**”, por meio da mão de obra dos moradores dos aglomerados e com a “**Rede de apoio externo**”, proveniente de doações de igrejas e de contribuições privadas.

A Igreja (...) que ajuda a gente, deu material pra quatro família que morava em barraco, inclusive eu, material de construção, né, e nós construímos, deu material pra quatro família construir as casa COMPLETA das quatro, tudo, chão ao teto. (...) Eles (moradores do aglomerado) fizeram mutirão pra fazer minha casa (...) quando eles têm tempo, eles vão vindo, teve um dia que vieram 10 aqui, 10 pedreiro. (J4)

Tem pessoas que ajuda também (...) a maioria das nossas, da nossa ajuda quem dá são alguns empresários que vem vê a nossa luta, ai faz doações de roupa, de sapato, de caçamba de barro para aterrar a rua, se precisar. (J1)

Outra **iniquidade** encontrada foi a reprodução da lógica capitalista, pautada no mercado, dentro de alguns aglomerados. Esse achado teve correspondência na fala dos trabalhadores da saúde.

No começo tem, né, sempre tem um espertalhão, mas acabou isso, acabou tem dois anos, mais ou menos. (...) querendo vender, ganhando dinheiro em cima de quem precisa (...) a gente não acha certo isso, AQUI MORA QUEM PRECISA, entendeu, quem não tem moradia. (J4)

Eles citam também que é vendido os terrenos dentro da favela, eles até falam que cobram entre 7 mil a 10 mil reais nos terrenos, então deve ter alguém que se apropria e depois vende, faz esse comércio dentro da favela. (T4)

A organização das moradias e da disponibilidade dos terrenos dentro dos aglomerados, quando influenciada pelo tráfico de drogas, condição citada por dois dos nove participantes, foi identificada como uma questão de **iniquidade** devido ao uso da coerção e da força.

A gente á regido aqui por uma força não muito legal, então, normalmente quem comanda essa distribuição (das moradias na favela) e tal são as pessoas que são envolvidas com o crime e tal, são envolvidas com o tráfico de drogas (...) organiza essa questão de distribuição de terrenos. (J7)

Essa lógica é diferente nos aglomerados que contam com o apoio de Movimentos Sociais sérios, que realmente levam a bandeira da luta por moradia,

e acabam sendo uma “**Rede de Apoio externo**” nessa disputa, auxiliando na organização da distribuição e da infraestrutura dos terrenos.

Não paguei (a casa onde mora), eu ganhei (...) A UNM (União Nacional por Moradia) vem me apoiando, eu cheguei aqui sem casa, porque você sabe, para conseguir uma casa em Ribeirão Preto é difícil(...) Eu moro num barraco, no fundo do quintal, mas na frente do quintal já to terminando minha casa, de alvenaria. (J1)

Em alguns desses aglomerados, a população ainda sofre com os fenômenos ambientais, como enchentes, que agravam as condições de moradia e de dignidade. Estes eventos levam a perda dos bens que conquistaram e a necessidade de recomeçar com pouco ou nenhum recurso. Esses acontecimentos retroalimentam o ciclo da pobreza e ser vulnerável a eles pode ser entendida como uma questão de **iniquidade**.

Teve enchente sim, muitas pessoas perderam documento, e outras coisas também, móveis, cama, geladeira, fogão, teve pessoas que perdeu quase tudo, até as roupas. (J1)

Nesses casos, a “**Rede de apoio interno**” acaba sendo acionada, os moradores dos aglomerados se ajudam para enfrentar os acidentes causados por forças da natureza (chuva forte).

Teve uma chuva e uma ventania muito forte, muito forte mesmo, que destelhou a minha casa, destelhou a casa de muita gente, destruiu móveis (...) eu vi uma mobilização muito grande da população para ajudar as outras pessoas (...) em um final de semana foi tudo reconstruído pela ajuda da população, isso foi muito massa. (J7)

DIREITO À MORADIA E A AÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO

Entretanto, não são apenas os fenômenos ambientais que precisam ser enfrentados por essa população. As ações “humanas”, como a “remoção forçada”, reafirmam a **iniquidade** ao colocar as pessoas em situação de extrema precariedade, na medida em que os escassos bens materiais são perdidos e elas precisam recomeçar a reconstruir as suas vidas, o que também retroalimenta o ciclo da pobreza.

A máquina chegar e falar 'a gente vai passar e vocês têm que tirar as coisas em 24 horas', ONDE que a gente vai em 24 horas? Desempregada, sem um dinheiro guardado, sem nada. É largar os móveis, pegar suas troquinhas de bunda, os documento e ir embora... sem rumo, sem saída. (...) então é ruim isso ai, porque minhas filhas são pequena, onde eu vou colocar elas? (J2)

Para evitar que as remoções forçadas se concretizem, os moradores dos aglomerados acionam a “**Rede de apoio interno**”, se unindo para pagar o advogado que é contratado por um dos movimentos por moradia do município. Entretanto, esse processo leva a custos financeiros de pessoas que não têm renda para tal disputa jurídica. Outra possibilidade de apoio identificada, como “**Rede de apoio externo**”, foi o Núcleo de Assessoria Jurídica de Ribeirão Preto (NAJURP), da Faculdade de Direito da USP-RP, e das Brigadas Populares, que auxiliam os moradores sem cobrar pela atuação jurídica.

O (nome do líder do movimento social) pôs o advogado, a gente teve que fazer, ajunta 3.000, 5.000, 6.000, para dar para esse advogado quebra essa reintegração de posse (...) pelo menos isso a comunidade ajunta, 50, 10, 15, 20, 30 reais, tem gente que não pode, eu mesma não pude doar, ajuda, teve um rapaz que falou 'não, eu pago por ela, e ajudo', tem boa gente aqui. (J2)

Nós tem uma advogada (...) (nome da advogada, membro do NAJURP e das Brigadas Populares), ela que tá olhando o processo pra nós, aí ela que vem orientando nós (...) ela explicou pra gente que o Oficial de Justiça teve aqui, mas não sabe o que ele vai decidir ainda sobre a comunidade, que ele foi relator (...) a gente ainda não sabe o que ele relatou pro Juiz. (J6)

Apesar de, em diversos casos, o proprietário ganhar a “reintegração de posse” na justiça, nem sempre a função social do terreno passa a ser cumprida. Além disso, nas falas dos participantes, o Estado usa de violência, exercida por meio da polícia, para a retirada das pessoas que resistem à reintegração de posse. Essa questão aparece de maneira naturalizada na fala de alguns trabalhadores da saúde, novamente com o uso do termo “invasão”.

Em 2011 teve uma reintegração de posse, e aí ficou dois anos sem ninguém, o dono do terreno ia vim e arruma, que ia ser um loteamento e aí não fez, não fez o que ele tinha falado, aí as pessoa veio (...) a polícia foi e eles não saiu (sobre a reintegração de posse em 2011), eles fico e resistiu (...) foram expulsas e bem agressivo, teve bala de borracha, tudo aqui (...)a polícia veio e quebro tudo. (J6)

Já morou gente aqui, quando as pessoas foram mandadas embora daqui eles (proprietários do terreno) falo que ia cuidar e tudo, só que ficou o maior lixo aqui, todo mundo jogava bicho morto, jogava um monte de coisa, aí por isso que veio todo mundo. (J5)

Teve algum tempo atrás, foi reintegrado, aí passou um tempo eles *invadiram* novamente, e agora não sei se existe algum processo, mas provavelmente deve haver algum processo. (T1, destaque nosso).

Aqui nesse pedaço aqui da continuação dessa rua que nós estamos, pra lá, teve reintegração de posse, acho que um ano atrás. (...) mas eu não sei se concretizou não porque eu noto que tem muito barraco *ainda*. (T4, destaque nosso)

Essa resistência para sair dos terrenos ocupados advém da falta de opção de locais para onde ir. Não ter algo a perder leva a lutar pelo pouco que se conseguiu conquistar, mesmo que as condições sejam precárias.

Tem alguns pedidos desses (de reintegração de posse) já expedidos, mas não concretizados. (...) Nunca vieram porque acabaria realmente em guerra (...) Porque, pra onde as pessoas daqui vão? Não tem lugar, a prefeitura não oferece um lugar para as pessoas irem... e não tem esperança de vida melhor, entende? (J7)

Outra violência relatada, exercida pelo Poder judiciário, foi colocar uma parte da população contra a outra, sendo que ambas lutam pelo mesmo direito à moradia. As pessoas que de certa forma têm alguma promessa de regularização de seu terreno acabam aceitando o trabalho de “cuidar” de terras improdutivas ou abandonadas aos arredores da ocupação, para que outras pessoas não façam novas ocupações.

Quando foi feito o acordo lá no Fórum, o combinado era não deixar, eles deixavam a gente ficar aqui se lá em cima ficasse mais de boa, mais livre.(...) era pra todo mundo tomar conta, mas tipo assim, eu acho que era mais interesse nosso, né, se a gente tivesse cuidado um pouco mais, hoje em dia não precisaria ficar brigando tanto para regularizar, porque ai acabou atrasando mais, porque ai entrou mais família, ai tem um de lá da prefeitura que não aceita, quer só o pessoal aqui de baixo, que é só a lista congelada. (J3)

Nesse sentido, a luta por moradia é injusta, uma vez que os moradores dos aglomerados conseguem ter acesso apenas a espaços subalternos de poder, como os conselhos, onde sua voz não é ouvida e seu poder de decisão é diluído entre outros segmentos da sociedade. Por sua vez, os setores políticos que teriam alguma forma para tensionar mudanças, usam de seus cargos para fins eleitoreiros, com ações pontuais, caritativas e insuficientes para mudar a situação de vida das pessoas que vivem em aglomerados.

(Participamos do) Conselho de moradia. (...) Normalmente vai um ou dois moradores. (...) reveza, aí vem um e fala pra comunidade o que aconteceu lá.(...) eu acho que não resolve muito, não sei se é porque, sei lá, tem muita rejeição mesmo. (J6)

O político vai lá, acha que dá um carrinho e uma boneca pra uma criança, da ‘oi’ enfeitado de Papai Noel, e acha que tá tudo bem, e as criança que tá ali, que futuro eles têm? Os idoso que tá ali, que futuro tem sem água, sem luz? Eu acho que eles deveria olha mais a gente, olha mais a comunidade e vê o que nós

precisa realmente, que nós não tá ali porque nós qué, nós tá ali porque nós necessita. (J8)

Soma-se a questão da falta de voz nos espaços institucionais de participação social, o descaso do poder executivo frente à cobrança por investimentos na moradia efetuada diretamente aos seus representantes eleitos.

Porque o governo, aqui na comunidade, eles não ajuda em nada, né. (...) cobrar sim, lá na prefeitura sim, vai, mas assim, sempre eles não quer atender. (...) Já marcou duas reunião lá, que foi a (nome da advogada popular) com mais um morador (...) eles não gostam muito de marcar não, tem que pedir, pelo menos, uma ajuda. (J6)

Além dos advogados que realizam um trabalho social, a cobrança do poder público vem por meio de uma “**Rede de Apoio Interno**”, realizado pela “Associação de Moradores”, a qual leva as demandas por regularização do terreno e melhora das condições básicas de saneamento e infraestrutura. Quando essa associação não está formalmente constituída, algumas lideranças dos aglomerados exercem essa função, no caso, a “própria jovem” entrevistada. Em um dos aglomerados mais organizado, as lideranças comunitárias também foram reconhecidas pelo trabalhador da saúde entrevistado.

Os coordenadores, os diretores (da Associação de Moradores), não sei o que, então eles que vão mais atrás, igual ontem teve uma reunião (...) vão na reunião, pega no pé, vai atrás de prefeito, marca reunião. Igual, eu levei a (nome da diretora da Associação de Moradores) esses dias lá na secretaria de planejamento e ela vai, ela vai atrás de uma, vai atrás de outro (...) pra vim regularizar, pra vim passar esgoto (...) fazer o asfalto. (J3)

Eu tô lutando pra que seja urbanizada a nossa comunidade, né, é o que agente tá focando no momento, é a urbanização. (...) eu fui em muita reunião, muita reunião com o vice prefeito, com vereador, né, participei de entrevistas, foi onde eu fui mostrando a minha comunidade, como a minha comunidade foi se evoluindo (...) Já tô há dois anos nessa luta. (J4)

Tem os líderes (...) eu não sei o nome dele. (...) eles são bem ativos nesse aspecto de se reunir, se organizar. (T4)

COMPROVANTE DE ENDEREÇO E O NÃO RECONHECIMENTO DA CIDADANIA

A não urbanização ou regularização das moradias acarreta em um aspecto formal de **Iniquidade**, relacionada a não se ter um endereço reconhecido socialmente, fato sentido como falta de dignidade pelos participantes jovens da

pesquisa. Não possuir um comprovante de endereço ocasiona desde o não recebimento das correspondências entregues pelos correios até a dificuldade de acesso ao transporte público, à matrícula na escola, caracterizando-se como uma negação sistemática de direitos. Esse achado, apesar de frequente na fala dos jovens, não apresentou correspondência com a fala dos trabalhadores da saúde.

A gente não tem endereço, inclusive pra gente fazer isso agora (a entrevista), a gente dá o endereço mais próximo de alguma pessoa, de algum conhecido que more, principalmente, na avenida principal, que é a favela da beira, e aí essa pessoa recebe pela gente. (...) Se eu fosse descrever como a gente vive hoje, a minha moradia, é isso (...) praticamente sem dignidade por não ter um endereço. (J7)

Na hora de você ir pra fazer o cartão de ônibus você tem que ter o endereço, pra você colocar o endereço (...) se você não tiver, você precisa ter uma pessoa pra ir autenticar no cartório, então é bem difícil mesmo pra fazer tudo certinho (...) adolescente, que tá na escola, que eu conheço, que, a maioria vai de pé porque não tem como fazer cartão. (J5)

Uma maneira encontrada para amenizar a questão da falta de endereço relaciona-se à “**Rede de Apoio interno**”, exercida por alguns donos de comércios do interior dos aglomerados, mas que têm residência em locais reconhecidos socialmente. Trata-se de uma saída dita “emergencial”, mas que não altera o aspecto relacionado à dignidade e nem a negação sistemática dos direitos dessa população.

Ela é uma das comerciantes aqui, então, tipo assim, no nome dela, no endereço dela (que mora fora do aglomerado) tem umas 15 casas que mandam coisas na casa dela como cartas e correspondências, tal. (...) pra mim são coisas emergenciais que as pessoas tomaram como fixo porque não tem outra saída, outra escapatória. (J7)

A ausência de reconhecimento da luta por moradia, além de permear o poder público, é recorrente em diversos setores da sociedade. A discriminação da população que vive em aglomerados aparece em “piadinhas” preconceituosas e em acusações de roubos, na região próxima. Essa **iniquidade** provoca o surgimento de medos por parte dos moradores dos aglomerados, no sentido de ser-lhes imputada a culpa por acontecimentos ruins que ocorrem ao seu redor.

Tem muita piadinha, porque você mora na comunidade, que você gasta a água tudo do bairro, umas piadinha meia tonta, a gente aguenta muita coisa. (J6)

O pessoal da outra associação (Associação de Moradores do mesmo bairro onde está localizado o aglomerado) não se mistura (...) eu já fui em algumas reuniões do pessoal, acha que todo mundo não presta, ninguém sabe, não vale nada, ou que todo mundo fuma maconha (...) acha que é um pacote só, sabe. Igual quando tem assalto, quando tem as coisas, sempre acha que é alguém daqui. (J3)

O muro da escola (que faz divisa com o aglomerado) nós tamo com medo, porque ce sabe, né, a gente como é comunidade, cedeu pra baixo por causa que a água veio tão forte que cedeu, ai nós tamo até com medo de acontecer de cair, joga a culpa na comunidade, mas não tem nada a ver, foi a chuva mesmo, meu irmão até filmou pra ter uma prova. (J6)

DISCUSSÃO

As fala dos participantes reforçaram as consequências típicas advindas da especulação imobiliária, na medida em que a não inserção no mercado imobiliário formal, individualmente ou por meio de políticas habitacionais com cofinanciamento estatal, resulta no deslocamento das pessoas para as áreas de ocupação, em geral, periféricas e com baixa integração ao restante da cidade. A segregação imposta (CORREA, 2013) devido às condições de renda dessa parcela da população reverte-se na necessidade de autoconstrução de sua própria moradia, devido ao barateamento desse tipo de ação que não contabiliza os custos de mão de obra. Nota-se que essa atividade é realizada nos horários intercalados às jornadas de trabalhos, reduzindo o período de descanso e recuperação das pessoas (ZECHIN, HOLANDA, 2018).

Os relatos apontaram para o uso de materiais descartados na construção inicial das moradias, como tábuas, tapetes, lonas, e, posteriormente, com alguma sinalização de estabilidade no território ocupado, mesmo que frágil, passa-se a investir no uso de tijolos, nessas construções. Registra-se, nesse contexto, que o único apoio recebido pelos moradores dos aglomerados para melhorar a estrutura das moradias adveio de Movimentos Sociais, por meio de avaliação e orientação de arquitetos voluntários, referente às modificações e à edificação das habitações. Cabe ressaltar que essas melhoras pontuais nas moradias têm caráter complementar, não devendo ser menosprezada a necessidade de intervenções estatais para a regularização urbanística e fundiária, a fim de assegurar condições gerais de habitação mais digna (ZECHIN, HOLANDA, 2018).

A falta de renda para acessar o mercado imobiliário formal, por meio da compra ou do aluguel, tem correspondência aos dados da pesquisa da Fundação João Pinheiro, que apontam que, no ano de 2015, um déficit habitacional estimado em 6,355 milhões de domicílios, dos quais 5,572 milhões (87,7%) localizados em áreas urbanas, com 2,482 milhões (31%) de unidades correspondentes à região sudeste. O estado de São Paulo foi o único cuja necessidade ultrapassou um milhão de moradias (1,337 milhões). Segundo o mesmo levantamento, um componente importante para o aumento do déficit

habitacional, desde 2011, é o ônus excessivo com o pagamento de aluguel, sobretudo nas regiões metropolitanas e no sudeste, representando 50% do déficit brasileiro, no mesmo período. A região sudeste perfaz um total de 61,4% das famílias (1,524 milhões de famílias, das quais 801.317 estão no estado de São Paulo) que compõem o déficit habitacional relacionado à grande parcela de uso da renda com aluguel. Esse descompasso reflete o desalinhamento entre o mercado imobiliário e o perfil da população (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2018).

Nesse sentido, a ocupação de terrenos de maneira irregular tornou-se uma saída encontrada pelos participantes jovens desse estudo, e suas famílias, a fim de garantir, ao menos, que sua renda fosse suficiente para a aquisição de alimentos. Segundo o mesmo estudo da Fundação João Pinheiro, dentre os domicílios com inadequações, a questão fundiária (terrenos não legalizados) foi o segundo critério, atrás da carência de infraestrutura, que mais afeta os domicílios permanentes urbanos, num total de 1,867 milhão, no país, dos quais 1,083 milhão de unidades na região sudeste e 566.534, no estado de São Paulo. Das famílias que fazem uso dos domicílios inadequados em termos fundiários, 43,4% tem uma faixa de renda de até três salários mínimos, no sudeste. No entanto, a contradição é evidente ao se observar o grande número de imóveis vagos, sendo 7,906 milhões, no país, dos quais 80,3% estão localizados em áreas urbanas e 6,893 milhões se encontram em condições de serem ocupados (com a construção finalizada e sem necessidade de reformas). O estado de São Paulo acumula 1,414 milhões de imóveis em condições de serem ocupados e em construção (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2018).

Ao se considerar políticas de redistribuição de renda, como o Programa Bolsa Família, notou-se, na fala dos participantes, que esse benefício não foi suficiente para auxiliar na entrada no mercado imobiliário formal. Os achados desse estudo corroboram a pesquisa de Zechin e Holanda (2018) sobre as políticas públicas de enfrentamento das desigualdades de renda. Essa pesquisa evidenciou que iniciativas como “Bolsa Família”, foram relativamente exitosas no enfrentamento das desigualdades de renda, ampliação do mercado interno de consumo e no combate à fome, mas não impactaram os problemas urbanos crônicos, como a habitação (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018; ZECHIN, HOLANDA, 2018). Deve-se ressaltar que o custo acessível é um dos aspectos que caracteriza a moradia adequada, sendo que o custo da habitação não

deveria prejudicar a satisfação de outras necessidades básicas. Nesse sentido, o Estado deveria assegurar subsídios relacionados à habitação, de acordo com os níveis de renda da população (BRASIL, 2013).

Em relação à organização dos moradores, notou-se que, em aglomerados que não contam com o auxílio de movimentos sociais comprometidos com a causa do direito à moradia ou um arranjo interno forte, há predomínio da mesma lógica de mercado. Há pessoas que exercem a especulação dos preços dos terrenos irregulares, ocupando-os apenas para fins comerciais, sem que necessitem ou reconheçam a luta por moradia. Essa lógica é decorrente da inserção no sistema capitalista, reproduzindo a concentração de terrenos e habitações sem infraestrutura nas mãos de poucos “proprietários” que negociam com a parcela da população mais pobre. Porém, não há uma política pública robusta para proteger essas pessoas, invisíveis ao Estado e à boa parte da sociedade (FERREIRA, 2000; OJIMA, 2007). Outra questão de iniquidade a que as pessoas que precisam de um lugar para morar são expostas é a ação do tráfico de drogas, dentro de alguns aglomerados, que é imposta pelo uso da força. Apesar de ter aparecido em apenas dois dos nove aglomerados participantes, trata-se de uma forma de coerção das pessoas fragilizadas e em situação de vulnerabilidade. Especificamente, a legislação brasileira (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018; BRASIL, 2013) assegura a obrigação do Estado com relação à moradia adequada: proteger a moradia contra a intervenção de terceiros, atuar para a sua realização e a obrigação de se abster de atos que ofendam tal direito.

Ratifica-se, nesse sentido, o papel dos Movimentos Sociais sérios como a Rede de Apoio na luta por moradia, pois nos aglomerados onde estes estavam presentes e auxiliando na organização do território, não foi relatada a ação de especulação imobiliária ou o uso de coerção contra as pessoas da ocupação. A existência desses movimentos é reconhecida desde a década de 1980, surgidos juntamente com a luta pela redemocratização do Brasil e contra as políticas neoliberais, de austeridade fiscal. Movimentos desse cunho ficaram conhecidos como Movimento pela Reforma Urbana e buscavam superar as desigualdades sociais e o subdesenvolvimento, tendo ações locais e também nacionais. Essas organizações buscam por garantias jurídicas para a luta por moradia, como o Estatuto da Cidade, Lei do Fundo de Habitação de Interesse Social, Emenda Popular Constitucional da Reforma Urbana, que incluiu na Constituição Federal a

Função Social da Cidade e a Função Social da Propriedade, entre outras (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018; SANTIN, COMIRAN, 2018). Alguns autores apontam que essa força de resistência, historicamente, acabou sendo absorvida pela institucionalização da política, esvaziando as bases populares. Todavia, essa força social advinda dos movimentos sociais, academias, coletivos em geral é necessária para a implementação de um projeto de desenvolvimento mais justo para as cidades (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018).

A injustiça na ocupação do solo também apareceu nos achados desse estudo, uma vez que os terrenos ocupados estavam abandonados pelos proprietários privados ou pelo Estado, descumprindo a sua função social (BRASIL, 1988), e servindo para o acúmulo de lixo e de animais em decomposição, como apontado nas falas, podendo ser foco de proliferação de doenças e de pragas. Apesar das benfeitorias realizadas pela Rede de Apoio e pelos próprios moradores dos aglomerados, não se pode romantizar tal situação de negação de direito. O não acesso ao direito à moradia produz, conseqüentemente, a negação sistemática de outros direitos (HONNETH, 2009), como por exemplo, o da infraestrutura básica, tanto das casas, como das ruas ou corredores dos aglomerados. Os próprios moradores acabam tendo que se organizar e despender recursos financeiros, que já lhes são escassos (vide a renda *per capita* mensal dos entrevistados), além de seu tempo de descanso entre os turnos de trabalho diários, para alcançar as condições mínimas de habitação.

Além da organização interna de seus moradores, alguns aglomerados contam com o apoio externo, de movimentos sociais, como mencionado anteriormente, bem como com doações de entidades religiosas e de empresários, para realizarem as construções e as melhorias das condições de habitação. Contudo, a doação caritativa de materiais de construção, apesar de sanar de certa forma as situações de extrema precariedade, não transforma totalmente as irregularidades das moradias e a insegurança de serem despejados das áreas ocupadas.

A remoção forçada caracteriza novamente uma condição de moradia imprópria, uma vez que é realizada contra a vontade dos indivíduos e sem a provisão de acesso a formas de proteção jurídica ou garantias de realocação que considerem a liberdade de escolha dos moradores removidos (BRASIL, 2013). Ademais, o modo como essas remoções são executadas retroalimentam as

condições de pobreza (CEPAL, 2002), com a perda do pouco que possuíam de bens materiais, tornando o recomeço mais árduo, sem auxílios e sem, sequer, um teto provisório para se recuperarem ou para que possam procurar outra moradia com tranquilidade. Pontua-se que as remoções não deveriam resultar em pessoas desabrigadas ou deixadas em situação de vulnerabilidade, sendo necessário garantir recursos e meios de proteção para impedir esses desalojamentos (BRASIL, 2013).

Acrescenta-se à violência simbólica que essas ações de remoção forçada representam o fato de que, muitas vezes, os moradores que resistem ao cumprimento do mandado sofrem agressões físicas exercidas pelo próprio Estado, caracterizando-se em uma violência despropositada contra essa população (BRASIL, 2013). Independente da causa que resultou na remoção forçada dessas pessoas, pode-se considerar esse ato como uma “grave violação aos direitos humanos e uma violação direta ao direito de moradia adequada” (BRASIL, 2013, p. 15). Entretanto, o direito à moradia não protege contra as remoções forçadas, ele apenas visa garantir condições e limites processuais sobre essa ação.

Desse modo, o NAJURP-USP, a UNM, as Brigadas Populares, os Advogados Populares, entre outros, mostraram-se como importantes parceiros na luta pela regularização fundiária, auxiliando na disputa jurídica referente ao uso social da propriedade. É de extrema importância o apoio para a regularização da condição de moradia, pois, também se trata de viabilizar o acesso a um direito e da correção de injustiças no uso do solo. Enfatiza-se que o direito à moradia é mais amplo que o da propriedade, entretanto, não abarca diretamente essa última, podendo ser garantido por meio da segurança da posse, incluindo variedades do tipo: alojamento de aluguel, arrendamento, habitação de emergência, cooperativa de habitação, assentamento informal (incluindo ocupação de terreno ou propriedade) e a urbanização da própria área de assentamento, ou seja, a realização de um conjunto de melhorias (ambientais, organizacionais, físicas, sociais e econômicas), realizados a partir da cooperação entre instituições locais (BRASIL, 2013). Reforça-se que a política habitacional precisa superar a lógica de construção de grandes conjuntos habitacionais localizados, em geral, distante do tecido urbano, sendo necessário investir em linhas programáticas de regularização, urbanização e integração dos

assentamentos precários, ou mesmo a promoção da locação social (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018).

Infelizmente, não são raros os casos em que os moradores dos aglomerados perdem a causa judicial de reintegração de posse. Essa recorrência nas ações judiciais se deve a defesa da propriedade privada como central, em detrimento da função social ou do direito à moradia. O direito do proprietário é “protegido contra qualquer tipo de violação externa às suas faculdades de uso, legítimos ou não” (COSTA, ACYPRESTE, 2016, p.1860) e, ao mesmo tempo, viola-se os princípios constitucionais de direito à moradia e da função social da propriedade.

Porém, há relatos recorrentes dos participantes sobre proprietários que reivindicaram seus terrenos, ganharam o processo de reintegração e, posteriormente, o mantiveram em situação de abandono, não lhe dando qualquer função social. Isso porque a compreensão do judiciário, em geral, é que “o uso da propriedade é presumível ante o título cartorial. Esse uso também não precisa ser concreto, bastando a intencionalidade de ações futuras” (COSTA, ACYPRESTE, 2016, p.1861). Por esse motivo, há relatos de que algumas ocupações também são recorrentes, apesar de mudar a maioria de seus moradores, as áreas ocupadas são as mesmas. Os movimentos sociais e as pessoas que ocupam os terrenos irregulares colocam em cheque justamente o direito de propriedade absoluta, denunciando a concentração de riquezas e a especulação do mercado imobiliário, que geram a expulsão da população de baixa renda para áreas cada vez mais distantes e sem infraestrutura básica (COSTA, ACYPRESTE, 2016). Entretanto, essa parcela da população é sistematicamente colocada como a “causa” dos conflitos e como ameaça à democracia devido a sua “incivilidade” (FELTRAN, 2011), não sendo debatida a ausência do poder executivo e a responsabilidade do judiciário, ao atuarem de forma a manter a desigualdade da concentração de moradias.

Além da violência exercida pelo processo de remoção forçada, há apontamentos feitos pelos jovens de que o judiciário exerce um papel de coerção, tendo como ferramenta a própria população que está lutando pela regularização de suas moradias, ao colocá-las contra outras pessoas que também não conseguiram se inserir na lógica mercadológica de habitação. Essa coerção advém da ameaça, como relatado, de que se houvesse um aumento do número de moradores no aglomerado ou se os terrenos ao redor do mesmo fossem

ocupados por outros indivíduos, o processo de regularização seria dificultado. Pode-se dizer que a base dos valores da sociedade capitalista não contribui para que as pessoas que lutam pelas mesmas questões se vejam como parceiros e somem forças para enfrentar as iniquidades construídas socialmente (ANDRADE, 2017; SILVA, 2019). Cabe compreender que, por se tratar de valores culturais, e, portanto, macrodeterminantes sociais (CNDSS, 2008; WHO, 2010), dificilmente se consegue alterá-los apenas em um setor da sociedade, ainda mais estando essas pessoas em situação de vulnerabilidade e lutando por condições mínimas de dignidade.

A injustiça pode ainda ser observada nos próprios espaços de construção de políticas públicas que essa população consegue ocupar, que, na maioria das vezes, não lhes confere voz, caracterizando-se em espaços subalternos de poder (FELTRAN, 2011). Como exemplo, cita-se o Conselho Municipal de Moradia Popular (CMMP) da cidade de Ribeirão Preto, o qual tem a metade de seus integrantes compostos por representantes de setores ligados ao governo e o voto de desempate é dado pelo presidente, que é o Presidente da COHAB-RP, também do segmento da gestão (RIBEIRÃO PRETO, 2012). Ou seja, mesmo se a outra metade dos conselheiros estiver muito bem articulada para que alguma pauta seja votada em benefício da população, ela dificilmente irá ser aprovada com essa divisão de votos, caso não seja de interesse do poder público. Soma-se a isso, a atualização do Plano Diretor da Cidade, aprovada pelo legislativo (RIBEIRÃO PRETO, 2018). Esse documento alterou em seu artigo 168 (Parágrafo Único) a periodicidade de funcionamento do CMMP, passando de mensal para trimestral, desobrigando o poder público de realizar as reuniões com maior frequência. Para além dos espaços institucionalizados, a busca por diálogo com o poder público foi relatada como dificultosa, pois os representantes do executivo se negam ou retardam o recebimento dessa população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, fica evidente a importância de assegurar o direito à moradia, como forma de condição básica para uma vida digna e de reconhecimento frente a outras instituições. Ressalta-se, entretanto, que o não acesso a esse direito não poderia implicar em negação sistemática de outros

direitos garantidos constitucionalmente, como vem ocorrendo no município de Ribeirão Preto.

Além de enfrentar a disputa pela regularização da condição de moradia, os jovens que vivem em aglomerados passam sistematicamente por situações de vulnerabilidade ambientais, de coerção por parte do tráfico e de especulação imobiliária exercida por pessoas que se aproveitam da dificuldade de acesso ao mercado imobiliário formal. Ainda, os jovens dos aglomerados lidam com situações de discriminação, de negligência do poder executivo, de ações de remoção forçada advindas do judiciário e colocadas em prática por meio da força policial. Destaca-se, nesse sentido, que o direito à propriedade, independentemente de cumprir a função social prevista na Constituição Federal, acaba se sobressaindo às necessidades da população e mantém, dessa maneira, a desigualdade de acesso às moradias adequadas.

Adiciona-se a essas iniquidades a falta de voz da população que vive em aglomerados frente ao Estado, para que essa condição seja regularizada, bem como o uso de sua luta por moradia, por parte do judiciário, para que se transformem em uma barreira a novas ocupações, exercendo dessa maneira atribuições estatais e se colocando contra outras pessoas que lutam pelos mesmos direitos. Não se visa culpabilizar os indivíduos que agem dessa maneira, mas sim compreender o impacto que os macrodeterminantes culturais têm sob a população em geral, conduzindo inclusive ao não reconhecimento do outro enquanto parceiro na luta pela mesma causa.

Como forma de enfrentamento dessas iniquidades, a população que vive em aglomerados conta com apoio de Movimentos Sociais e advogados populares. Esses segmentos atuam no sentido de evitar a especulação imobiliária dos terrenos, de disputar a regularização destes e para que, em casos de ações de remoção forçada, que estas sejam cumpridas dentro dos trâmites previstos legalmente, sem o uso de força policial ou de desalojamento dessas pessoas. Outras contribuições, como doações de materiais de construção, são importantes para resolver questões mais emergentes, no entanto, não influem no problema estrutural da falta de regularização das moradias.

Nota-se que os trabalhadores da saúde, de forma geral, apresentaram uma visão mais próxima ao senso comum em relação a essa população, nomeando a ocupação dos terrenos como “invasões” ou naturalizando aspectos como a remoção forçada e a ida de famílias para os aglomerados como uma das etapas

relacionada à estruturação financeira. Suas principais preocupações estiveram muito ligadas aos aspectos relacionados às questões físicas de moradia, número de moradores por habitação e infraestrutura em geral, como água e rede de esgoto. Essa constatação pode estimular o desenvolvimento de estratégias para sensibilizar e responsabilizar os trabalhadores da APS, uma vez que o setor saúde é um importante DSS no enfrentamento de iniquidades e a APS reconhecidamente é porta de entrada preferencial do SUS. Ao não se conseguir compreender essa parcela da população de forma integral, pode-se incorrer no risco de reproduzir violências contra a mesma e de não se cumprir o princípio da equidade na prestação do cuidado.

Deste modo, as evidências produzidas a partir do diálogo entre o direito à moradia, os seus impactos sociais e na saúde dos jovens e o papel dos trabalhadores da saúde da APS, na abordagem dessa complexa situação, apontaram a necessidade de se discutir mais profundamente a organização das práticas de saúde a partir das características do território, no sentido da redução das iniquidades e do exercício da integralidade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. A. MST e os limites das políticas públicas no Estado burguês. Revista Florestan Fernanda, n6, 2017, p. 145-160. Disponível em: <http://www.revistaflorestan.ufscar.br/index.php/Florestan/article/view/185/128>.

Acesso em: agosto/2019.

AYRES, J. R. C. M.; CARVALHO, Y. M.; NASSER, M. A.; SALTÃO, R. M.; MENDES, V. M. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990.

_____. Portaria No 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 2017.

_____. Decreto no 591, de 6 de julho de 1992. Atos internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília, 1992. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: jul./2019.

_____. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Direito à moradia adequada. Brasília, 2013. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000225430>. Acesso em: ag.2019.

CATANHO, L. (notícia) Em menos de dois anos, número de favelas quase dobra em Ribeirão Preto. Jornal A Cidade On, 2018. Disponível em: https://www.acidadeon.com/ribeiraopreto/cotidiano/cidades/NOT_0,0,1312777,em+menos+de+dois+anos+numero+de+favelas+quase+dobra+em+ribeirao+preto.as.px. Acesso em: jun./2019.

CAIRES, I. S.; VICENTINE, F.B.; FERREIRA, J.B.B. (Submetido) A construção de roteiros de entrevista a partir do referencial dos Determinantes Sociais da Saúde: enfoque na população jovem que vive em aglomerados subnormais. Cadernos de Saúde Coletiva. Submetida em: 04/2019.

CEPAL. Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. 2002.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final, p. 216, 2008.

CORRÊA, R. L. Sefregação residencial: classes sociais e espaço urbano. In: VASCONCELOS, P. A.; CORRÊA, R. L.; PINTAUDI, S. M. A cidade contemporânea – segregação espacial. São Paulo: Contexto, 2013, p.39-59.

COSTA, A. B.; ACYPRESTE, R. Ações de reintegração de posse contra o Movimento dos Trabalhadores Sem teto: dicotomia entre propriedade e direito à moradia. Revista de Direitos da Cidade, V.8, n4, p.1824-67, 2016.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. Institute for Future Studies, 1991.

FELTRAN, Gabriel. Transformações sociais e políticas nas periferias de São Paulo. In: KOWARICK, Lúcio; MARQUES, Eduardo (Org.). São Paulo: novos percursos e atores: sociedade, cultura e política. São Paulo: Editora 34/CEM, 2011, p. 347-373.

FERREIRA, J.S.W. Globalização e urbanização subdesenvolvida. São Paulo em perspectiva, v.14, n.4, 2000.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Déficit habitacional no Brasil 2015. Diretoria de Estatística e Informações, Belo Horizonte, 2018.

HERKENHOFF, M. B. O papel do líder comunitário. Vitória: Secretaria de Proteção e Difusão Cultural/UFES, 1995.

HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: editora 34, 2ª edição, 2009, 296p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.. Censo 2010: aglomerados subnormais – informações territoriais. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>>. Acesso em: jul. 2019.

LUTTRELL, C.; QUIROZ, S.; SCRUTTON, C.; BIRD, K. Understanding and operationalising empowerment. Working Paper 308, 2009. Disponível em: <<http://www.odi.org.uk/resources/download/4525.pdf>>. Acesso em: jul. 2019.

MARICATO, E.; COLOSSO, P.; COMARÚ, F. A. Um projeto par as cidades brasileiras e o lugar da saúde pública. Saúde debate, n.42, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe3/199-211/>. Acesso em: Ag./2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: jul./2019.

OJIMA, R. As cidades invisíveis: a favela como desafio para a urbanização mundial. R.bras.Est.Pop., São Paulo, v.24, n.2, 2007.

RIBEIRÃO PRETO. Lei complementar nº 2.866, de 03 de maio de 2018. Dispõe sobre a revisão do Plano Diretor implantado pela Lei Complementar n. 501, de 31 de outubro de 1995. Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/plano-diretor-ribeirao-preto-sp>. Acesso em: 07/2018.

_____. Regimento Interno do Conselho de Moradia Popular. Aprovado em 29 de maio de 2012. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/sccivil/conselho/reg_interno.pdf. Acesso em: agosto/2019.

RIBEIRO, L. C. Q. Cidade e cidadania: inclusão urbana e justiça social. Cienc.Cult., v. 56, n. 2, 2004.

SANTIN, J. R.; COMIRAN, R. Direito Urbanístico e regularização fundiária. Revista de Direito da Cidade, v.10, n3, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/rdc/article/view/32734/26014>

SILVA, P. C. Individualismo e alienação: condições e contradições do ser social em Marx. Revista Ideação, n.39, 2019. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/revistaideacao/article/view/4528/3654>. Acesso em: agosto/2019.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VINUTO, J. a amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genova, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ROCKEFELLER FOUNDATION. Intersectoral action for health: the way ahead. Report of the WHO/Rockefeller Foundation meeting on Intersectoral action for health. Bellagio, Italy. New York, Rockefeller Foundation, 1986.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência. Os jovens do Brasil. Brasília: Ed. Garamond, Unesco, Instituto Ayrton Senna, 1998

_____. Mapa da Violência: os jovens do Brasil. Brasília, 2014. Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

ZECHIN, P.; HOLANDA, F. A dimensão espacial da desigualdade socioeconômica. Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT), n13, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/got/n13/n13a21.pdf>. Acesso em: 14/08/2019.

4.3 ARTIGO 3 - Iniquidades e Rede de apoio a partir da perspectiva de reconhecimento: o caso dos jovens que vivem em aglomerados urbanos.

RESUMO

Este estudo teve como **objetivo** identificar fatores de iniquidade e as redes de apoio em relação à efetivação de direitos fundamentais de jovens que vivem em aglomerados subnormais, bem como comparar a percepção desses sujeitos com as dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). **Percursos metodológico:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa. Foram convidados a participar da pesquisa jovens entre 15 e 29 anos e trabalhadores das unidades de saúde da APS. Os dados foram coletados, em 2018, de agosto a novembro, por meio de entrevista semi-estruturada, áudio-gravada e transcrita. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo na Vertente Temática. **Resultados e discussão:** Das falas emergiu o grande tema “Negação sistemática dos direitos” em diálogo com o referencial teórico dos Determinantes Sociais de Saúde, destacando-se situações de iniquidades e de rede de apoio. Os núcleos de sentido destacados foram: “Negação do direito ao trabalho e à educação”, “Negação do direito à segurança pública”, “Negação do direito à cultura e ao lazer” e “Negação do direito à proteção social”. Identificou-se a existência da negação sistemática de direitos aos jovens, uma vez que, partindo da condição de nascimento em uma família de baixa renda, têm dificuldades no acesso ao direito à moradia, ao trabalho, à educação, à segurança pública, às cidades e às políticas de proteção social. Apesar de essa dinâmica ser, de alguma forma, reconhecida pelos jovens que participaram da pesquisa, a visão dos trabalhadores da saúde foi divergente e se aproximou mais da visão da sociedade em geral, mesmo estando próximos fisicamente dos aglomerados e de seus moradores. **Considerações finais:** A negação sistemática de direitos, fundamentada em argumentos diversos, tem em sua base o não reconhecimento dos jovens de baixa renda que vivem em aglomerados enquanto cidadãos. Os resultados não esgotam essa complexa temática, entretanto podem contribuir para subsidiar a reflexão acerca dos problemas e da formulação de políticas públicas específicas, garantidoras dos direitos fundamentais desses jovens.

PALAVRAS-CHAVE: Juventude, Determinantes Sociais da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Aglomerações; Direitos Humanos Coletivos.

INTRODUÇÃO

Não é justo, para alguns, que um mendigo roube pão. Mas não é justo, para muitos outros, que o mendigo não tenha um pão. Para alguns o direito é inspirado em livros tidos como sagrados, como a Bíblia. Para outros, o direito é puramente técnico, e se restringiria a um conjunto de leis emanadas do Estado. (MASCARO, 2012, p. 01)

O direito, a partir da estruturação do sistema capitalista, passa a ser tratado como uma esfera social técnica e específica. Nesse contexto, o Estado Moderno se torna institucional e passa a regular uma série de comportamentos e relações sociais, de forma “aparentemente” distante de todos os indivíduos (MASCARO, 2012). Entretanto, as relações entre poder e as decisões tomadas juridicamente revelam a estrutura do direito, bem como a própria instauração e manutenção do Estado nas sociedades capitalistas, como uma decisão estrutural de relação de poder, sendo as demais decisões jurídicas uma consequência dessa estrutura.

Necessário também atentar-se para a estrutura da sociedade, bem como para a institucionalização e a confecção das leis, além das opções do Estado relacionadas aos caminhos políticos que geram a sua atividade e a manutenção de seu poder. Por consequência, o termo justiça remete, quase sempre, a uma expressão retórica, historicamente carregada da visão de mundo daqueles que detêm o poder, sendo o cumprimento do estabelecido pela norma jurídica estatal, uma das maiores referências da “justiça”, que é meramente convencional, técnica e formal. Por isso, Mascaro (2012) destaca que é importante “dissociar o fenômeno jurídico da qualificação de justiça” (p.184), pois, apesar de serem tratados como sinônimos são distintos na efetiva concretização social, chegando a oposição entre si, nas sociedades capitalistas. Por outro lado, pode-se questionar o emprego do termo justiça enquanto questão ideológica, porém, esse próprio questionamento carrega em si a escolha por um posicionamento ideológico que, mesmo ao se dizer técnico ou neutro, auxilia na manutenção das injustiças devido a sua omissão (MASCARO, 2012).

Ressalta-se que os direitos fundamentais são “positivados” por leis e constituições, ou seja, existe um abismo entre o discurso normativo e a sua prática efetiva e, apesar de reconhecer a importância da existência dos direitos fundamentais, não se pode deixar de criticar a sua não aplicabilidade ou a ausência de garantias para a sua execução. Em outras palavras, para a

concepção dominante, “os direitos ‘são’ os direitos” (FLORES, 2009, p.27), como se os direitos fossem satisfeitos e acessados a partir de sua existência no papel.

Essa visão simplista não abarca as condições materiais necessárias para o exercício e o gozo dos direitos, considerando que muitas pessoas não podem desfrutá-los (FLORES, 2009), principalmente, aquelas que não são enquadradas socialmente nos critérios de “cidadão” (RUBIO, 2010).

A apropriação da riqueza por parte de alguns, e, portanto, a segregação da maioria que não terá acesso à riqueza da sociedade, tudo isso é a decisão jurídica e social de nível estrutural. (...) A grande decisão já está tomada: estruturalmente, a sociedade capitalista afastará o explorado, o indesejável, o outro, por meio do direito. (MASCARO, 2012, p. 170, 171)

Nesse sentido, o não reconhecimento da própria condição humana por parte de outros membros da sociedade e do sistema judiciário pode levar uma pessoa ou um grupo a sofrer um dano real, além de ser uma maneira de opressão, “aprisionando alguém em uma forma de vida redutora, distorcida e falsa” (TAYLOR, 2000, p.242). Taylor argumenta que o reconhecimento não se trata de uma cortesia devida às outras pessoas, mas sim uma “necessidade humana vital” (TAYLOR, 2000, p. 242).

Entretanto, a universalidade dos direitos não é absoluta, mas sim relativa. “Os direitos fundamentais foram instrumentos tanto de exclusão como de inclusão, de desigualdades como de igualdades, de acordo com os seres humanos que ficaram fora ou dentro da condição de titularidade” (RUBIO, 2010, p. 32). Por sua vez, Flores (2009) argumenta que os direitos são “processos”, ou seja, “o resultado sempre provisório das lutas que os seres humanos colocam em prática para terem acesso aos bens necessários para a vida” (FLORES, 2009, p. 28).

Apesar de a garantia jurídica ser importante, na medida em que comprometem legalmente as instituições ao cumprimento daquilo que foi conquistado por lutas anteriores, os direitos de fato surgem apenas após a luta pelo acesso aos bens necessários para se viver com dignidade, como a moradia, a saúde, a educação, o trabalho, a cidadania, a alimentação, entre outros. Essa luta pode se apoiar em sistemas de garantias já formalizados ou com base em alegações que não têm respaldo jurídico pré-estabelecido, e visam à construção de condições materiais e imateriais necessárias ao viver. Dessa forma, os direitos humanos seriam esses “processos dirigidos à obtenção de bens materiais e

imateriais” (FLORES, 2009, p.29) e, por isso, “seriam os resultados sempre provisórios de lutas sociais pela dignidade” (FLORES, 2009, p.31). Destaca-se que a dignidade, nesse caso, está relacionada ao acesso igualitário aos bens, sem hierarquização, privilégios, opressão ou subordinações, ou seja, um fim material ao se concretizar o acesso igualitário e universal aos bens necessários a uma vida digna (FLORES, 2009).

Do contrário, entende-se que essa falta de acesso aos direitos se trata de uma injustiça, gerada socialmente, que afeta o gradiente de saúde dos diferentes estratos sociais de maneira não aleatória, e poderiam ser evitadas por medidas políticas e sociais. Nesse sentido, escolheu-se como referencial teórico desse estudo os Determinantes Sociais da Saúde (DAHGREN; WHITEHEAD, 1991), o qual denomina essas diferenças injustas e evitáveis como **iniquidades**. Esse conceito incorpora a ideia da impossibilidade de realização das necessidades básicas dos indivíduos para a manutenção de sua saúde e bem estar (WHO, 2010), sendo estes últimos direitos fundamentais dos seres humanos. Da mesma forma, esse referencial aponta a Rede Social, aqui denominada de **Rede de Apoio**, enquanto aspecto relacionado ao capital social, como um importante artifício para amenizar as iniquidades geradas socialmente.

OBJETIVOS

Dessa forma, este estudo teve como objetivos identificar fatores de iniquidade e as redes de apoio em relação à efetivação de direitos fundamentais de jovens que vivem em aglomerados subnormais, bem como comparar a percepção desses sujeitos com as dos trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde (APS).

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido no município de Ribeirão Preto/SP, entre os meses de agosto e novembro de 2018. Utilizou-se de entrevista semi-estruturada para a coleta dos dados primários, elaborada com base no referencial dos Determinantes Sociais da Saúde.

Foram convidados a participar da pesquisa os jovens entre 15 e 29 anos, que cumpriram os critérios de inclusão: viver em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto e ser ativo em espaços de participação social ou

reconhecido como liderança pela comunidade (HERKENHOFF, 1995) onde vive. Como critério de exclusão para os jovens tem-se: o tempo de moradia no respectivo aglomerado subnormal menor do que seis meses.

Também foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores da saúde da APS, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: a unidade de saúde onde trabalha ser referência para o aglomerado subnormal de onde houve algum participante jovem; se interessar pelo tema ou desenvolver atividades com a população jovem (15 a 29 anos). O critério de exclusão para os trabalhadores da saúde foram: o período de atuação na atual unidade de saúde inferior a seis meses, a contar da data da entrevista.

No momento da estruturação da pesquisa, o município contava com uma população estimada em 694.534 habitantes (IBGE, 2018) e com 26 aglomerados subnormais, correspondentes a 3.717 domicílios particulares ocupados, com 14.117 habitantes, desses 4.336 (30,7%) com idade entre 15 e 29 anos (IBGE, 2010). Entretanto, o número real e atualizado de aglomerados teve divergência entre a Secretaria Municipal de Assistência Social (67 aglomerados urbanos - 46 desses se encaixavam na classificação de Aglomerados Subnormais) e os Movimentos Sociais e lideranças comunitárias (cerca de 100 aglomerados) (CATANHO, 2018).

A busca por participantes jovens foi feita a partir dos Movimentos Sociais: União Nacional de Moradia e Movimento Livre, que participam do Conselho Municipal de Moradia Popular (CMMP) do município; e por meio do Núcleo de Assessoria Jurídica Popular de Ribeirão Preto (NAJURP), da Faculdade de Direito da USP Ribeirão Preto, devido a sua atuação em aglomerados urbanos no âmbito municipal. Posteriormente, foi solicitado a esses participantes a indicação de jovens que morassem em outros aglomerados subnormais, a fim de utilizar a metodologia de “bola de neve” (VINUTO, 2014).

Entre os jovens que vivem em aglomerados, dos 23 indicados para participar da pesquisa, 8 não atenderam as ligações e seis (6) tiveram que ser excluídos por não preencherem os critérios de inclusão. Desta forma, nove (9) jovens participaram dessa pesquisa, sendo que a idade variou entre 17 e 29 anos (Média de 24,5 anos), com predomínio do sexo feminino (7 participantes) e de declaração de cor preta e parda (3 pretos, 3 pardos). O nível de escolaridade no momento da entrevista foi Ensino Fundamental Incompleto (2); Ensino Fundamental Completo (3); Ensino Médio Incompleto (2 – sendo que um dos

participantes estava cursando o último ano do ensino médio no momento da entrevista); Ensino Médio Completo (1) e cursando graduação (1). Entre os participantes, 4 não tinham filhos no momento da entrevista, sendo que os demais apresentavam de 1 a 3 filhos e apenas duas entrevistas tinham o parceiro presente no mesmo domicílio que vivem.

Tabela 1 - Caracterização dos jovens participantes da pesquisa

Jovem	Idade	Sexo	Cor/Raça	Escolaridade	Função na Favela/Comunidade
J1	27	Masculino	Parda	E.F. Comp.	Faz parte da diretoria do movimento que organiza o aglomerado.
J2	25	Feminino	Branca	E.F.Incomp.	Foi liderança comunitária por um período.
J3	29	Feminino	Parda	E.M. Incomp.	Foi liderança comunitária por um período.
J4	29	Feminino	Branca	E.F.Incomp.	É liderança comunitária.
J5	17	Feminino	Negra	Cursando E.M.	Filha de liderança comunitária
J6	26	Feminino	Parda (morena)	E.F. Comp.	É liderança comunitária
J7	19	Masculino	Preto	E.M. Comp.	Foi liderança comunitária.
J8	26	Feminino	Negra	E.F. Comp.	É liderança comunitária.
J9	23	Feminino	Branca	Graduanda	Indicada como uma pessoa que tem visão crítica dentro da favela, participou de algumas ações pontuais.

Fonte: Dados da pesquisa.

O convite feito aos trabalhadores de saúde foi posterior a entrevista dos jovens, seguindo o critério de inclusão, e realizado por meio de contato com a gerência das unidades, sendo entrevistados oito (8) trabalhadores da APS. Entretanto, dois tiveram que ser excluídos da coleta: um devido a mudança na área de abrangência da Unidades de Saúde (não cobria a área do aglomerado participante há mais de um ano) e outro devido a exclusão de um jovem que não se enquadrava nos critérios do estudo e por não ter conseguido outro jovem do mesmo aglomerado para participar da pesquisa. Dessa forma, foram incluídos seis (6) trabalhadores da saúde: quatro (4) lotados em UBS Tradicionais e dois (2) em Unidades de ESF. Entre os entrevistados, apenas um era do sexo masculino, a média de idade foi de 48 anos (variação entre 32 e 56 anos), um dos participantes se declarou como pardo, o restante branco, e cinco tinham nível superior completo com pós-graduação. As profissões dos participantes foram: Dentista (2), Enfermeiro (2), Médico (1) e Agente Comunitário de Saúde (1), sendo que dois desses estavam exercendo função de gerência no momento da entrevista. O tempo de atuação na unidade de saúde variou de 1,5 até 22 anos (Média de 10,5 anos).

Tabela 2 - Caracterização dos trabalhadores de saúde participantes da pesquisa

Trabalhador	Idade	sexo	Cor/raça	Profissão	Especialização	Tipo unidade	Tempo Unidade (Anos)	Função Unidade
T1	56	Masculino	Branca	Cirurgião Dentista	lato senso	UBS - tradicional	1,5	Gerente
T2	53	Feminino	Branca	Médica Pediatra	lato senso	UBS - tradicional	22	Médica Pediatra
T3	54	Feminino	Branca	Enfermeira	lato senso	UBS - tradicional	20	Enfermeira
T4	40	Feminino	Branca	Dentista	stricto senso	UBS - tradicional	3	Gerente
T5	55	Feminino	Parda	Agente Comunitária de Saúde	não	ESF	10	ACS
T6	32	Feminino	Branca	Enfermeira	lato senso e stricto senso	ESF	7	Enfermeira

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: ACS – Agente Comunitário de Saúde

Todas as entrevistas foram realizadas no local de preferência dos entrevistados, de forma individual, áudio-gravadas e transcritas posteriormente. Cada participante respondeu a entrevista uma única vez e os dados coletados foram analisados e discutidos entre os entrevistadores a fim de identificar a saturação das respostas. Os dados foram interpretados segundo a Análise de Conteúdo na Vertente Temática (BARDIN, 2000; MINAYO, 2004). A constituição dos temas resultou da sistematização dos dados, após o processo de codificação.

Esse artigo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada “Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais”. Contemplou-se a Resolução no 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 58459516.4.0000.5414).

RESULTADOS

O grande tema “Negação sistemática dos direitos” foi conformado por meio dos núcleos de sentido “Negação do direito ao trabalho e à educação”, “Negação do direito à segurança pública”, “Negação do direito à cultura e ao lazer” e “Negação do direito à proteção social”.

NEGAÇÃO DO DIREITO AO TRABALHO E À EDUCAÇÃO

Dos nove jovens entrevistados, apenas três estavam trabalhando com carteira assinada no momento da entrevista, duas como faxineiras e uma como caixa do mercado do bairro. Outros quatro jovens nunca conseguiram ter a

carteira de trabalho assinada, e exerceram diversas atividades informais ao longo da vida para auferir alguma renda, como babá, catadora de reciclagem, ajudante de pedreiro, panfletagem, auxiliar de limpeza, serviços gerais, venda de produtos feitos em casa e de catálogos e como vendedora autônoma (recebimento apenas de comissão, sem salário fixo). A idade com que iniciaram sua vida laboral variou entre 8 e 18 anos (média: 13 anos). Dois jovens não estavam exercendo atividade remunerada durante a período de coleta, um deles por estar estudando para o vestibular (mas com relato de ter realizado trabalhos temporários anteriormente, alguns com carteira assinada); e outra jovem por ser acometida de baixa visão. Essa última é independente para as atividades de vida diária, auxiliou em diversas ações comunitárias no aglomerado, fez artesanato para vender em feiras pontuais, mas nunca conseguiu um emprego formal. A renda mensal da casa desses jovens variou entre R\$413,00 a R\$3.000,00 (média: R\$1.516,00). O valor final da renda de três famílias desses jovens foi obtido com o auxílio do “Bolsa Família” (entre R\$70,00 e R\$163,00). Essa renda sustentava famílias de composições variadas, de duas a seis pessoas (Média: 3,9), com a renda *per capita* mensal variando entre R\$137,00 e R\$600,00 (Média: R\$397,00).

Outra forma de **iniquidade** esteve relacionada à questão de as famílias dos jovens disporem de baixa renda, dificultando o acesso dos entrevistados à educação diante da necessidade de exercer atividade remunerada desde muito cedo para contribuir com a renda familiar. Essa dinâmica gerou impactos negativos posteriores, como a dificuldade de inserção no mercado de trabalho e a aquisição de melhores níveis de renda.

A gente tem que trabalhar logo cedo e não se qualifica primeiro para depois poder trabalhar, primeiro trabalha para depois se qualificar e não tem muita qualificação não, porque a qualificação é na experiência mesmo. (J1)

(Tem trabalhado como) Auxiliar de limpeza, panfletagem, ajudante de alguma coisa, eu sei mexer com encanamento, arrumo bico de encanamento, de força (energia elétrica) também, um pouco de tudo. (...) eu vivo catando latinha na rua, onde eu passo e acho uma latinha, uma garrafa, eu cato e trago embora. (J2)

Essa perspectiva é naturalizada nas falas de alguns trabalhadores da saúde, que, apesar de identificarem certo preconceito em suas próprias colocações, mantêm a sugestão da oferta de cursos para que esses jovens atuem em áreas técnicas. Não surgiram questionamentos a respeito da estrutura

que os leva a não terem oportunidades melhores de formação e de empregos. Além dos apontamentos de gênero presentes nas colocações.

Acho que equipamento social falta muito aqui no bairro (...) aprender a fazer alguma coisa, no caso das meninas, talvez seja até preconceituoso o jeito que eu vou falar, né, mas um corte costura, ser manicure, fazer alguma coisa técnica, né, que, pelo menos, no futuro gere uma renda ou que, pelo menos, ocupe o tempo que eles têm, acho que eles acabam ficando muito nas ruas por falta do que fazer mesmo, de formação. (T4)

Tem muita gente ociosa lá...a gente observa que tem muita ociosidade, e a gente observa que eles procuram também fazer serviço tipo bico, tipo informal (...) é uma forma de ter uma receita, né. (T1)

A minoria tem carteira assinada, geralmente predomina o trabalho informal ou aquela pessoa que tem o próprio..., que abre na porta de casa alguma coisa, um bar, que vende alguma coisa, mas também não tem nenhum tipo de seguridade, não adere ao INSS ou alguma coisa nesse sentido. (T6)

A única “**Rede de apoio externo**” reconhecida em uma das falas dos jovens foi o NAJURP, que auxilia os moradores dos aglomerados na estruturação de outras possibilidades de renda, apesar de não garantir a continuidade desse provimento.

O pessoal, o NAJURP, eles sempre arrumava coisa pra eles (jovens) pode fazê, pra eles ganha dinheiro, plantação nós já fez. (J6)

Outros fatores relacionados à **iniquidade** emergidos das falas, enquanto potenciais distanciadores dos jovens da escola, foi a qualidade do ensino, a assiduidade dos professores, bem como a organização da rede escolar, que não favorece o acesso dos jovens.

A gente do norte, do nordeste, tal, a gente espera do estado de São Paulo que a educação seja maravilhosa (...) seja algo que vai mudar nossas vidas, de verdade, e aí quando eu vim pra cá foi um choque (...) eu deixei de ir na escola porque tinha muita falta de professores, os professores não iam, faltavam, e quando iam, no caso da substituição dos professores, era um professor que não era capacitado para substituir e isso me revoltou de mais, agora eu entendo e não faço mais isso, mas é, isso me revoltou e eu resolvi parar de ir a escola, parar de frequentar, eu me arrependo disso também. (J7)

A maioria das pessoas da minha idade já parou de estudar faz muito tempo e, tipo assim, chega na quinta série, essas coisas assim, eles param de estudar (...) Tem a escola ali, que ela é até a quinta série, aí depois disso as crianças são transferidas de lá e as escolas são sempre longe (...) eu acho que isso influencia sim, aí tem que vê essa coisa de concilia o trabalho e a escola, acho que eles veem o que é mais importante pra eles naquele momento, 'ah, eu tô precisando mais de dinheiro do que ir pra escola', por exemplo. (J9)

Essa dificuldade levou a articulação de uma **Rede de apoio “interno”** e **“externo”**, no qual as lideranças comunitárias buscaram apoio externo para trazer o ensino básico para dentro dos aglomerados. Esse tipo de ação, que ocorre em três dos aglomerados que compuseram esse estudo, além de beneficiar os jovens, ainda abarca outras pessoas que não tiveram oportunidade de estudar no “tempo certo”.

Com a luta a gente já conseguiu trazer a escola para nós, Graças a Deus e com a ajuda da nossa diretoria em geral (...) a gente não vai até a escola, a escola vem até nós. (...) a gente começou a ter aula aqui (...) uma pessoa que por livre e espontânea vontade veio é, alfabetizar assim, tipo, ensinar a ler e a escrever. (J1)

Tem alguns pessoas que vem ajudar (...) é estudante lá da USP, essas pessoas assim, sabe. (...) Eles ajuda com escola, aqui tem muita gente, a maioria das pessoas que moram aqui não tem estudo, então eles dá aula pra pessoa assim, tipo, que não fez o terceiro ano do ensino médio, que fez até o quarto, quarta série, tem a escola que eles monto pra pessoa fazer tipo um supletivo e já saber de mais coisas. (J5)

A única limitação apontada pelos próprios jovens a respeito desse apoio foi que, devido à exigência social de se ter um certificado formal de escolarização, os jovens acabam não se motivando tanto para participar das aulas, uma vez que não terão um comprovante de seu nível escolar para apresentar em um momento de busca por emprego, por exemplo.

A gente já tem uma escola agora recentemente, que a gente fez aqui (...) ta tendo aula todos os dias, de segunda a sexta, professores voluntários agora tão vindo, de faculdade, se comoveram e vêm mesmo (...) ai vem mais pessoas porque sabe que aquela pessoa ali (professores) teve um, um estudo mais avançado e sabe que aquela pessoa ali tem o que passar para ela, sabe, ai eles sente mais motivado a ir, mas ainda é pouco porque alguns jovens querem o certificado, né, que ainda não pode passar o certificado para a gente porque não tem o aval do governo, da secretária da educação, né. (J1)

Alguns trabalhadores da saúde, no entanto, veem a falta de professores a partir de um aspecto mais organizacional, sem a perspectiva de como essa carência afeta o interesse dos jovens pelos estudos. Outros, no entanto, relacionam a metodologia de ensino utilizada pelos professores como fator que leva ao desinteresse pela escola, além da visão “imediatista” dos alunos.

Os professor, eu acho que eles trabalham com medo aqui nesse bairro, entendeu, eu acho que eles trabalham bem estressados, com medo, porque há momentos que eles também são ameaçados por alguns jovens (...) isso significa que talvez o ensino não chega a ser de boa qualidade, porque imagina você trabalhar num

lugar tenso, que você não sabe que tipo de jovem que você tá mexendo (...) eu já não acho que se torna (um ensino de) boa qualidade, não pelos professor, mas sim a vida que, o que eles presencia no dia-a-dia. (T5)

A gente perde muito aluno do meio do ano para frente. (...) desinteresse... aquele ensino formal não está mais atendendo os anseios, não está mais motivando, por isso que tem que ter uma, mudar esse conceito de escola. Essa escola que o menino entra, senta, o professor fica lá na frente, não está dando certo mais, não estamos conseguindo motivar as crianças para ficar, para ter interesse, para pensar no futuro, eles têm uma visão assim, muito imediatista. (T1)

Além disso, os trabalhadores da saúde relacionam aspectos geracionais, de histórico de vida desses jovens, como a baixa escolaridade dos pais ou responsáveis, pela falta de incentivo para o estudo ou a questão de possuírem outros aspectos relacionados à própria sobrevivência como prioridades.

Normalmente tá, não é regra também, mas ele vem de uma família que também tem uma baixa escolaridade, que também tem, enfim, que a questão da sobrevivência ela é muito maior (...) o fundamental é tá vivendo e tá comendo, isso é fundamental, e talvez não dê tanta importância (para o estudo) (...) esses jovens têm uma história familiar que também não tem um incentivo, não criam oportunidades para que eles desenvolvam essa questão (de educação). (T6)

Os trabalhadores de saúde também trouxeram em suas falas uma ênfase maior na falta de interesse dos jovens em relação aos estudos, do que em questões mais estruturais, como as apontadas anteriormente.

É fácil, não é difícil, tem escola (...) o fundamental, que seja o ginásio, é um pouco mais longe, mas tem aquele vale transporte de graça pro estudante, então assim, não vai porque não quer, eu percebo que o pessoal da (nome do aglomerado), poucos gostam de ser alguém na vida, de estudar. (T5)

Quando esses jovens superam as barreiras de conciliar o trabalho e o ensino, da distância física, da burocracia da matrícula, e conseguem acessar a escola, ainda têm que enfrentar questões relacionadas a preconceitos advindos da comunidade escolar, os quais dialogam com a visão de senso comum a respeito das pessoas que vivem em aglomerados, como mencionado anteriormente.

Qualquer coisa que acontece (na escola) de negativo é sempre as pessoas da favela, acontece, eu já ouvi comentários.... que acontece coisa errada na escola, 'ah, são esses favelados', eu já ouvi falar, desse jeito. (J9)

A discriminação também dificulta a contratação por empregadores. Nas falas dos jovens foi possível identificar que os mesmos notam uma maior facilidade para conseguir trabalho quando residiam em uma “casa de bairro” ou quando apresentavam comprovante de residência de terceiros.

Quando eu pagava aluguel, assim, eu, era mais fácil de arrumar faxina (...) agora, assim, todo mundo pergunta 'onde você mora', aí você fala 'ah, eu moro lá na comunidade', né, tem aquele, tipo assim, nem chama! (...) eu já perguntei pra muita gente, 'mas por que?' (...) 'ah, porque a gente tem medo'. (J6)

As pessoas realmente te olham com outros olhos, que, te vê como uma pessoa de baixa renda, como um ser mais vulnerável e tal a questões sociais, como drogas, exposição ao crime, essas coisas (...) isso é doloroso, né, é desigual em uma busca de emprego. (J7)

Entre os trabalhadores da saúde entrevistados, apenas dois trouxeram a questão da discriminação como fator que poderia intervir na possibilidade de conseguir um emprego, sendo colocada sem muita convicção.

A coisa que mais traz dificuldade é o preconceito, né, *a pessoa mora numa comunidade, você não sabe se ela é boa ou se ela é ruim, mas todos eles são classificados da mesma forma*, ... aquela questão do trabalho, tal, o cara vai num lugar trabalhar, 'cê mora aonde?', 'ah, eu moro na comunidade', ele não fala. Ele dá o endereço da vizinha, porque se ele colocar no currículo dele que ele mora na comunidade, provavelmente ele vai ser preterido. (T1 – grifo nosso)

Pode ser a questão da discriminação, né, por morar em uma área mais humilde, numa área que é chamada de favela (...) (a discriminação aparece) Talvez na escola, talvez se for procurar um emprego, eu não sei muito bem não, mas acho que nessas duas áreas aí. (T3)

Além de pouco relacionar a dificuldade de se conseguir emprego com a discriminação, alguns trabalhadores da saúde ainda inferiram que as condições de vida são os fatores de **iniquidades** que poderiam interferir na “vontade” de trabalhar e “ser alguém na vida”. Uma das falas questionou a personalidade dos jovens que vivem nos aglomerados, como se estivessem, em sua maioria, fadados ao mundo do crime.

Olhando tudo aquilo, essa dificuldade toda, não tem uma água potável, não tem luz direito, não tem uma casa boa pra morar, o quanto isso interfere na visão deles de vida, de futuro, 'o que eu vou querer pra mim então, se eu não tenho nada agora?', então não sei te falar o quanto isso interfere na visão deles de futuro, de *querer ser uma pessoa de bem, querer trabalhar, querer estudar* (...) com certeza, a pobreza vai interferir, a miséria econômica. (T4 – grifo nosso)

Há uma falta de motivação, uma desesperança, e uma perspectiva bem limitada, é o que eu percebo, não são poucos não, são muitos. (...) uma dificuldade muito grande até de se inserir no mercado de trabalho. (T6)

A maioria (dos jovens) assim, infelizmente, vai pro tráfico. (...) eu conheço jovens ali, minoria, que nasceu ali e virou outra pessoa, eu acho que não (tem relação entre morar em um aglomerado e conseguir emprego), *eu acho que vai de acordo com a personalidade mesmo da pessoa* (...) Por tá na comunidade, vivendo ali, a facilidade do dinheiro, de ganha um dinheiro sem fazer um esforço, sem tem que tomar ônibus cheio, sem que, entendeu? (T5 – grifo nosso)

A discriminação e o preconceito amplamente presentes na sociedade se tornam um obstáculo para o uso de benefícios fornecidos pelas empresas, como o transporte dos funcionários até às suas residências. Nesse sentido, além de ter que ultrapassar diversas barreiras, ainda se faz necessário um “esforço extra” para se obter uma fonte de renda.

Quando eu trabalhei à noite, é, eu fui, fiz o processo seletivo tudinho, no segundo dia de serviço eles me chamaram porque a van não queria vir aqui me pegar, porque era a empresa que fornecia o transporte, e ai, depois com tudo certinho, eles falaram que a van não entrava aqui, que não sei o que, que era perigoso, que era terra, que era isso, que era aquilo, e ai foi bem difícil. (J3)

A situação do transporte também foi reconhecida pelos trabalhadores da saúde, enquanto uma barreira de acesso aos espaços que poderiam funcionar como pontes para se conseguir algum estágio ou qualificação para futuros empregos.

Falta de programas voltados para eles (jovens), mesmo assim, hoje o que a gente tem pra oferecer é a FUNDET (Fundação de Educação para o Trabalho), tem alguns outros, mas assim, todos vão depender que, as vezes, a pessoa pegue um ônibus e vá, então, as vezes pegar um ônibus e ir é uma dificuldade financeira, né, cria-se já dai uma dificuldade financeira, e, eu acho que tem pouco, muito pouco incentivo nesse sentido. (T6)

Outro benefício que poderia auxiliá-los na conquista de um emprego ou outra atividade remunerada é o fornecimento da alimentação. A ausência desse benefício para as pessoas que não dispõem de uma renda anterior, pode impossibilitar a aceitação do trabalho, ainda mais se o pagamento for realizado ao final de um mês de prestação de serviços.

(Trabalho de panfletagem) é só um mês, de outubro, porque é da eleição, aí dizem, a mulher lá, que iam pagar 1200, SEM a marmita. Eu prefiro ganhar mil e a marmita (...) pra mim levar, eu não tenho condições (...) eu não tenho o que por na minha marmita, (...) eu já cheguei a comer comida do lixo, muitas vezes para trazer do bom e do melhor para as minhas filhas. (J2)

Um recurso indireto, mas muito importante para que esses jovens possam exercer alguma atividade remunerada é a disponibilidade de vagas nas creches. No entanto, as falas apontam para a carência desse apoio no município.

Tem uma moça aqui na frente ela tem uma menininha e ele precisa arrumar um emprego, só que não tem como ela arrumar um emprego porque não tem onde ela deixar a filha dela (...) ela teria que pagar outra pessoa e como ela iria pagar uma pessoa pra ficar sem ter um emprego fixo, né, então é uma pouco difícil. (J5)

NEGAÇÃO DO DIREITO À SEGURANÇA

A discriminação também leva à dificuldade de acesso aos direitos fundamentais, como à segurança pública, apresentada nas falas em duas perspectivas, dentro e fora dos aglomerados. A restrição à segurança pública ocorre por não conseguirem que a polícia atenda a chamados dentro dos aglomerados, por motivos diversos advindos tanto da polícia, como dos próprios moradores e do tráfico, ou por ações policiais truculentas, com invasão de suas moradias sem o devido mandado judicial. Nota-se ainda a ocorrência de ações policiais em outros espaços da cidade, como no centro e em shoppings. Desse modo, apesar de aparecer em menor frequência nas falas, a questão da segurança se apresentou como fator de **iniquidade** para os jovens que vivem em aglomerados. O abandono do poder público, praticamente em todos os setores que envolvem essa população, coloca a sua segurança à mercê da própria sorte. Quando se trata da segurança pública, também são os próprios moradores que se organizam para assegurá-la.

Nossa segurança... a gente não tem segurança assim de pessoas, porque a polícia não vem, né, nossa segurança é nós mesmo (...) a nossa segurança é a gente mesmo que faz. (J1)

Quem faz a segurança daqui é a gente mesmo, porque não tem polícia assim, aqui, direto, sabe. (J5)

Mesmo quando há a necessidade de intervenção dessa instituição, em aglomerados onde o tráfico não exerce influência, existe mais uma barreira simbólica. A fim de tentar facilitar a urbanização do espaço ou evitar conflitos com os demais moradores do bairro ao redor, algumas lideranças dos aglomerados se organizam para evitar que a polícia seja chamada.

Eu to resolvendo tudo, então não precisa estar chamando a polícia, fora que atrapalha a gente também, né, ter muita ocorrência aqui dentro, atrapalha na urbanização nossa. (...) Porque assim, tendo muita ocorrência em comunidade, fica feio pra nós, entendeu, fica feio, então a gente procura o máximo possível não atrapalhar o bairro, né, a vizinhança e não chamar a polícia. (J4)

Em casos onde o tráfico de drogas tem força organizativa dentro do aglomerado, são os traficantes que se incubem de resolver as ações criminosas de roubo, por exemplo, impondo outra lógica de segurança, com base na coerção.

Aqui também tem o problema, como eu tinha te falado, se caso uma dessas pessoas rouba, os traficantes, eles batem neles, batem bastante, sabe aquele bate de espanca mesmo, mas não chegam a matar, perigoso, né. (J9)

Tem uma política dos meninos (traficantes de drogas) e tal, quando algo sai fora do padrão, do eixo deles, sai fora dessa política que eles têm pra reger o espaço, acontece coisas de violência, (...) não é legal ser regido por esse tipo de força que eu não concordo, o que acontece é que sempre que algo sai fora dos padrões deles, eles tendem a ser violentos e resolver da forma que eles bem entendem. (J7)

A falta de segurança pública e a imposição da organização advinda de pessoas envolvidas com o crime também foram reconhecidas pelos trabalhadores da saúde que cobrem os respectivos aglomerados, onde o tráfico tem força organizativa. Entretanto, a organização dos moradores, em locais onde o tráfico não tem esse poder, não foi mencionados entre os trabalhadores da saúde.

Ali é terra de ninguém, né, então, quem manda ali é eles (...) O tráfico, assim, pra eles, em alguns momentos, pra eles que mora lá, é bom, mas em outros momentos não (...) eu ouço eles queixa que se brigarem muito entre eles e o vizinho se sentir incomodado, vai lá no tráfico e o tráfico desce, manda baixa a bola, manda, entendeu, nesse ponto eu acho negativo. (T5)

Apesar de reconhecido o uso da violência por parte do tráfico, a ausência de ação do poder público resultou no reconhecimento desse tipo de organização, como uma “**Rede de apoio**” para se conseguir alguma segurança no bairro onde vivem.

A gente se sente mais seguro no nosso bairro (...) me sinto muito mais seguro aqui do que no centro da cidade, vamos dizer assim, porque aqui, querendo ou não, a gente conta com uma ajuda, uma proteção do crime organizado, do pessoal que vende drogas, dos famosos 'meninos', então eles realmente não deixam, tem até uma política deles que não se pode mexer com moradores, ou algo do tipo, então, a gente chega num nível tão catastrófico que a gente é protegido pelo crime e massacrado pela força policial... um dos benefícios,

querendo ou não, é esse, eu não me orgulho em falar, mas é um benefício, eu me sinto seguro aqui. (J7)

Entre os jovens, a “**Rede de apoio interno**” foi unânime e amplamente reconhecida, tanto em aglomerados onde o tráfico estava presente, como nos demais territórios. Essa rede era conformada pelos próprios moradores e confere ao espaço uma maior sensação de segurança advinda da coesão social.

Todo mundo se conhece, todo mundo sabe o nome de todo mundo, e eu acho que, por ter isso, a gente se sente mais seguro, porque eu, por exemplo, tenho mais medo de ser assaltada ali, quando acaba a minha rua pra lá do que aqui, eu não tenho medo de ser assaltada aqui, eu mexo no celular de boa. (J9)

A falta de segurança pública, assim como na sociedade em geral, oportuniza o aparecimento de um mercado privado que oferece maior sensação de segurança. No caso de um dos aglomerados, os moradores se organizaram para pagar por segurança particular.

Tem um guardinha que passa de moto (que faz a segurança da comunidade) (...) ele sai pedindo contribuição pra todo mundo, não sei se é todo mundo que paga, eu sei que aqui antigamente pagava. (J3)

Em contrapartida, entre os trabalhadores da saúde, a polícia representou uma possível “**Rede de apoio externo**” para a população que vive nos aglomerados.

É a polícia militar (que faz a segurança na comunidade), né, que passa de vez em quando, passa pra lá, passa pra cá, eles fazem a ronda, a polícia militar. (T3)

Outro aspecto da segurança pública dentro dos aglomerados foi o tipo de abordagem dos policiais para com essa população, em grande parte das vezes, truculenta e desrespeitosa dentro de suas moradias.

Você vê a polícia de um jeito e eu vejo a polícia de outro jeito, porque eles agem de outro jeito aqui, é diferente. (...) Eles entrem na casa da gente como... se fosse na sua casa eles teriam que ter um mandado pra entra, mas aqui na nossa casa... (...) Teve uma vez que o policial entrou aqui com uma arma enorme, eu fiquei chocada, sabe, porque a gente se sente mal, parece que a gente não tem opção, sabe, ‘ah, você tem que vivê assim porque você escolheu vivê assim, nesse lugar’, se você escolheu viver nesse lugar então você tem que se adaptar a ele e viver assim. (J9)

A minha menininha tava deitada, de nove anos, dentro do berço, a polícia entrou, quebrando a porta, socou a 38 dentro da cara da minha filha dentro do BERÇO,

eu empurrei o policial, pedi para ele dá LICENÇA e respeitar a minha casa (...) falei 'oh, aqui é uma casa de trabalhador', os policial 'ah, você tem certeza?', quis ser meio arrogante com a gente, porque mora em comunidade já, acha que agente não prestava (...) eles olho bem pra minha cara, olho pro meu esposo assim, na época, falou 'tá bom, deixa a gente descolar que tá falando mentira.' (J2)

Entretanto, a violência policial, segundo algumas falas dos trabalhadores da saúde, é desconhecida, sendo que a dificuldade com esse setor do poder público foi relacionada ao "gosto dos moradores" e não às possíveis ações desse órgão. Ou, quando reconhecida à violência policial, ela apareceu focada no combate ao crime dentro dos aglomerados.

Eles não gostam da polícia, mas a polícia não creio que persegue, que faça alguma coisa assim, porque eu vejo sempre policial passando, passa aqui, passa lá, dá volta, é que eles não têm mesmo a simpatia pela figura da polícia, mas eu não sei se tem alguma coisa assim, não tenho essa informação, é mais observação, não tem nenhuma informação concreta mesmo. (T1)

Os moradores me falam que é mais a noite, a polícia entra mais a noite. (...) *Geralmente ela já vem nas pessoas certas*, né, aí como o pessoal do tráfico sai correndo, aí vira aquela troca de tiroteio, muitas vezes eles vão atrás de coisa roubada, que fala que tá lá. (T5 – grifo nosso)

Sobre o segundo aspecto, da relação com a polícia e o acesso à segurança pública fora dos espaços dos aglomerados, as falas dos jovens retrataram a forma como são vistos pelo restante da sociedade, por meio de tratamentos discriminatórios e preconceituosos vivenciados em diferentes espaços da cidade. Dessa visão de senso comum decorre outra grande **iniquidade**, exercida diretamente pelo poder público, por meio da violência policial.

Em centros populosos da cidade, quando as pessoas sabem que a gente é da favela é mais, um olhar de um julgamento ruim, então em shoppings a gente é seguido por seguranças, isso é horrível, pelo tipo, por como a gente se comunica e como a gente se veste e tal, essas são as principais dificuldades que os jovens daqui enfrentam, talvez. (J7)

A gente enfrentava diversas situações com a polícia na Feira do Livro, por diversas questões, exatamente pelos jovens das zonas periféricas de Ribeirão irem diretamente para a Feira do Livro como ponto de encontro pra diversos eventos, pra diversos acontecimentos. (J7)

NEGAÇÃO DO DIREITO À CULTURA E AO LAZER

Em diálogo com o Núcleo de Sentido anterior, nos aglomerados, devido também à sua localização, tem-se dificultada a acessibilidade aos espaços de cultura e de lazer da cidade de forma geral, contribuindo para o isolamento dessa população. Soma-se a esse isolamento a falta de investimento em equipamentos sociais nos territórios próximos aos aglomerados, ponto que foi frequente na fala dos jovens e dos trabalhadores da saúde, mostrando-se como uma **iniquidade**.

Eu trabalhei em alguns projetos sociais em alguns centros culturais, o centro que eu fui, lá no Campos Elíseos, conheço o Centro cultural Palace, conheço o centro cultural da Vila Tecnológica (...) do Quintino II, e, tipo assim, é engraçado como todos esses têm um apoio financeiro quanto um apoio moral do governo, do Estado, da prefeitura, no caso, e o nosso não, entende? E o nosso é bem próximo às zonas periféricas aqui, todo esse lado aqui (...) já pensaram até em fechar o centro cultural, passa diversos dias fechados porque não tem atividades, é triste isso. (J7)

Apesar de reconhecida a falta de espaços de cultura e lazer, a fala dos trabalhadores da saúde apontou para uma naturalização dessa situação de **iniquidade**.

Falta de lazer, assim, um lazer sadio, falta de é, estrutura mesmo, tudo muito precário lá dentro. *Isso aí é inerente à situação em que eles estão.* (T1 – grifo nosso)

A **Rede de apoio** a qual os jovens que vivem em aglomerados podem recorrer, em sua maioria, é de apoio “**interno**”, com a construção e o cuidado de espaços para lazer, como áreas para jogar bola, ou o uso das ruas entre as casas para promover rodas de conversa e espaços de integração entre os moradores. Esses espaços também foram reconhecidos pelos trabalhadores da saúde.

O pessoal fica lá jogando bola, é o único lugar que tem de lazer, ou é pra soltar pipa ou é para jogar bola, é tudo lá no campinho. Ontem eu passei lá tava bem verdinho, gramado bem baixinho, acho que alguém andou cuidando lá, aí teve, acho que foi o cara lá da frente que colocou umas "arvrinha" na beiradinha assim, né, acho que para fazer sombra... é o único lugar. (J3)

Quase todo dia tem uma roda de conversa na comunidade. A gente fica conversando, a gente faz uma fogueirinha a noite, e fica bolando umas ideias, as vezes falando sobre a gente, //as vezes falando sobre objetivo, ou as vezes falando de um plano de vida, e... é isso, minha atividade é essa... minha atividade é essa, na comunidade mesmo, é o único lazer que eu tenho (J1)

Entre eles, tem uma pessoa, tem também uma liderança do futebol (...) parece que eles vão, tem um horário de sábado, eles se organizam e jogam futebol (na quadra dentro do aglomerado). (T6)

Tem a quadra e um campo mais lá no fundo, que todo final de semana tem campeonato (de futebol) entre bairros, né, tem... dentro da favela. (T5)

A “**Rede de apoio externo**” também foi mencionada pelos jovens, com parcerias “**internas**” para o uso de espaços comunitários presentes ou próximos aos aglomerados e o levantamento do desejo dos moradores para a organização de atividades de lazer e cultura.

(No Ponto de Cultura) a gente tem o treino de muay thai, o treino de capoeira (...) eu cheguei a dar aula de violão um tempo também, só que recentemente eu parei. (J7)

A gente já fez umas boas ações aqui na comunidade, como pesquisa, pra saber o que a população queria em relação ao espaço (...) A gente pesquisou o que elas queriam de atividade, porque é muito interessante a gente chegar com coisas, com atividade culturais ou atividades de lazer, oferecer alguma coisa e a população não querer isso. (J7)

Ainda enquanto “**Rede de apoio externo**” foi mencionado um projeto vinculado à Feira do Livro, que além de ser uma oportunidade de formação de jovens, favorece a realização de estágios, ao mesmo tempo em que sensibiliza os participantes a fim de oferecer um retorno para a comunidade local. A inserção dos jovens nesse tipo de projeto amplia o conhecimento a respeito da cultura e do lazer, possibilita a interação com pessoas que podem se tornar referências.

A gente teve, depois desse projeto "Jovens protagonistas e a Feira do Livro", a gente teve a ramificação desses jovens, que esses jovens que foram ensinados e foram levados a pensar de forma crítica, a montar outros grupos, outros núcleos de conversa e revitalização. (J7)

A princípio, pra ter um pensamento mais crítico e tal, se engajar em alguns movimentos culturais, eu tive um principal influenciador que foi o Elieser, ou Leser, MC Leser, que ele me mostrou, ele me convidou para participar, a princípio, desse projeto “Jovens protagonistas e a Feira do Livro” (...) ele sempre teve uma participação muito grande nesses movimentos culturais, principalmente nos movimentos de Hip Hop, de cultura negra e tal. então ele sempre esteve muito engajado nessas coisas, e eu olhava pra ele e dizia 'eu quero ser igual a esse cara'. (J7)

Por fim, enquanto “**Rede de apoio externo**”, também foi mencionada a parceria entre a igreja e a escola, ambas próximas ao aglomerado, com a oferta de capoeira para a população jovem, e ações de universidades que realizam atividades pontuais para dentro de alguns aglomerados.

Tem a Igreja (...) a escola, aqui do lado (...) todo o sábado pra eles fazerem brincadeira, atividade (...) Tem uns (jovens) que fazem capoeira, e só, tem a capoeira e as atividades que eles fazem com as crianças. (J4)

A igreja as vezes vem ai, mas só pra fazer eventos, não pra se tornar frequente, sabe, vem pra fazer o Dia das Crianças, ai vem aquela coisa de corta cabelo, ou as vezes faz uma... vem canta música da igreja e prega ali na quadra, ai as vezes eles, o pessoal de escola, esses dias veio a UNAERP ai, eles fizeram um evento, eu acho que eles tavam checando a glicemia e fazendo aulas de zumba, eu acho isso legal, mas é sempre assim, um dia só, e depois não faz mais, sabe, não é sempre. (J9)

NEGAÇÃO DO DIREITO À PROTEÇÃO SOCIAL

Esse último Núcleo de Sentido relaciona-se ao acesso, ou a falta dele, à Assistência Social, no qual a ausência do poder público se faz notória nas falas dos jovens, consubstanciando-se em negação do direito à proteção social e, conseqüentemente, em mais uma **iniquidade**.

Nem a assistente social nunca veio aqui, aqui mesmo, a assistente social NUNCA entrou aqui, nem pra fazer um cadastro. (...) A gente tem que ir atrás delas, lá no CRAS. (J2)

Antigamente (antes da criação da Associação de Moradores) não tinha nada, era meio que cada um por si, eu nunca vi a assistente social vir aqui, fazer alguma coisa, algum tipo de trabalho, eu nunca vi nada em relação a isso não. (J3)

Olha, NUNCA veio assistente social aqui. A primeira vez tá vindo de ontem pra hoje por causa da Regularização Fundiária, mas nunca veio. (...) nem por conta do Bolsa Família. (J4)

A escassez de equipamentos de assistência social nas proximidades dos aglomerados foi registrada nas falas dos trabalhadores da saúde.

Aqui no bairro eu não conheço nenhuma ONG, nada, e assistente social é o que eu te falei, o equipamento deles é lá no (nome do outro bairro) e eles atendem a nossa população lá, então orientação de bolsa família, essas coisas. (T4)

Da mesma forma, o acesso dos jovens aos serviços ofertados nos núcleos de assistência social, como cursos e oficinas, é dificultado por diferentes restrições.

Eu vi, o dia que eu fui renovar meu Bolsa Família, eu vi que eles tava dando curso lá, né, mas tudo tem idade, isso que é o ruim, porque a maioria você vai, quer fazer aquele curso e você não pode porque tá muita velha, ai você vai fazê aquele outro curso ai não pode porque você tá muito novo, então, eu acho, por um lado dos curso, eu acho que não deveria definir idade. (J8)

Enfim, enquanto fator produtor de **iniquidade**, a assistência social foi associada ao cerceamento de abertura de ONGs dentro dos aglomerados, que poderiam servir de Rede de Apoio para os jovens da comunidade.

A gente tentou formar uma ONG e tal, mas não rolou porque é muito complexo a gente ter uma instituição legalizada dentro de uma favela, entende, é muito difícil,

muito difícil mesmo, então, por diversas vezes o conselho de assistência social negou o nosso pedido, então a gente ficou meio parado na luta aí. (J7)

Apesar de, segundo as falas dos jovens e dos trabalhadores da saúde, os serviços de assistência social estarem localizados em áreas mais distantes dos aglomerados, quando acessados ou acionados, há relatos de jovens que os reconhecem enquanto **“Rede de apoio externo”**, tanto em relação ao recebimento de benefícios, como oferta de cursos e retirada de documentos.

Nos Conselho (Assistência Social), eles dá serviço também, dá curso pra emprego, eu acho muito bom assim. (...) lá eles consegue, eu acho que eles faz um papel muito bom, porque além de ajudar as pessoa com Bolsa Família e outros benefício, dá o leite pras mãe que não tem condições de comprar e ainda da curso pros filhos mais velho, eu acho assim, um lugar muito bom. (J6)

Em questão dos documentos, é, a... nossa diretoria já correu atrás e veio uma equipe de pessoas que trabalha num órgão que eu não sei falar o nome agora (...) que elas ta vindo tirar o documento aqui, ta vindo aqui na comunidade, dando assistência. (J1)

Entretanto, como a maior parte dos relatos foi de ausência desse serviço, para resolver questões relacionadas à proteção social, que poderiam ser alvo de ação da assistência social, os jovens dos aglomerados acabam acionando a **“Rede de apoio interno”**, como a associação de moradores ou os próprios moradores, quando não há esse tipo instituição no território.

Agora, por causa da associação, é, quando um precisa de alguma coisa, ou posta no grupo, ou vem e pede (...) eles foram atrás de cesta básica pra ver se ajuda, é mais em relação a isso. Ou igual, esses tempos atrás eles tava recebendo doação de roupa (...) essas coisas que, se precisar, ou se precisar comprar remédio, ou se um precisar ir no médico, fazer alguma coisa assim, o que dá pra fazer eles vão fazendo e vão se ajudando, assim. (J3)

As vezes tem pessoas que passa necessidade, né, a gente vai, se reúne, ajuda aquela pessoa lá, e ela se sente bem e isso faz com que ela ajude outras pessoas também depois que ela é ajudada, aí ela chega na condição de poder ajudar, aí elas ajuda também. (J1)

Tem algumas pessoas que, as vezes, a gente arrecada alguma coisa pra entregar e tem vez que passa gente pedindo na rua, como teve uma moça que precisou muito da ajuda de todo mundo que ela tava muito mal (...) então todo mundo se reuniu para ajudar ela. (J5)

Essa **“Rede de apoio interno”** também foi reconhecida pelos trabalhadores da saúde.

Eles têm uma solidariedade entre eles, quando um tem uma necessidade e o outro tem um pouquinho a mais, ele procura ceder para aquele que tem menos, então eu acho que isso é uma coisa natural entre eles, ajudam sim. (T1)

Eu vejo assim, é tanta necessidade social que eles acabam se ajudando, então isso é um aspecto positivo, né, eles acabam se juntando e uns ajudam o outro, por mais que ele esteja assim, na pior dificuldade, na mais miserável, eles conseguem ainda se ajudar. (T4)

Há um espírito de ajuda, eu acho que isso é um ponto positivo, não posso te falar que é de todo mundo, mas a gente percebe que tem um movimento nesse sentido. (T6)

Porém, na ausência de serviços de assistência social e em momentos em que a rede de apoio interna não é suficiente para resolver as questões emergenciais, alguns jovens recorrem à “**Rede de apoio externo**”. Essa rede apresentou-se, segundo as falas, em caráter caritativo e, em alguns casos, sugerindo trocas inescrupulosas de favores, como angariar votos para candidatos e partidos políticos. De outra forma, a ação caridosa de algumas entidades religiosas foi reconhecida entre os jovens e os trabalhadores da saúde enquanto **Rede de apoio**.

A gente não tem a quem recorrer a nada, a nada... a gente recorre assim, nos vereadores, (nome do vereador) mesmo, ele ajuda muito. Uma vez a minha filha tava sem leite, eu fui lá e pedi pra ele comprar uma caixinha, ele comprou três caixinhas de leite pra minha filha e falou 'se faltar você vem aqui, que eu te dou uma mão' (...) se ele não puder (atender), aquela hora, ele vai te vim mais tarde, ele vem até sua casa. (J2)

Tem um centro espírita lá na frente, eles doa comida, é um quilo de arroz, um litro de óleo, um leite, as vezes é uma bolacha, um biscoito, um salgadinho, então eu recorro lá. (J2)

O que tem mais de equipamento social aqui, eu já ouvi relatos, dois centros espíritas, um que entrega sopa aos sábado e outro aqui mais próximo da unidade, que entrega cesta básica, tem as igrejas, acho que tem uma igreja católica e tem as igrejas evangélicas, que eu acho que também fazem uma ajuda ai, e as escolas. (T4)

DISCUSSÃO

Partindo dos relatos dos entrevistados, pode-se notar que a migração para Ribeirão Preto esteve atrelada à falta de oferta de emprego em seus municípios de nascimento. Nota-se uma desigual distribuição nas oportunidades de trabalho, sendo essa informação corroborada por outros estudos (PERETI FILHO, CUNHA, 2017; OLIVEIRA, SANTOS, 2018), que apontam as regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro com o maior contingente de oferta de empregos. Além disso, por se tratar de uma sociedade capitalista, os processos migratórios no Brasil encontram-se intrinsecamente relacionados ao mercado de trabalho,

sendo desencadeados pelas desigualdades regionais do país, em um primeiro momento relacionada ao deslocamento campo-cidade, devido à mecanização da lavoura e, atualmente, a o processo intraurbano devido às desigualdades sociais e econômicas (OLIVEIRA; SANTOS, 2018).

Esse deslocamento se deve à expectativa de se conseguir um emprego ou uma fonte de renda nas áreas de maior concentração dos setores econômicos, porém, nem sempre é garantida a absorção do migrante pelo mercado de trabalho (OLIVEIRA; SANTOS, 2018). A não garantia de sua inclusão no mercado de trabalho pode levar, por consequência, a baixas remunerações que, associado à especulação imobiliária, impelem essa parcela da população para os aglomerados urbanos (CORREA, 2013; MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018). Assim, o fato de terem recorrido a esse local de moradia, também causa dificuldade para os jovens enfrentarem outra situação de **iniquidade**, como a busca por empregos. Essa dificuldade de ser empregado por terceiros foi relacionada ao local de moradia, tanto pela falta de comprovante formal de endereço para colocar no currículo, como pela discriminação em si.

Exigir a apresentação do comprovante de residência circunda uma questão burocrática, que poderia ser revista tanto pelos empregadores como pelo poder público. Entretanto, essa exigência além de ser uma questão de **iniquidade**, reafirma a condição de não reconhecimento dessas pessoas enquanto cidadãos (TAYLOR, 2000; SOUZA, 2018).

Em relação à discriminação, pode-se associa-la à representação social referente aos moradores de áreas de ocupação, muitas vezes permeada pelo “medo de não serem pessoas de bem” ou “estarem envolvidos com o tráfico de drogas”. Trata-se, como a maioria das representações sociais, da definição de valores a partir do ponto de vista de quem detém o poder dentro da sociedade, tendo a mídia um papel de destaque na divulgação desses estereótipos. Não necessariamente todas as pessoas vão absorver as informações veiculadas como verdadeiras, mas, a mídia contribui para o desenvolvimento de ideias e conceitos acerca dos locais que não são vivenciados diretamente por todos, de acordo com suas concepções ideológicas (CARDOSO, 2015).

Ressalta-se que não conseguir uma fonte de renda em uma sociedade capitalista, em que o acesso aos bens de consumo se dá por meio do uso do dinheiro, acarreta dificuldades até mesmo para aquisição de alimentos. Entretanto, essas questões foram pouco reconhecidas entre os trabalhadores da

saúde, que associaram a dificuldade de se conseguir emprego à “vontade de trabalhar” ou à “personalidade dos jovens” que vivem em aglomerados. Contrapondo-se a esse achado, segundo uma pesquisa realizada pela Oxfam e o Datafolha (OXFAM, 2019), o local de moradia foi reconhecido por 74% dos entrevistados como sendo um aspecto que influencia negativamente na hora de conseguir um emprego, atingindo a uma concordância de 77% entre os entrevistados que declararam ter rendimentos individuais de até um salário mínimo.

Porém, em uma das falas dos trabalhadores da saúde fica clara a presença da discriminação ao declarar que muitos jovens “escolhem” trabalhar para o tráfico de drogas devido às facilidades e a alta renda proporcionada por essa atividade. Esse ponto de vista dialoga com outros estudos (CARDOSO, 2015; SILVA, BARBOSA, 2005), que apontam a predominância da visão de que os jovens que vivem em aglomerados seriam potencialmente criminosos e violentos.

Além de ser difícil conseguir emprego, quando esse é acessado, lhes são negados os possíveis benefícios que poderiam estar atrelados a ele, como o transporte privado oferecido pela empresa contratante, devido à mesma questão de discriminação exposta acima, colocando os aglomerados como locais de criminalidade e de perigo. A negação desse tipo de benefício para pessoas de estratos de renda mais baixos pode dificultar a chegada aos postos de trabalho ou mesmo às oportunidades de cursos profissionalizantes, uma vez que ambos, trabalho e educação, em geral, não estão localizadas nas proximidades das áreas de ocupação. Esse aspecto relativo ao transporte também foi reconhecido como limitante pelos trabalhadores da saúde, que mencionaram a dificuldade para acessar programas que preparam os jovens para o mercado de trabalho, como A Fundação de Educação para o Trabalho (FUNDET). Outros benefícios apontados como necessários para a manutenção de pessoas de baixa renda nos empregos foram: a oferta de alimentação e a disponibilidade de creches para deixarem seus filhos durante o período de trabalho. O primeiro devido à dificuldade financeira para levar alimentos de casa ao trabalho, e o segundo, atingindo em sua maioria as mulheres jovens, poderia contribuir para a inserção no mercado de trabalho, bem como para a socialização dos gastos com a educação infantil das famílias de baixa renda (BARBOSA, COSTA, 2017).

Destaca-se que no Brasil são necessárias nove gerações para que uma família de renda baixa atinja uma renda média, enquanto a média dos países da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) é de cinco gerações (OCDE, 2018). A OCDE considera o sistema educacional brasileiro como uma das razões para essa manutenção da desigualdade. Segundo a agência, houve melhoria no investimento no setor, entretanto, a qualidade da educação permanece baixa, além de ser difícil seu acesso, especialmente para a população de baixa renda (OCDE, 2018). Nesse sentido, a fala dos jovens referente à necessidade de trabalhar desde muito cedo para contribuir com a renda familiar vai ao encontro da colocação da OCDE, conduzindo ao distanciamento da escola e, por consequência, a falta de formação profissional e às piores oportunidades de emprego e de renda.

Outros motivos relacionados ao afastamento dos jovens da escola foram: a falta de professores, o não planejamento da localização das escolas e a baixa qualidade do ensino. Os trabalhadores da saúde conseguiram identificar apenas este último, mas ainda assim de maneira parcial, pois alguns depositaram nos estudantes a justificativa pela falta de professores, devido ao medo da violência exercida pelos jovens nas escolas de periferia. Em relação à qualidade do ensino, há correspondência na literatura de que esta deveria ser, de fato, melhorada, tornando-se mais atrativa para os jovens. No entanto, também foi apontada a presença de condições desfavoráveis para que isso ocorra, como entraves econômicos, institucionais, de tempo e de espaço (TARTUCI, et al, 2018), além da falta de iniciativas voltadas aos grupos de jovens de faixas de renda mais baixas, com maiores dificuldades para frequentar a escola (TARTUCI, et al, 2018). Destaca-se a importância de um olhar mais equitativo para essa população ao observar os dados relacionados ao Ensino Médio no Brasil, que apontam, no ano de 2017, uma taxa líquida de matrículas de 91,1% entre os jovens de 15 a 17 anos que se enquadram na faixa de renda dos 25% mais ricos, enquanto os 25% mais pobres apresentaram uma taxa de 57,3% para o mesmo período (CRUZ, MONTEIRO, 2018). Esse último dado reforça a colocação anterior da OCDE quanto à maior dificuldade de inserção no Ensino Médio por parte dos jovens de baixa renda (OCDE, 2018).

Outra **iniquidade** para acessar os espaços de ensino formal está relacionada à exigência do comprovante de endereço, uma vez que sem esse documento não é possível fazer a matrícula na escola, caracterizando, mais uma

vez, a negação sistemática de direitos (HONNETH, 2009). A dificuldade de acesso à educação formal e reconhecida induz a permanência desses jovens nas faixas de renda mais baixas, pois dentro de uma sociedade onde o nível de educação formal é valorizado e utilizado como meio para selecionar pessoas para determinados empregos, esses jovens acabam se vendo obrigados a vender sua força de trabalho dentro de uma lógica pouco valorizada, ou seja, com precárias condições de trabalho, sem direitos trabalhistas e com baixos salários.

Quando conseguem ultrapassar as barreiras acima descritas para estudar, ainda têm de enfrentar preconceitos advindos de seus colegas de escola, que reproduzem a discriminação manifesta na sociedade em geral. Dessa forma, uma alternativa encontrada pelos moradores de alguns aglomerados foi buscar pessoas que pudessem levar o conhecimento formal para dentro desse território. Apesar da alta potencialidade de criação de autonomia desses sujeitos, essas aulas ainda não são reconhecidas enquanto formação institucional, ou seja, não geram certificação que possa ser apresentada em um momento de busca por emprego. Soma-se a essa questão, o fato de não se tratar de uma política pública, mas sim da ação de voluntários, não havendo garantia de continuidade e, tampouco, da institucionalização da participação social. Reforça-se que essa ação poderia ser considerada, pelo poder público, enquanto um projeto piloto, a fim de possibilitar o acesso dessa população a melhores níveis de educação formal.

Outro aspecto influenciado pela discriminação e o não reconhecimento enquanto cidadão foi a condição da segurança pública, dentro e fora dos aglomerados, gerando grandes **iniquidades**. No interior dos aglomerados quando a polícia não atende aos chamados que partem de dentro das ocupações ou quando os próprios moradores evitam contatar a polícia para não ficarem “mal vistos” perante aos demais moradores do “bairro”, entendendo que essa dinâmica poderia influenciar negativamente o processo de urbanização do espaço. Ainda em relação aos moradores, nos dois aglomerados onde o tráfico exercia um papel coercitivo, evitava-se chamar a polícia para não afrontar essa força imposta. Além disso, por serem respaldados pela visão de senso comum divulgada pela mídia (CARDOSO, 2015), o Estado, na figura da polícia, também exerce violência contra os moradores dos aglomerados, ao invadirem as casas em busca dos “traficantes”, sem apresentarem mandado de segurança, de forma truculenta, como relatado pelos jovens entrevistados.

Diante dessa realidade, a **Rede de Apoio** com a qual os moradores dos aglomerados podiam contar eram eles mesmos, e, apesar de contraditório, com o próprio tráfico, pois mesmo tendo sido identificado como Rede de Apoio nos dois aglomerados onde estão presentes enquanto força “organizativa”, também foram relacionados ao uso de coerção para impor sua “lei”. Os trabalhadores da saúde mencionaram apenas o tráfico enquanto **Rede de Apoio** interno para as questões de segurança dos aglomerados, não sendo reconhecida a organização dos próprios moradores para manter alguma segurança no local.

Em contrapartida, os trabalhadores reconheceram a polícia como **Rede de Apoio** dos aglomerados e como se estes combatessem apenas o tráfico de drogas, o que corrobora uma visão de senso comum (CARDOSO, 2015), sendo colocada a falta de afinidade com a polícia por parte dos jovens dos aglomerados como mera questão de “gosto”. Apesar da visão apresentada pelos trabalhadores da saúde, os dados epidemiológicos divulgados e de conhecimento público, mostram o alto índice de homicídios de jovens pelo Estado, devido ao mau uso da força policial (IPEA, 2018).

Além das violações relatadas pelos jovens dentro dos aglomerados, fora destes, eles também sofrem com a violência institucional (LADEIA, MOURÃO, MELO, 2016), sendo abordados com frequência em batidas policiais, em geral no centro da cidade, e sendo seguidos em shoppings pelos seguranças particulares. Ressalta-se que a segurança pública é considerada um Direito Social (BRASIL, 1988) e quando executada de forma justa e equânime, auxilia na promoção do acesso à cidadania e ao direito de ir e vir, que são conquistas fundamentais da sociedade.

O desrespeito ao direito à segurança é somado às barreiras de acesso aos espaços de cultura e lazer, à escola e outros serviços essenciais, como retratados pelos jovens entrevistados. De forma geral, trata-se da negação do direito à cidade. Nesse sentido, deve-se refletir sobre as funções, as formas e a estrutura das cidades, bem como as necessidades sociais relativas à vida urbana (LEFEBVRE, 2001). Todavia, é recorrente a prática de se organizar o espaço urbano a partir das condições socioeconômicas de sua população, compreendido como uma mercadoria, viabilizando o acesso às regiões com melhor infraestrutura apenas às pessoas que podem pagar por esse “benefício”. Tendo em vista que a maior parcela da população brasileira se concentra nas faixas de renda mais baixas (IBGE, 2018), por consequência tem-se a instalação dessas

pessoas em regiões carentes de bens necessários para a sua reprodução e mínima garantia de qualidade de vida (BATTAUS, OLIVEIRA, 2016). Apesar de se tratar de uma questão de **iniquidade**, socialmente construída e que beneficia uma parcela muito pequena da população, em detrimento a sua maioria, esse tipo de organização da cidade, na qual faltam espaços de cultura e lazer próximos aos aglomerados foi relatado pelos trabalhadores da saúde de forma naturalizada, “inerente” à condição de se morar em um aglomerado. Entretanto, a viabilização do direito à cidade também efetiva à dignidade dos indivíduos e faz cumprir a sua função social, prevista na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Uma via de superação da dificuldade de acesso a outros espaços da cidade foi a **Rede de apoio** interno, conformada pelos próprios moradores, que viabilizou a construção e o cuidado de espaços de lazer internos aos aglomerados. Apesar de se tratar de uma ação importante, pois de alguma forma os jovens conseguem acessar espaços de promoção da saúde (BRASIL, 2010), mantém-se essa população segregada (BATTAUS, OLIVEIRA, 2016), até mesmo do restante do próprio bairro onde estão localizados. Foram identificados poucos espaços fora dos aglomerados ou atividades pontuais de lazer voltadas aos jovens. Uma das críticas trazidas pelos entrevistados foi justamente a não participação da população que vive nos aglomerados nas escolhas das atividades que são oferecidas a eles e a falta de continuidade das mesmas.

Destacou-se o projeto denominado “Jovens Protagonistas”, realizado pela Fundação Feira do Livro de Ribeirão Preto, como uma ação potencial de transformação local (RIBEIRÃO PRETO, 2013). Segundo um dos entrevistados, esse projeto possibilitou se pensar a cultura a partir de uma perspectiva mais crítica, com a formação de lideranças e multiplicadores locais, inseridos na realidade. Como ganho secundário, esse projeto promoveu a interação entre os jovens dos aglomerados e lideranças culturais do município, que atuam também nesse projeto, identificados como influência positiva e exemplos para os jovens dos aglomerados.

Já o difícil acesso ao serviço de assistência social impacta na garantia da seguridade social (BRASIL, 1988), uma vez que a população que vive em aglomerados, de maneira geral, seria considerada usuária desse serviço por encontrar-se em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2009). É atribuição do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) atuar junto às famílias e aos indivíduos “em seu contexto comunitário” (BRASIL, 2009, p.35) e oferecer a

proteção básica, por meio de programas específicos e da prestação de informações e orientações à população de sua área de abrangência, fazer articulações com a rede de proteção social local e encaminhar a população local para as demais políticas públicas e sociais:

possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem a sustentabilidade, de forma a romper com o ciclo de reprodução intergeracional do processo de exclusão social, e evitar que estas famílias e indivíduos tenham seus direitos violados, recaindo em situações de vulnerabilidades e riscos. (BRASIL, 2009, p.35-36)

O município de Ribeirão Preto, por ser considerado de grande porte segundo a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2009), deveria contar com a cobertura de serviços de proteção social básica, operados por intermédio dos CRAS, com grupos territoriais de até 5.000 famílias em situação de vulnerabilidade. Entretanto, segundo o Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021 (PMAS/2018-2021) (RIBEIRÃO PRETO, 2018), o município apesar de contar com seis CRAS, tem como meta a implantação de outros dez serviços desse tipo. Mesmo não sendo mencionada nesse documento a cobertura dos CRAS existentes, pode-se inferir que exista carência desse serviço, tendo em vista o número proposto como meta para ampliação. Não foram encontrados estudos recentes que mencionem essa deficiência no município, mas é possível corroborar os achados do presente estudo com a necessidade de ampliação do número de CRAS apontados pelo PMAS/2018-2021 a fim de relacionar a dificuldade de acesso a esse serviço por parte da população que vive nos aglomerados. Nesse sentido, a questão estrutural do município pode estar interferindo no acesso ao direito dos cidadãos aos serviços que poderiam ser prestados pelos CRAS, inclusive em relação a oferta de cursos ou espaços para a população jovem, uma vez que para acessá-los, os moradores precisam se deslocar por longas distâncias e despende recursos financeiros com transporte nos momentos em que estão mais fragilizados.

A despeito da atual forma de estruturação do setor de Assistência Social, no município, ela foi reconhecida pelos participantes da pesquisa enquanto uma **Rede de Apoio** para o recebimento de benefícios, como “Bolsa Família”, a entrega de leite, oferta de alguns cursos para determinadas faixas etárias e auxílio, quando procurados pelas lideranças dos aglomerados, para a retirada de documentos pessoais. Essas são atividades de alta relevância social, mas não se pode esquecer que a sua função poderia ser mais ampla (BRASIL, 2009) e atingir

um maior número de jovens de maneira a promover uma qualidade de vida melhor, se o número de CRAS fosse suficiente e, nesse último caso, se fosse garantida a sua operação alinhada às necessidades da população que mora nos aglomerados.

Devido à dificuldade de acesso ao Serviço Social, a **Rede de Apoio** interno é acionada, contando com a Associação de Moradores e com os próprios moradores dos aglomerados para a oferta pontual de cestas básicas, busca de doações de roupas, compra de medicamentos e transporte para ir ao serviço de saúde. Essa forma de solidariedade também foi reconhecida pelos trabalhadores da saúde, porém, apesar de muito importante para a resolução de alguns problemas, não se pode perder de vista a fragilidade de tal Rede de Apoio. Trata-se de pessoas em situação de vulnerabilidade social ajudando outras em semelhante condição, sendo fornecida, muitas vezes, uma pequena quantidade de suporte por tempo limitado (PROWSE, 2003).

Outra **Rede de Apoio** acionada é externa aos aglomerados, advinda de entidades religiosas e vereadores, em forma de caridade. Também são importantes para que as pessoas não sucumbam frente à fome ou por condições agudas relacionadas à falta de dinheiro. No entanto, este modelo de “ajuda” mantém o *status quo*, ou seja, não contribui para que essas pessoas de fato saiam da situação de vulnerabilidade, remediando aspectos emergentes que a situação econômica e social lhes impõe.

A crítica às ações caritativas foi fortemente impulsionada pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, que tinha como lema a luta por direitos amplos de saúde, inclusive a de moradia adequada e condições dignas de vida (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011; PAIM, 2008). Nesse sentido, a caridade também pode mascarar ou remediar a condição de falta de acesso a direitos fundamentais dessa população (HONNETH, 2009). Além do mais, quando o auxílio vem por meio de pessoas com cargos eletivos do legislativo municipal, que dependem do voto para se eleger, essa caridade assume uma conotação bastante problemática, de troca por votos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados dessa pesquisa identificaram a existência da negação sistemática de direitos, na medida em que condição de nascimento em uma família de baixa renda influencia o acesso ao direito à moradia e, por

consequência, ao trabalho, à educação, à segurança pública, à cultura e ao lazer e às políticas de proteção social.

A condição de baixa renda conduz os jovens ao trabalho precoce, afastando-o dos estudos, ou seja, de um nível educacional que lhes é cobrado no momento da inserção no mercado de trabalho. Dessa forma, essa inserção pode acontecer por meio de empregos menos valorizados e com piores condições de trabalho.

A negação à moradia, relacionada à falta de políticas públicas e à dificuldade de inserção no mercado imobiliário formal, devido aos altos preços praticados, dirige os jovens aos aglomerados, fixando-os em terrenos sem regularização fundiária e, por isso, sem um comprovante de endereço formal. A ausência desse documento se constitui em um obstáculo para conseguir um emprego ou a matrícula escolar.

Além disso, verificou-se outras situações de exclusão social: o estigma construído socialmente a respeito dos aglomerados e de seus moradores influenciando a conquista do emprego; a discriminação dentro das escolas e por parte dos vizinhos de bairro; a justificativa e a legitimação do uso da violência policial contra essa população, dentro e fora dos aglomerados; a dificuldade de acesso aos demais espaços de cultura e lazer da cidade devido à localização periférica dos aglomerados e a naturalização dos espaços da cidade enquanto mercadorias restritas a quem pode pagar. A localização geográfica também foi apontada como inerente à dificuldade de acesso aos serviços de proteção social, que deveriam estar organizados justamente para atender a população em situação de vulnerabilidade social.

Como principais Redes de Apoio para o enfrentamento parcial das negações sistemáticas de direitos encontrou-se: os próprios moradores, que fazem sua segurança, criam espaços de lazer dentro dos aglomerados e se organizam para conseguir auxílios sociais; o tráfico de drogas, que apesar de também ser um fator de iniquidade e exercer seu poder de forma coercitiva, acaba cumprindo a função de segurança quando o Estado se ausenta dessa responsabilidade; pessoas voluntárias, que levam a possibilidade de estudo para dentro dos aglomerados, apesar não emitir uma certificação reconhecida socialmente, contribui de alguma forma para a melhora da autonomia dos indivíduos; a Assistência Social, apesar de dificultado o acesso, trata-se de um serviço que contribui para a melhora de renda dessa população por meio do

fornecimento de benefícios sociais. Não obstante serem reconhecidas enquanto Rede de Apoio, as ajudas caritativas advindas de vereadores e de instituições religiosas, são importantes para que as pessoas não sucumbam frente às questões mais agudas, como a fome, mas essa forma de “auxílio” não contribui para as mudanças estruturais necessárias.

Considera-se, finalmente, que essa negação sistemática de direitos, que usa de pano de fundo argumentos diversos, tem em sua base o não reconhecimento enquanto cidadãos dos jovens de baixa renda que vivem em aglomerados. Sendo essa dinâmica naturalizada pelo Estado e pela sociedade em geral, com base em estereótipos construídos socialmente e reproduzidos sem muitas críticas. Apesar de essa dinâmica ser reconhecida pelos jovens que participaram da pesquisa, o seu não reconhecimento enquanto cidadão limita seu potencial de ação e enfrentamento dessa situação. Do outro lado, a visão dos trabalhadores de saúde se aproximou mais da visão da sociedade em geral, apesar de estarem próximos fisicamente dos aglomerados e de seus moradores. Os resultados não esgotam essa complexa temática, entretanto podem contribuir para subsidiar a reflexão acerca dos problemas e da formulação de políticas públicas específicas, garantidoras dos direitos fundamentais desses jovens.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. L. N. H.; COSTA, J. S. M. A oferta de creche e participação das mulheres no mercado de trabalho no Brasil. Nota técnica: mercado de trabalho, IPEA, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: set./2019.

_____. Política Nacional de Assistência Social/2004, Norma Operacional Básica–NOB/SUAS. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PN_AS2004.pdf. Acesso em: setembro/2019.

BATTAUS, D. M. A.; OLIVEIRA, E.A.B. O direito à cidade: urbanização excludente e a política urbana brasileira. Lua Nova, São Paulo, 97: 81-106, 2016.

CAIRES, I. S.; VICENTINE, F.B.; FERREIRA, J.B.B. (Submetido) A construção de roteiros de entrevista a partir do referencial dos Determinantes Sociais da Saúde: enfoque na população jovem que vive em aglomerados subnormais. Cadernos de Saúde Coletiva. Submetida em: 04/2019.

CARDOSO, C. O espaço e o lugar na favela: as diferentes representações e identificações sobre a Favela da Maré, Rio de Janeiro. Geosul, Florianópolis, v.30, n.59, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/geosul/article/view/2177-5230.2015v30n59p117/30135>. Acesso em: set./2019.

CORRÊA, R. L. Sefregação residencial: classes sociais e espaço urbano. In: VASCONCELOS, P. A.; CORRÊA, R. L.; PINTAUDI, S. M. A cidade contemporânea – segregação espacial. São Paulo: Contexto, 2013, p.39-59.

CRUZ, P.; MONTEIRO, L. (Org.). Anuário brasileiro da Educação Básica. Pnad contínua, Ed. Moderna, São Paulo, 2018. Disponível em: https://todospelaeducacao.org.br/uploads/20180824-Anuario_Educacao_2018_atualizado_WEB.pdf?utm_source=conteudoSite. Acesso em: set./2019.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. Institute for Future Studies, 1991.

FLORES, J. H. A reinvenção dos direitos humanos. Florianópolis, Fundação Boiteux, 2009. Disponível em: https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253519/mod_resource/content/1/Joaquin%20Herrera%20Flores%20-%20A%20reinven%C3%A7%C3%A3o%20dos%20direitos%20humanos.pdf. Acesso em: Ag./2019.

HERKENHOFF, M. B. O papel do líder comunitário. Vitória: Secretaria de Proteção e Difusão Cultural/UFES, 1995.

HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. São Paulo: editora 34, 2ª edição, 2009, 296p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.. Censo 2010: aglomerados subnormais – informações territoriais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>. Acesso em: jul. 2019.

_____. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. Acesso em: set./2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Atlas da violência 2018. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: ag./2019.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. *Ver. Med. Minas Gerais*, 26 (Supl.8), 2016, p.398-401.

LEFEBVRE, H. O direito à cidade. São Paulo, Centauro, 2001. Disponível em: https://monoskop.org/images/f/fc/Lefebvre_Henri_O_direito_a_cidade.pdf. Acesso em: setembro/2019.

MARICATO, E.; COLOSSO, P.; COMARÚ, F. A. Um projeto par as cidades brasileiras e o lugar da saúde pública. *Saúde debate*, n.42, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe3/199-211/>

MARSCARO, A.L. Introdução ao estudo do direito. 3ª Ed., Atlas, São Paulo, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

OLIVEIRA, A.M.S.; SANTOS, T.N. Os desdobramentos do processo de migração: dimensões e características. *Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*. Vitória/ES, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/ABEPSS/article/view/22970/15507>. Acesso em: setembro/2019.

OCDE. Um elevador social quebrado? Como promover a mobilidade social. 2018. Disponível em: <https://www.oecd.org/brazil/social-mobility-2018-BRA-PT.pdf>. Acesso em: ag./2019.

OXFAM. Nós e as desigualdades: pesquisa Oxfam Brasil/Datafolha – percepção sobre desigualdades no Brasil. 2019. Disponível em: https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/relatorio_nos_e_as_desigualdades_datafolha_2019.pdf. Acesso em: set./2019.

PAIM, J. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008.

PAIM, J; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil** 1, 2011.

PERETTI FILHO, V.; UNHA, M. S. Diferenças regionais na oferta de trabalho no Brasil. *IGepec*, Toledo, v.21, n.1, 2017. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/viewFile/14875/11658>. Acesso em: ag./2019.

PROWSE, M. Towards a clearer understanding of ‘vulnerability’ in relation to chronic poverty. CPRC Working Paper, n. 24, 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Regimento Interno do Conselho de Moradia Popular. Aprovado em 29 de maio de 2012. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/sccivil/conselho/reg_interno.pdf. Acesso em: agosto/2019.

_____. Fundação Feira do Livro de Ribeirão Preto: Projeto jovens protagonistas. 2013. Disponível em: <https://fundacaodolivroeleiturarpo.com/combinando-palavras/jovens-protagonistas/>. Acesso em: setembro/2019.

_____. Plano Municipal de Assistência Social – 2018-2021. Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/scidadania/pdf/2021-2018-pmas.pdf>. Acesso em: setembro/2019.

RUBIO, D. S. Fazendo e desfazendo direitos humanos. 1ª. Ed. Tradução Clóvis Gorczewski, EDUNISC, Santa Cruz do Sul, 2010.

SILVA, J.; BARBOSA, J. L. Favela Alegria e dor na cidade. Rio de Janeiro: Senac Rio Editora, 2005. 232p.

SOUZA, J. Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro. Rio de Janeiro: LeYa, 2018.

TARTUCE, G.L.B.P.; MORICONI, G. M.; DAVIS, C. L. F.; NUNES, M. M. R. Desafios do Ensino Médio no Brasil: iniciativas das Secretarias de Educação. CADERNOS DE PESQUISA, v.48 n.168, 2018 .

TAYLOR, C. Argumentos filosóficos. Edição Loyola, São Paulo, 2000.

VINUTO, J. a amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genova, 2010.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS – TESE DE DOUTORADO

A construção dessa tese expôs a questão da negação sistemática de direitos a partir do não reconhecimento dos jovens que vivem em aglomerados enquanto cidadãos. Inclusive, pode-se questionar a própria categoria de juventude enquanto sendo acessada apenas por uma parcela mais privilegiada da sociedade, enquanto os jovens desse estudo acabam saindo da infância diretamente para as responsabilidades de pessoas adultas, sem poderem vivenciar de forma progressiva a fase de transição entre essas categorias.

Essa dinâmica, que inclui a discriminação e o uso de violência contra essa população, é legitimada pela falta de reconhecimento de seus direitos. Entretanto, o direito à propriedade, mesmo que esta descumpra a função social imposta pela Constituição Federal/88, é fortemente legitimada pela sociedade em geral e pelo Estado: nos órgãos do executivo, a exigência do comprovante de endereço para que os serviços públicos sejam acessados, a não escuta das demandas trazidas por essa população e a ausência de infraestrutura básica necessária para uma condição de vida digna; no legislativo, a falta de políticas públicas que realmente criem oportunidades para os indivíduos que vivem em aglomerados; no judiciário, o reforço da ideia de que as pessoas que estão lutando pelos seus direitos à moradia são criminosas, ao sentenciar as remoções forçadas e autorizar o uso da força policial para que esta seja cumprida.

Como forma de enfrentamento dessas iniquidades, a população que vive em aglomerados conta com apoio de Movimentos Sociais e advogados populares, além de se organizarem internamente para suprir, de alguma forma, a ausência do Estado em relação às políticas públicas e aos serviços essenciais. Outras formas de apoio, como doações de materiais de construção, de roupas e alimentos, são importantes para resolver questões mais emergentes, no entanto, não contribuem para que o problema estrutural seja resolvido, ou para que se diminua o estigma em relação aos jovens que vivem em aglomerados. Apesar de ser de extrema importância a existência do Capital Social para minimizar as iniquidades, da forma como estão disponíveis não é possível alterar os DSS estruturais, destacados anteriormente, que geram e mantêm essa população em condições indignas de moradia e de falta de reconhecimento enquanto cidadãos.

Nota-se que os trabalhadores da saúde, de forma geral, apresentaram uma visão mais próxima ao senso comum em relação a essa população, nomeando a ocupação dos terrenos como “invasões” ou naturalizando aspectos como a

remoção forçada e a ida de famílias para os aglomerados como uma etapa para a estruturação financeira das mesmas. Suas principais preocupações estiveram muito ligadas aos aspectos mais superficiais, relacionados às questões físicas de moradia, número de moradores por habitação e infraestrutura em geral, como água e rede de esgoto. Nesse sentido, caberia pensar estratégias para sensibilizar e responsabilizar os trabalhadores da APS, uma vez que o setor saúde é um importante DSS para o enfrentamento de iniquidades e a APS é a porta de entrada preferencial do SUS. Ao não conseguir “enxergar” essa parcela da população de forma integral, pode-se incorrer no risco de se reproduzir violências contra ela e de não se cumprir o princípio da equidade.

Este estudo, a partir do referencial teórico dos DSS, produziu fortes evidências relativas aos fatores de iniquidades aos quais os jovens de aglomerados subnormais estão expostos, além da rede social que dispõem para o enfrentamento dessa injusta condição. Os resultados não esgotam essa complexa temática, mas contribuem para subsidiar a reflexão crítica sobre o problema e a formulação de políticas públicas específicas, garantidoras dos direitos fundamentais que caracterizam um cidadão pleno.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – TESE DE DOUTORADO

ANDRÉ, M.; LÜDKE, M. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 25-44, 1986.

AMMANN, S. Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil. São Paulo: Cortez, 1987.

AYRES, J. R. C. M.; CARVALHO, Y. M.; NASSER, M. A.; SALTÃO, R. M.; MENDES, V. M. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, 2012.

BARATA, R. B. Iniquidade e Saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, n. 51, p. 138-145. São Paulo, 2001.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. Lei no 12.852, de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Publicada em 06/08/2013. Brasília, 2013a.

_____. Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 112 p, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, 2ª edição, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Resolução no 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Publicada em 06/06/2012. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Conselho Nacional de Saúde. 2. Ed. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Publicada em 24/10/2011. Brasília, 2011.

CAIRES, I. S.; VICENTINE, F.B.; FERREIRA, J.B.B. (Submetido) A construção de roteiros de entrevista a partir do referencial dos Determinantes Sociais da Saúde: enfoque na população jovem que vive em aglomerados subnormais. Cadernos de Saúde Coletiva. Submetida em: 04/2019.

CARVALHO, I. M. M.; PEREIRA, G. C. Dinâmica metropolitana e segregação socioespacial. Caderno CRH, v. 20, n. 50, 2007.

CATANHO, L. (notícia) Em menos de dois anos, número de favelas quase dobra em Ribeirão Preto. Jornal A Cidade On, 2018. Disponível em: <https://www.acidadeon.com/ribeiraopreto/cotidiano/cidades/NOT,0,0,1312777,em+menos+de+dois+anos+numero+de+favelas+quase+dobra+em+ribeirao+preto.as+px>. Acesso em: jun./2019.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J.; et al. (Org.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final, p. 216, 2008.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. Institute for Future Studies, 1991.

_____. Levelling up (part 1): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

DATAFAVELA. Radiografia das favelas brasileiras. 2013.

DURSTON, J. Juventud rural excluída em America Latina: reduciendo La invisibilidad. In: Congresso Latino Americano de Sociologia, 1997. Anais, São Paulo: [s.n.], 1997.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FERREIRA, J S. W. Globalização e urbanização subdesenvolvida. São Paulo em perspectiva, v.14, n.4, 2000.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2683.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. Avaliação de quarta geração. Ed. Unicamp, Campinas, 2011

HERKENHOFF, M. B. O papel do líder comunitário. Vitória: Secretaria de Proteção e Difusão Cultural/UFES, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro, 2014.

_____. Censo 2010: aglomerados subnormais – informações territoriais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015164811202013480105748802.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2016.

IPEA. Atlas da violência. 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: set./2019

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, 2005.

KIELING, F. S. A juventude como faixa etária. In: ZORZI, A.; KIELING, F. S.; WEISHEIMER, N.; FACHINETTO, R. F. (Orgs.). Sociologia da juventude. Série Por dentro das Ciências Sociais. Curitiba: InterSaberes, 2013. p. 207.

LUTTRELL, C.; QUIROZ, S.; SCRUTTON, C.; BIRD, K. Understanding and operationalising empowerment. Working Paper 308, 2009. Disponível em: <http://www.odi.org.uk/resources/download/4525.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Técnicas de análise do material qualitativo. In: _____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007. cap.11, p. 303-360.

MINAYO, M. D. S.; SANCHES, O. D. É. C. I. O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. Cadernos de saúde pública, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. *Pesquisa em saúde pública: Como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados*. Curitiba: Appris, 2014.

OJIMA, R. As cidades invisíveis: a favela como desafio para a urbanização mundial. R.bras.Est.Pop., São Paulo, v.24, n.2, 2007.

PEOPLES HEALTH MOVEMENT. The People's Charter for Health. Dhaka, 2000.

_____. Cuenca Declaration. Cuenca, 2005.

RAMOS, D. L. P.; JUNQUEIRA, C. R.; PUPLAKSIS, N. V. Benefícios da avaliação ética de protocolos de pesquisa qualitativa. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICHER, F. (Orgs.). Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. Ed. Hucitec, São Paulo, 2008. p. 193 – 205.

RAPHAEL, D.; BRYANT, T. Maintaining population health in a period of welfare state decline: Political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. Promotion and Education. 13 (4), 236-42, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17410974>. Acesso em: jun./2019.

RIBEIRO, L. C. Q. R. Cidade e cidadania: inclusão urbana e justiça social. Cienc.Cult., v. 56, n. 2, 2004.

RIBEIRÃO PRETO. Conselhos municipais de Ribeirão Preto. Disponível em:

<<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/cidadania/i99indconselhos.php>>. Acesso em 20 jul. 2016.

SANCHIS, E. Da escola ao desemprego. Rio de Janeiro: Agir, 1997.

SILVA, V. R.; SILVA, R. S. Política Nacional da Juventude: trajetória e desafios. Caderno CRH, v. 24, n.63, p. 663-678, 2011.

STARFIELD, B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação. Ed. Atlas, São Paulo, 1987, 175 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA-FILHO, N. F. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 2, p. 217-226, 2009.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência. Os jovens do Brasil. Brasília: Ed. Garamond, Unesco, Instituto Ayrton Senna, 1998

_____. Mapa da Violência: os jovens do Brasil. Brasília, 2014. Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

WEISHEIMER, N. A situação juvenil na agricultura familiar. 2008. 330f. Tese (Doutorado em sociologia) – Programa de pós-graduação em sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

_____. A construção social da juventude. In: ZORZI, A.; KIELING, F. S.; WEISHEIMER, N.; FACHINETTO, R. F. (Orgs.). Sociologia da juventude. Série Por dentro das Ciências Sociais, Curitiba: InterSaberes, 2013, 207 p.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv, v. 22, n. 3, p. 429-45, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genova, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; ROCKEFELLER FOUNDATION. Intersectoral action for health: the way ahead. Report of the WHO/Rockefeller Foundation meeting on Intersectoral action for health. Bellagio, Italy. New York, Rockefeller Foundation, 1986.

APÊNDICES

APÊNDICE I

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Pós pré-teste) – Jovens de 15 a 29 anos

Data da entrevista: __/__/

Hora de início: Hora de término:

(OBS: Ler TCLE, perguntar se tem alguma duvida. **Ligar o gravador.**)

(**Falar::** "a entrevista está dividida em três partes, sendo a primeira relacionada a você, a segunda a comunidade na qual você vive e a terceira aos jovens que vivem na comunidade. Tudo o que você falar ficará sob sigilo/em segredo, como já foi explicado anteriormente. Se tiver alguma duvida, em qualquer momento, pode perguntar").

BLOCO A - Identificação do(a) Participante

1. Nome:
2. Data de nascimento: __/__/_____
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Como você classifica a cor da sua pele?
5. Até que série estudou?

6. Me conta, com as suas palavras, quem é você?

(Se precisar, falar: O que você gostaria que soubessem sobre você ou o que você acha importante dizer sobre você.)

Apenas para complementar, vou perguntar algumas outras coisas que você não trouxe. Fique à vontade para responder: (apontar apenas o que não foi falado)

- Quais são suas qualidades e defeitos?
- Tem alguma religião/crença (qual influência na vida?)
- Pratica alguma atividade física? (qual, local e frequência)
- Tem alguma atividade de lazer? (qual, local e frequência)
- Já repetiu algum ano na escola ou desistiu de estudar (por quê?)
- Você trabalha? Qual é sua profissão/ocupação (local)
- Com qual idade que começou a trabalhar?
- Como são as condições de trabalho (ambiente, barulho, estresse, carteira assinada, respeito)
- Vê alguma relação entre o local de moradia e conseguir emprego?

7. Me conta um pouco sobre a sua história de vida.

(Se precisar, falar: Como você chegou a ser o que é hoje)

Para complementar também, vou perguntar algumas outras coisas que você não trouxe, mas que consideramos importante saber. Fique à vontade para responder: (apontar apenas o que não foi falado)

- Quem foram os responsáveis pela sua criação?
- Tem algum(a) Influenciador(a)/exemplos (próximos ou digitais)? (quem?)
- Há quanto tempo mora na comunidade?

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Onde morava antes de morar na comunidade? ○ Motivo de ter ido morar na comunidade ○ Chegou a se preocupar se faltaria comida em casa? (Se puder, fale um pouco sobre isso) ○ Já se envolveu em alguma situação de violência? ○ Tem filhos? ○ Já fez uso de alguma droga? (licitas ou ilícitas; quando e por que começou usar? Já sentiu necessidade de reduzir o uso ou parar?)
<p>8. Como você relataria <u>as suas</u> condições atuais de vida?</p> <p>(Se precisar, falar: <i>Como você vive, mora, se alimenta, se veste, se mantém financeiramente, suas condições de saúde</i>)</p>	<p>Igual nas questões anteriores, eu vou perguntar algumas outras coisas que você não trouxe, mas que consideramos importante saber. Fique à vontade para responder: <i>(apontar apenas o que não foi falado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Essa moradia é própria ou alugada? Número de cômodos? Banheiro fica dentro ou fora de casa? ○ Quantas pessoas moram na mesma casa? Quem são? (parentesco) ○ Qual é a renda média mensal? Quem contribui para essa renda? ○ Recebe algum tipo de auxílio? ○ Como é o acesso a bens de consumo (alimentos, roupas, entre outros, bens que entende como importantes para uma vida digna) ○ Tem algum problema de saúde? (relaciona com a condição de moradia ou a ser jovem?)

BLOCO B – Aspectos relacionados à comunidade

(Falar: “Agora vamos iniciar as questões relacionadas comunidade/favela/vila onde você vive”)

<p>9. Você contou um pouco sobre as suas condições de vida. Agora eu gostaria que falasse sobre as <u>condições de vida das pessoas da comunidade/favela/vila</u>, por favor.</p>	<p>Vou perguntar algumas outras coisas que você não trouxe e gostaria que pensasse na maior parte das pessoas para responder, o que predomina na comunidade: <i>(apontar apenas o que não foi falado)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qual o material que as casas são feitas? ○ Tem energia elétrica (É regularizada? Falta com frequência?) ○ A água é encanada? (Falta com frequência? Qual é a qualidade da água?) ○ Como é feito o descarte do lixo? (queimar, enterrar, tem coleta?)
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Se tiver coleta de lixo</u>, considera suficiente para manter o local limpo? ○ Fale sobre a limpeza das vias públicas. (presença de garis) ○ O esgoto é encanado (sanitário) ou corre a céu aberto? ○ O que usam para cozinhar os alimentos? (gás, lenha) ○ As pessoas têm geladeiras? (<u>Se não</u>, como é feita a conservação alimentos) ○ Tem mercados próximos? Fala um pouco sobre a variedade, qualidade, preço. ○ Tem alguma Horta/Horta Comunitária (Já tentaram fazer? Conte um pouco) ○ Como você vê a questão da mobilidade urbana? (Uso de transporte para trabalhar, ter lazer) ○ Tem muita rotatividade de moradores? (<u>Se sim</u>, como você vê essa questão?) ○ Qual é o tipo de trabalho mais comum entre os moradores? (homens e mulheres) ○ Qual a fonte de renda que predomina? (salário, auxílio, algum outro)
<p>10. Quais são os aspectos positivos que você identifica na comunidade/favela/vila onde você vive?</p> <p>(Coisas que considera como boas, coisas que fazem bem para as pessoas)</p> <p>(OBS: Deixar a pessoa responder antes de passar para a próxima)</p>	<p>Vou falar mais alguns itens e você me diz se na comunidade/favela/vila tem algum desses aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajuda entre os moradores ○ Ação realizada por pessoas da comunidade para ajudar a própria comunidade (lideranças) ○ Confiança entre os moradores ○ Se sentir seguro (<u>se sim</u>, quem mantém a segurança?) ○ Atividades de interação/festas comunitárias ○ Espaço comunitário ○ Espaço religioso ○ Espaços de lazer ○ Associação de moradores ○ Assembleias para organizar a comunidade/favela/vila ○ Outros (especificar): <p>(OBS: pedir para a pessoa falar um pouco mais sobre os itens que estiverem presentes na comunidade – se forem espaços, quem costuma frequentar)</p>

<p>11. Tem alguma praça ou área de lazer próxima da comunidade/favela/vila? (Especificar)</p> <p>12. As pessoas da comunidade/favela/vila frequentam esse espaço?</p>	<p>(Se <u>sim</u> para a 12, falar: Em quais períodos? Com qual frequência semanal? Existe uma faixa etária predominante das pessoas que utilizam o local? Se sim, qual?)</p> <p>(Se <u>não</u> para a 12, falar: existe algum motivo para a área não ser utilizada).</p>
<p>13. Quais são os problemas que você identifica na comunidade/favela/vila onde você vive?</p> <p>(Coisas que considera como ruim, coisas que fazem mal para as pessoas)</p> <p>(OBS: Deixar a pessoa responder antes de passar para a próxima)</p>	<p>Vou falar mais alguns itens e você me diz se na comunidade/favela/vila tem algum desses aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Enchente ○ Deslizamento de terra ○ Tentativa de reintegração de posse ○ Tráfico de drogas ○ Uso de drogas ○ Medo constante (especificar o motivo): ○ Violência (especificar): ○ Furtos e roubos ○ Horário para sair/ficar na rua/"toque de recolher" ○ Barulho (especificar): ○ Outros (especificar): <p>(OBS: pedir para a pessoa falar um pouco mais sobre os itens que estiverem presentes na comunidade)</p>
<p>14. Como essas questões interferem na vida das pessoas da comunidade?</p>	
<p>15. Tem algum tipo de agravo ou problema de saúde que seja mais frequente entre os <u>moradores</u> comunidade/favela/vila?</p> <p>BLOCO C – Aspectos relacionados aos jovens</p> <p>(FALAR “Agora vamos dar início ao último bloco da entrevista. Importante dizer que essa pesquisa adotou a faixa etária de 15 a 29 anos como jovens, então vou pedir para pensar sempre nas pessoas dessa idade para responder as perguntas”)</p> <p>16. Para você, o que é ser jovem?</p>	
<p>17. Me conta um pouco sobre os jovens que vivem na comunidade/favela/vila</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidades - Acesso e qualidade da escola/ensino; - Inserção no mercado de trabalho; - Algum agravo ou problema de saúde mais frequente - Relação com a polícia
<p>18. Pensando nesses aspectos que você trouxe, o que você apontaria como sendo semelhante (aspectos em comum) aos jovens em geral, que não moram</p>	

necessariamente em comunidades/favelas/vilas?

19. De acordo com a sua vivência, quais situações estão presentes na comunidade que trazem dificuldades para os jovens que moram nela?

20. E fora da comunidade/na sociedade em geral?

21. Existe algum lugar ou alguém a que os jovens costumam/possam recorrer para auxiliar nesses momentos de dificuldade?

(Se sim, onde fica? Como funciona? Os jovens da comunidade costumam utilizar desse espaço?)

22. Em sua opinião, o que seria importante ter próximo a/na comunidade para que os jovens que vivem nela tenham uma boa condição de vida e saúde?

(OBS: Apenas se houver dificuldade, dar exemplos: escola, espaços que ofereçam trabalho/emprego, farmácia, posto policial, ponto de ônibus)

23. De acordo com sua vivência, os órgãos públicos ou entidades responsáveis são cobrados para que essas necessidades dos jovens sejam atendidas?

24. Quem faz essa cobrança? Me explique de que maneira.

*(Se os órgãos forem cobrados, **falar:** Quando é feita essa cobrança dos órgãos públicos ou entidades responsáveis, como costuma ser a resposta/resolução do problema dessa comunidade?)*

25. Conta um pouco sobre a sua atuação junto a sua comunidade, por favor.

26. Está inserido em algum espaço de luta por direitos/melhoria da comunidade/favela/vila ou de luta por políticas públicas (leis, programas, ações do governo, serviços públicos) para os jovens?

(Se sim, falar: poderia me falar em local e há quanto tempo?)

27. Existe algum trabalho/grupo/projeto voltado para os jovens que vivem na(s) comunidade(s)?

*(Se os trabalhos/grupos/projetos existirem, **falar:** Saberia descrever onde ocorrem, frequência, períodos/ dia da semana que são realizados e temas abordados)*

- Desenvolvido pela escola;
- Desenvolvido pela Unidade de saúde;
- Desenvolvidas pela Assistência Social;
- Desenvolvido por alguma ONG;
- Desenvolvido por alguma igreja/entidade religiosa;
- Desenvolvido por pessoas da comunidade.

(Se os trabalhos/grupos/projetos existirem)

28. E você saberia me dizer se os jovens da comunidade/favela/vila, da área da unidade, participam de alguma dessas atividades?

(*Se 'não', por quê?*)

29. O que você pensa sobre essas ações que são desenvolvidas para os jovens?

30. Elas são suficientes para dar conta das necessidades dos jovens?

(*Se não, por quê?*)

31. De acordo com a sua vivência/seus conhecimentos, como deveriam ser as ações para atender a população jovem?

(*E na saúde? O que você espera que seja ofertado em uma unidade de saúde para atender melhor os jovens?*)

32. Qual é a unidade de saúde que as pessoas que vivem na comunidade costuma usar?

(*Se não for a Unidade Básica, perguntar: E qual unidade de saúde que tem aqui perto da comunidade?*)

33. Pensando na unidade de saúde próxima da sua casa, o que você acha sobre o atendimento que é ofertado aos jovens da comunidade?

34. Você acredita que seja suficiente para dar conta das necessidades desses jovens? (do que os jovens precisam)

Pergunta final: Você gostaria de falar mais alguma coisa relacionada ao tema que não foi abordada?

(**FALAR:** “Agradeço muito pela sua participação, qualquer dúvida que tiver o nosso contato está na segunda via do Termo de Consentimento que fica com você. Vou desligar o gravador para encerrarmos a entrevista. Muito obrigada”).

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA (Pós pré-teste) – Trabalhadores de Saúde APS

Data da entrevista: __/__/____

Horário de início:

Horário de término:

(OBS: Ler TCLE, perguntar se tem alguma dúvida. **Ligar o gravador**).

(**FALAR:** “antes de iniciar as questões, vou precisar registrar alguns dados pessoais, que ficarão sob sigilo/em segredo, como já foi explicado anteriormente, apenas para poder caracterizar a amostra de profissionais de saúde posteriormente”).

BLOCO A - Identificação do (a) Participante

1. Nome:

2. Data de nascimento: __/__/____

(OBS: Fazer pergunta aberta, caso surja alguma dificuldade, ler as opções descritas)

3. Sexo: () Masculino () Feminino

4. Cor da pele (**FALAR:** como você classifica a cor da sua pele?):

5. Escolaridade:

6. Profissão:

7. Especialização: Especificar área e tipo:

Pós-graduação lato-senso (360 horas): ()

Completa () Incompleta

Pós-graduação stricto-senso: () Mestrado ()

Completa () Incompleta

() Doutorado () Completo

() Incompleto

8. Especificar: Cursos Complementares:

9. Tipo de Unidade: () UBS () UBS com PACS () ESF

10. Nome da Unidade de Saúde:

11. Tempo na instituição (anos):

12. Função na unidade de saúde:

BLOCO B – Aspectos relacionados à comunidade

13. Conte-me um pouco sobre o território onde você atua.

(OBS: Caso não apareça, perguntar especificamente sobre o território da comunidade/favela/vila – usar o termo que o entrevistado trazer em sua fala)

14. Você já fez/realiza visitas domiciliares na área da comunidade/favela/vila situada na área de abrangência da unidade de saúde?

- Material que as casas são feitas, divisão dos cômodos;

- Energia elétrica (tem? É regularizada?)

- Pessoas têm geladeiras (conservação alimentos)

15. Me fala um pouco sobre as condições de vida nesse local.

- Água encanada (falta com frequência? Qualidade da água)

	<ul style="list-style-type: none"> - Descarte do lixo (queimar, enterrar, coleta) - Coleta de lixo (suficiente para manter o local limpo?) - Limpeza das vias públicas (presença de garis) - Esgoto sanitário/céu aberto - Forma de cozinhar os alimentos (gás, lenha) - Horta/Horta Comunitária - Mercados próximos - Mobilidade urbana – trabalhar, lazer - Rotatividade de moradores - Tipo de trabalho mais comum entre os moradores homens e mulheres. - Renda (média/fonte)
<p>16. Quais são os aspectos positivos que você identifica nessa comunidade/favela/vila?</p> <p><i>(Coisas que considera como boas, coisas que fazem bem para as pessoas)</i></p> <p><i>(OBS: Deixar a pessoa responder antes de passar para a próxima)</i></p>	<p>Vou falar mais alguns itens e você me diz se na comunidade/favela/vila tem algum desses aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ajuda entre os moradores ○ Ação realizada por pessoas da comunidade para ajudar a própria comunidade (lideranças) ○ Confiança entre os moradores ○ Atividades de interação/festas comunitárias <i>(os trabalhadores da unidade participam dessas festas?)</i> ○ Espaço comunitário ○ Espaço religioso ○ Espaços de lazer ○ Associação de moradores ○ Assembleias para organizar a comunidade/favela/vila ○ Outros (especificar): <p><i>(OBS: pedir para a pessoa falar um pouco mais sobre os itens que estiverem presentes na comunidade – quem costuma frequentar)</i></p>
<p>17. Tem alguma praça ou área de lazer próxima da comunidade/favela/vila? (Especificar)</p> <p>18. As pessoas da comunidade/favela/vila frequentam esse espaço?</p>	<p><i>(Se sim para a 18, falar: Em quais períodos? Com qual frequência semanal? Existe uma faixa etária predominante das pessoas que utilizam o local? Se sim, qual?)</i></p> <p><i>(Se não para a 18, falar: existe algum motivo para a área não ser utilizada).</i></p>
<p>19. Quais são os problemas que você identifica nessa comunidade/favela/vila?</p>	<p>Vou falar mais alguns itens e você me diz se na comunidade/favela/vila tem algum desses aspectos:</p>

<p>(Coisas que considera como ruim, coisas que fazem mal para as pessoas)</p> <p>(OBS: Deixar a pessoa responder antes de passar para a próxima)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enchente ○ Deslizamento de terra ○ Tentativa de reintegração de posse ○ Tráfico de drogas ○ Uso de drogas ○ Medo constante (especificar o motivo): ○ Violência (especificar): ○ Furtos e roubos ○ Horário para sair/ficar na rua/"toque de recolher" ○ Barulho (especificar): ○ Outros (especificar): <p>(OBS: pedir para a pessoa falar um pouco mais sobre os itens que estiverem presentes na comunidade)</p>
--	--

20. Como essas questões interferem na vida das pessoas da comunidade?

21. Tem algum tipo de agravo ou problema de saúde que seja mais frequente entre os moradores comunidade/favela/vila?

22. Conte alguma experiência de trabalho/projeto/grupo realizada entre os trabalhadores da unidade de saúde e a comunidade.

BLOCO C – Aspectos relacionados aos jovens da comunidade

(FALAR “Agora vamos dar início ao último bloco da entrevista. Importante dizer que essa pesquisa adotou a faixa etária de 15 a 29 anos como jovens, então vou pedir para pensar sempre nas pessoas dessa idade para responder as perguntas”)

23. Há quanto tempo você trabalha com jovens?

24. Em algum momento da sua vida acadêmica ou profissional, recebeu algum tipo de formação para trabalhar com jovens? Quando (vida acadêmica ou profissional)?

(Se sim, foi oferecida ou buscada por conta própria? Conte um pouco sobre essa formação.)

25. Conte-me um pouco sobre o seu trabalho com a população jovem.

(FALAR “Agora vamos iniciar as perguntas relacionadas aos jovens da comunidade/favela/vila da área de abrangência da unidade de saúde onde você trabalha.”)

26. Me conta um pouco sobre os jovens da comunidade/favela/vila da área de abrangência da unidade de saúde onde você trabalha.	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidades - Acesso e qualidade da escola/ensino; - Inserção no mercado de trabalho; - Algum agravo ou problema de saúde mais frequente - Relação com a polícia
--	---

27. Pensando nesses aspectos que você trouxe, o que você apontaria como sendo semelhante (aspectos em comum) aos jovens em geral, que não moram necessariamente em comunidades/favelas/vilas?

28. De acordo com a sua vivência, quais situações estão presentes na comunidade (da área de abrangência da unidade) que trazem dificuldades para os jovens que moram nela? E fora da comunidade/na sociedade em geral?

29. Existe algum lugar ou alguém a que esses jovens costumam/possam recorrer para auxiliar nesses momentos de dificuldade?

30. Em sua opinião, o que seria importante ter próximo a/na comunidade para que os jovens que vivem nela tenham uma boa condição de vida e saúde?

(OBS: Apenas se houver dificuldade, dar exemplos: escola, espaços que ofereçam trabalho/emprego, farmácia, posto policial, ponto de ônibus)

31. De acordo com sua vivência, os órgãos públicos ou entidades responsáveis são cobrados para que essas necessidades dos jovens sejam atendidas?

32. Quem faz essa cobrança? Me explique de que maneira.

(Se os órgãos forem cobrados, **falar:** Quando é feita essa cobrança dos órgãos públicos ou entidades responsáveis, como costuma ser a resposta/resolução do problema dessa comunidade?)

33. Existe algum trabalho/grupo/projeto voltado para os jovens que vivem na(s) comunidade(s)?

(Se os trabalhos/grupos/projetos existirem, **falar:** Saberá descrever onde ocorrem, frequência, períodos/ dia da semana que são realizados e temas abordados)

- Desenvolvido pela escola;
- Desenvolvido pela Unidade de saúde;
- Desenvolvidas pela Assistência Social;
- Desenvolvido por alguma ONG;
- Desenvolvido por alguma igreja/entidade religiosa;
- Desenvolvido por pessoas da comunidade.

(Se os trabalhos/grupos/projetos existirem)

34. E você saberia me dizer se os jovens da comunidade/favela/vila, da área da unidade, participam de alguma dessas atividades?

(Se 'não', por quê?)

35. O que você pensa sobre essas ações que são desenvolvidas para os jovens?

36. Elas são suficientes para dar conta das necessidades dos jovens?

37. De acordo com a sua vivência/seus conhecimentos, como deveriam ser as ações para atender a população jovem?

(E na saúde?)

38. Pensando na unidade de saúde em que você trabalha, o que você acha sobre o atendimento que é ofertado aos jovens da comunidade? Você acredita que seja suficiente para dar conta das necessidades desses jovens?

39. Quando você ou a equipe da unidade de saúde percebe(m) que o setor da-saúde não será suficiente para atender o caso de um jovem, o que é feito? Poderia relatar uma experiência/um caso desse tipo, por favor.

*(Se esses encaminhamentos/parcerias ocorrem, **falar:** qual a sua opinião sobre o desfecho dessas ações? (Existe uma devolutiva sobre o caso?))*

Pergunta final: Você gostaria de falar mais alguma coisa relacionada ao tema que não foi abordada?

*(**FALAR:** “Agradeço muito pela sua participação, qualquer dúvida que tiver o nosso contato está na segunda via do Termo de Consentimento que fica com você. Vou desligar o gravador para encerrarmos a entrevista. Muito obrigada”).*

APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Trabalhador de Saúde

Pesquisadora responsável:

Nome: Fernanda Bergamini Vicentine

Doutoranda pelo Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

E-mail: fernanda.bergamini@usp.br

Telefone: (16)988327806

Prezado (a) senhor (a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) de uma pesquisa intitulada “Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais”. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, e está sendo realizada por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Ela tem como objetivo geral conhecer aspectos da condição de vida de jovens que vivem em comunidades ou “favelas”.

Sua participação consistirá em responder a uma entrevista que será áudio-gravado e transcrita posteriormente, podendo gastar em média 40 minutos e será realizada no estabelecimento de saúde onde o Sr(a) trabalha. As informações fornecidas contribuirão para melhorar o conhecimento sobre a população jovem que vive em comunidades/favelas. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Para participar deste estudo o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer tipo de pagamento/bonificação por participação nesta pesquisa. O(A) Sr.(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar do mesmo. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado(a) pelas pesquisadoras.

As pesquisadoras irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, com a garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, os resultados poderão ser apresentações em eventos científicos, em oficinas e na mídia e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada a todo o momento pelo (a) Sr.(a). O(A) Sr.(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será fornecida ao(à) Sr.(a). As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo(a) Sr.(a) e pela pesquisadora.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece

riscos à sua dignidade. Poderá haver algum incomodo devido ao tempo necessário para responder a entrevista, que será devidamente acautelado pelos pesquisadores. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos ou por quebra de sigilo ou confidencialidade, a pesquisadora assumirá a responsabilidade pelos mesmos. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do estudo “Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ribeirão Preto, de _____ de 201__.

_____	_____	_____
Nome	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome	Assinatura do pesquisador	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/CSEFMRP – Comitê de Ética em Pesquisa Comitê do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos de Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP pelo telefone (16) 3315-0000 (de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h) ou pelo e-mail csecuiba@fmrp.usp.br. Endereço: Rua Teresina, 690 – Sumarezinho.

APÊNDICE IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Jovens – 18 a 29 anos

Pesquisadora responsável:

Nome: Fernanda Bergamini Vicentine

Doutoranda pelo Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

E-mail: fernanda.bergamini@usp.br

Telefone: (16)988327806

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de um estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes, e está sendo realizado por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, cujo objetivo principal é conhecer aspectos relacionados a vida de jovens que vivem em comunidades.

Caso o(a) senhor (a) concorde em participar, deverá responder a uma entrevista que será gravada por um gravador de voz e transcrita posteriormente, podendo gastar em média 30 minutos e será realizada no local onde você mora ou nas proximidades desse local.

Caso concorde em participar, seu nome ou qualquer informação que lhe identifique permanecerão em segredo. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Poderá haver algum desconforto devido ao tempo necessário para responder a entrevista. A pesquisadora ficará atenta para esse desconforto seja o menor possível. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, o(a) senhor (a) terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

O(A) senhor(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e não é prevista nenhum benefício imediato para o (a) senhor (a). Entretanto, espera-se que os resultados do estudo possam contribuir para a melhoria do conhecimento sobre a população jovem que vive em comunidades e, no futuro, beneficiar outros jovens. A recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo na forma como é tratado pelos pesquisadores ou na unidade de saúde onde é atendido (a).

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será entregue ao (à) Sr.(a). As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo (a) Sr. (a) e pela pesquisadora.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer dificuldade para ler/ou compreender esse termo de consentimento, ele será lido em voz alta pela pesquisadora na frente de uma testemunha escolhida pelo (a) senhor (a), sem envolvimento direto nesse projeto

de pesquisa, a qual também deverá assinar esse documento. Concordando em participar, por favor, preencha as informações a seguir:

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado(a) sobre os objetivos do estudo “Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações e mudar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ Nome	_____ Assinatura do participante	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura da testemunha imparcial	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/CSEFMRP – Comitê de Ética em Pesquisa Comitê do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos de Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP pelo telefone (16) 3315-0000 (de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h) ou pelo e-mail csecuiba@fmrp.usp.br. Endereço: Rua Teresina, 690 – Sumarezinho.

APÊNDICE V – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
Jovens - 15 a 17 anos (17 anos, 11 meses e 29 dias)

Pesquisadora responsável:

Nome: Fernanda Bergamini Vicentine

Doutoranda pelo Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

E-mail: fernanda.bergamini@usp.br

Telefone: (16)988327806

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes, e está sendo realizado por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. O objetivo principal do estudo é conhecer aspectos relacionados à vida de jovens que vivem em comunidades.

Caso você seja autorizado por seus pais ou responsáveis legais e concorde em participar, deverá responder a uma entrevista que será gravada por um gravador de voz e transcrita posteriormente, podendo gastar em média

30 minutos e será realizada no local onde você mora ou nas proximidades desse local.

Caso concorde em participar, seu nome ou qualquer informação que lhe identifique permanecerão em segredo. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Poderá haver algum incomodo devido ao tempo necessário para responder a entrevista. A pesquisadora ficará atenta para esse incomodo seja o menor possível. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa.

Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá retirar seu assentimento ou interromper a participação a qualquer momento, mesmo que seus pais ou responsáveis legais tenham autorizado previamente a sua participação. Sua participação é voluntária e não é prevista nenhum benefício imediato. Entretanto, espera-se que os resultados do estudo possam contribuir para a melhora do conhecimento sobre a população jovem que vive em comunidades e, no futuro, beneficiar outros jovens. A recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo na forma como é tratado pelos pesquisadores ou na unidade de saúde onde é atendido(a).

Este termo de assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será entregue a você. As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas por você e pela pesquisadora.

Se você tiver qualquer dificuldade para ler/ou compreender esse termo de assentimento, ele será lido em voz alta pela pesquisadora na frente de uma testemunha escolhida por você, sem envolvimento direto nesse projeto de pesquisa, a qual também deverá assinar esse documento. Concordando em participar, por favor, preencha as informações a seguir:

Eu, _____, portador do documento de Identidade

_____ fui informado(a) sobre os objetivos do estudo **“Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um**

estudo sobre iniquidades e redes sociais” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações e mudar minha decisão de participar se assim o desejar. Também sei que a minha participação deve ser autorizada por meus responsáveis legais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ Nome	_____ Assinatura do Participante	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura da Testemunha Imparcial	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/CSEFMRP – Comitê de Ética em Pesquisa Comitê do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos de Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP pelo telefone (16) 3315-0000 (de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h) ou pelo e-mail csecuiba@fmrp.usp.br. Endereço: Rua Teresina, 690 – Sumarezinho.

APÊNDICE VI - Termo de Consentimento Autorização dos pais os responsáveis legais

Pesquisadora responsável:

Nome: Fernanda Bergamini Vicentine

Doutoranda pelo Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

E-mail: fernanda.bergamini@usp.br

Telefone: (16)988327806

O(A) seu(sua) filho(a) ou o(a)adolescente sobre o(a) qual o(a) senhor(a) tem a guarda legal está sendo convidado(a) a participar de um estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes, e está sendo realizado por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. O motivo desse estudo é para conhecer aspectos relacionados a vida de jovens que vivem em comunidades.

Para participar, ele(a) deverá responder a uma entrevista que será gravada por um gravador de voz e transcrita posteriormente, podendo gastar em média 30 minutos e será realizada no local onde mora ou nas proximidades desse local.

Caso autorize a sua participação, o nome ou qualquer informação que identifiquem o(a) senhor(a) e o(a) seu(sua) filho(a) ou o(a)adolescente sobre o(a) qual o(a) senhor(a) tem a guarda legal permanecerão em segredo. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece riscos à dignidade. Poderá haver algum incomodo devido ao tempo necessário para responder a entrevista e pesquisadora ficará atenta para esse incomodo seja o menor possível. Caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, a pesquisadora assumirá a responsabilidade pelo mesmo, garantindo o direito à indenização, conforme as leis vigentes no país. Os resultados estarão à disposição quando finalizada a pesquisa.

O(A) senhor(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação de seu(sua) filho(a) ou o(a)adolescente sobre o(a) qual o(a) senhor(a) tem a guarda legal a qualquer momento. A participação é voluntária e não é prevista nenhum benefício imediato. Entretanto, espera-se que os resultados do estudo possam contribuir para a melhora do conhecimento sobre a população jovem que vive em comunidades e, no futuro, beneficiar outros jovens. A recusa em autorizar a participação de seu(sua) filho(a) ou o(a)adolescente sobre o(a) qual o(a) senhor(a) tem a guarda legal não acarretará qualquer prejuízo na forma como é tratado pelos pesquisadores ou na unidade de saúde onde é atendido(a).

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pela pesquisadora responsável, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será entregue ao(à) Sr.(a).

As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo (a) Sr. (a) e pela pesquisadora.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dificuldade para ler/ou compreender esse termo de consentimento, ele será lido em voz alta pela pesquisadora na frente de uma testemunha escolhida pelo(a) senhor(a), sem envolvimento direto nesse projeto de pesquisa, a qual também deverá assinar esse documento. Concordando em autorizar a participação de seu(sua) filho(a) ou o(a)adolescente sobre o(a) qual o(a) senhor(a) tem a guarda legal, por favor, preencha as informações a seguir:

Eu _____, portador(a) do documento de identidade _____, autorizo _____, que é meu/minha filho(a) ou adolescente sobre qual tenha guarda legal a participar do estudo **“Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais”**. Declaro que fui informado(a) de maneira clara e detalhada sobre o estudo e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações e mudar minha decisão se assim o desejar.

Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____ Nome	_____ Assinatura do Responsável Legal	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura da Testemunha Imparcial	_____ Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP/CSEFMRP – Comitê de Ética em Pesquisa Comitê do Centro de Saúde Escola Dr. Joel Domingos de Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP pelo telefone (16) 3315-0000 (de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h) ou pelo e-mail csecuiba@fmrp.usp.br. Endereço: Rua Teresina, 690 – Sumarezinho.

APÊNDICE VII – Trabalhos apresentado durante o Congresso Cuba Salud – Dados da Qualificação

Políticas públicas intersectoriales para la juventud: enfoque en la población joven en situación de vulnerabilidad social

Bergamini Vicentine, Fernanda¹
da Silva Caires, Iago²
Braga Barros Ferreira, Janise³

¹ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP/ Departamento de Medicina Social, Ribeirão Preto, Brasil,
fernandabergamini.fisio@gmail.com

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, Brasil, iago.caires@hotmail.com

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP/ Departamento de Medicina Social, Ribeirão Preto, Brasil,
janise@fmrp.usp.br

La salud como fenómeno social exige acciones políticas complejas, siendo las políticas públicas intersectoriales herramientas estratégicas para reducir las desigualdades entre los Determinantes Sociales de Salud. La política incorpora la idea de actores sociales en disputa, siendo su formulación un método concreto de intervención en la sociedad. **Objetivo:** identificar y analizar aspectos de la proposición de políticas públicas relacionados a la población joven en situación de vulnerabilidad social. **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo, del tipo análisis documental, tuvo como población de estudio los jóvenes entre 15 y 29 años que viven en aglomerados subnormales, en municipio de Ribeirão Preto/SP/Brasil. La recolección de datos fue realizada en fuentes secundarias producidas entre 2014 y 2017, referentes a las proposiciones de políticas públicas municipales para la juventud, elaboradas por el legislativo, ejecutivo y por los jóvenes. **Resultados:** Las propuestas de políticas y los instrumentos operacionales fueron analizados y discutidos con base en el referencial de la Determinación Social de Salud. Los puntos de convergencia fueron los de intervención en la capa estructural de los DSS, como en los sectores de asistencia social, aspectos de la educación, del trabajo, de los derechos y de la participación social. Los puntos de divergencia ocurrieron tanto en la capa de DSS individuales, referentes al género y a la etnia, cuanto en la capa de los macro determinantes, principalmente relacionado a la cultura. **Conclusiones:** Se identificó que hay disonancia entre las propuestas de los jóvenes y las propuestas de políticas públicas hechas por las instancias legislativa y ejecutiva.

Palabras clave: Juventud, Políticas Públicas, Determinantes Sociales de Salud, Aglomeraciones, Intersectorialidad.

La salud en cuanto un fenómeno social exige acciones políticas complejas e intersectoriales, vinculadas a una agenda más amplia de justicia social y equidad (1), siendo que para su concretización se debe pensar un camino para la superación de las desigualdades sociales. Pues, en determinado contexto social e histórico, tales diferencias son injustas, producidas socialmente y evitables (2,3), eso implica que las necesidades de los diferentes grupos sean atendidas por intermedio de acciones gubernamentales también diferenciadas, siendo las políticas públicas intersectoriales herramientas estratégicas para superar las desigualdades (4). Se entiende por política:

las decisiones de carácter general, destinadas a tornar públicas las intenciones de actuación del gobierno y a orientar el planeamiento – en lo tocante a un determinado tema – en su desdoblamiento en otros instrumentos operacionales (5).

En ese sentido, las políticas tendrían la finalidad de garantizar cierta transparencia a las acciones del gobierno contribuyendo para reducir los efectos de discontinuidad administrativa, permitiendo el acceso de la población a la discusión, implementación y evaluación de las políticas y posibilitando la potencialización de los recursos disponibles (5). Otra cuestión fundamental es que la política incorpora la idea de actores sociales en “disputa y defensa de intereses políticos distintos, el conflicto y el poder en la construcción de su teoría y en la formulación de métodos concretos de intervención” (4). Siendo así, la lucha por la equidad, así como la explicación de las iniquidades (diferencias injustas (1), pasa necesariamente por el “reconocimiento de actores con mayor o menor capacidad de reconocer, formular y batallar en defensa de sus intereses” (4).

En la sociedad brasileña, la poca aproximación entre jóvenes-sociedad-Estado tiene generado crecientes debates acerca de esa primera población, sin que ella sea oída, ora los colocando como víctimas, ora los condenando. Históricamente, la sociedad brasileña es marcada por diversos fenómenos que promueven formas de sociabilidad específica de la juventud (6), más recientemente, esos fenómenos tienen sido agravados por la creciente privatización del aparato de seguridad y de los servicios básicos (salud, educación, previdencia social) y el Estado tiene se limitado progresivamente a ofrecer apenas un mínimo, dejando buena parte de la población con servicios insuficientes (7).

Se destaca que la construcción de la categoría juventud es bastante compleja y no puede ser explicada apenas por principios naturales o determinaciones biológicas. Ella refleje el proceso de individualización y racionalización crecientes, siendo esa categoría portadora de una ambigüedad intrínseca, por tratarse de un momento en el ciclo de la vida en que le individuo experimenta las características socioculturales de una determinada sociedad y, simultáneamente, se insiere en ella o tiene una experiencia delimitada por la estructura social (8). Se debe llevar en consideración la heterogeneidad de esa categoría, relativa a las posiciones ocupadas en los espacios sociales, de acuerdo con las diferencias de clases sociales, género y etnia (8). Así, la focalización de jóvenes que viven en un mismo contexto sociocultural podría favorecer la comprensión de algunas características en común y contribuir para reconocer sus necesidades y constituir intervenciones más adecuadas (9).

Frente a esas consideraciones, este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar aspectos de la proposición de políticas públicas relacionados a la población joven y a los jóvenes en situación de vulnerabilidad social.

II. MATERIALES Y MÉTODO

Ese manuscrito resultó de un estudio descriptivo, del tipo análisis documental. La población de estudio fue de jóvenes entre 15 y 29 años, de acuerdo con el Estatuto de la Juventud (10,11), que pueden ser subdivididos en jóvenes-adolescentes (15 a 17 años), jóvenes-jóvenes (18 a 24 años) y jóvenes-adultos (25 a 29 años) (12). Dentro de ese grupo de edad, también fueron focalizados jóvenes en situación de vulnerabilidad.

La recolección de datos fue realizada entre mayo y julio de 2017, en fuentes secundarias producidas entre 2014 y 2017, referentes a las proposiciones de políticas públicas municipales dirigidas a los jóvenes. Se buscaron propuestas hechas por los representantes electos en la instancia legislativa (sitio de la Cámara Municipal de Vereadores) (13) y por los jóvenes en instancias de participación social institucionalizadas (sitio de la Secretaría Municipal de la Casa Civil – Consejo Municipal de la Juventud y Conferencia Municipal de la Juventud) (14). El cotejo de esas propuestas fue hecho en relación a la ley que rige el municipio (Ley Orgánica Municipal) y a los instrumentos operacionales de las políticas públicas municipales, utilizado por el poder ejecutivo de la salud, educación y asistencia social (14).

Los datos fueron estudiados y analizados según la análisis documental, con la producción y reelaboración de conocimientos a respecto del fenómeno estudiado, a partir de la interpretación, síntesis de las informaciones, determinación de tendencias y construcción de inferencias (15). Enseguida, fue desenvuelto el análisis por medio de la discusión de los datos articulada al referencial teórico (15) de la Determinación Social de Salud (2,3). El desenvolvimiento de la pesquisa contempló el cumplimiento de la

Resolución nº 466/2012 de la Comisión Nacional de Ética en Pesquisa – CONEP – y fue sumisa y aprobada por el Comité de ética del Centro de Salud Escuela de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP (CAAE: 58459516.4.0000.5414).

III. RESULTADOS

Los resultados fueron estudiados en cuatro núcleos, todos hacia las juventudes y/o poblaciones en situación de vulnerabilidad social o individual¹ (16), siendo ellos: (1) las normativas de la Ley Orgánica del Municipio de Ribeirão Preto; (2) las propuestas parlamentarias; (3) las propuestas de los jóvenes hechas en espacios de participación social institucionalizados; y (4) desdoblamientos de las intenciones del gobierno en instrumentos operacionales de planeamiento y gestión. Los hallazgos fueron clasificados de acuerdo con el referencial teórico de la pesquisa (2, 17), de la siguiente forma: Macro determinantes (MD – políticas de Nivel 1); Determinantes Estructurales (DE – políticas de Nivel 2); Determinantes de Soporte Social y Comunitario (DSSC – políticas de Nivel 3); y Determinantes de nivel individual (DI – políticas de Nivel 4). Vale resaltar que, debido al enfoque en la población joven, el DI referente a la edad presente de manera transversal en la selección de los datos y en los análisis.

Sobre las propuestas parlamentarias (PP): fue realizado un levantamiento de las proposiciones de políticas públicas municipales por la juventud en las pautas

¹Vulnerabilidad individual está relacionada a la posibilidad que un individuo tiene de experimentar determinado proceso de enfermedad, envolviendo su constitución física, grado de informaciones de que dispone, su motivación, sus habilidades, su modo de vida y las condiciones que dispone para transformar sus prácticas. Vulnerabilidad social dice respecto al contexto, a la vida social, en que el individuo está inserido, como las relaciones de género, raciales, económicas, pobreza, exclusión social. Tienen relación con sus prácticas y los procesos de enfermedad (16).

de las reuniones del legislativo municipal, entre los años de 2013 y 2017. Se justifica el uso del año de 2013 en ese ítem para posibilitar la visualización de los posibles desdoblamientos en los años escogidos como recorte en ese estudio. Durante las 417 sesiones (ordinarias y extraordinarias) con materiales disponibles en el período referido, fueron encontradas 31 propuestas pautadas, en una o más reuniones, referentes a la población joven (joven-adolescentes y joven-jóvenes), de esas, apenas cinco vueltas para jóvenes en situación de vulnerabilidad: dos en la asistencia social; una en derechos; una en educación; y una en salud.

Las propuestas de los jóvenes (PJ) en la formulación de políticas públicas para las juventudes fueron analizadas con base en los documentos producidos en espacios de participación social institucionalizados, hacia específicamente esa población, como el Consejo Municipal de la Juventud de Ribeirão Preto (Comjuve-RP) y la Conferencia Municipal de la Juventud (2015). En el sitio de la Prefeitura (Secretaría de la Casa Civil) se encontró apenas las atas del Comjuve-RP de 2015 e 2016. Fueron solicitadas, junto a esa Secretaría, las atas del año de 2017 y el relatorio de la Conferencia Municipal de la Juventud de 2015. A pesar de ser ampliamente reconocida la importancia de la participación de la población alvo en la formulación de las políticas públicas que les dicen respecto (4), ese consejo fue instituido legalmente por una legislación frágil, no siendo atribuidas las funciones ligadas al control de recursos aplicados en políticas públicas para las juventudes, por ejemplo (18). Por esos motivos, su implementación y funcionamiento acaban siendo fragilizados, como se puede notar nacionalmente por el bajo porcentaje de municipio con Comjuve implantado (10,9%) y, localmente, por las interrupciones en su funcionamiento. En síntesis, de las 10 reuniones del Comjuve (2015 y 2016), que presentan ata disponible en el sitio de la Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (14), se encontró como el principal tema discutido en ese espacio las “políticas públicas para la juventud” (100% de las reuniones), referentes a: Participación Social (60%) – Conferencias de la Juventud, Gremios estudiantiles, Ocupaciones, Foros para la juventud; Falta de políticas públicas municipales para la juventud (40%) – necesidad de crear políticas para esa población, de actualizar la legislación existente de acuerdo con las alteraciones del Estatuto de la Juventud y de crear un Fondo de recursos, con previsión de verbas en la Ley de Diretrizes del Presupuesto, para posibilitar la ejecución de políticas públicas en esa área y financiar acciones del Comjuve. Otras áreas pautas de ese consejo fueron: Cultura y lazer – necesidad de crear políticas públicas para esas áreas en el municipio y de promover la articulación de los movimientos sociales de esas áreas para hacer proyectos; Medio Ambiente – como propuesta de proyecto de la Secretaría Municipal del Medio Ambiente. La única ata del Comjuve del año de 2017, conseguida junto a la Secretaría Municipal de la Casa Civil, se refiere al mes de junio, y dice respecto a la elección de nuevos consejeros. La información prestada por esa Secretaría es que no ocurrieron reuniones en el presente año.

Aún referente a las PJ, el Relatorio de la Conferencia Municipal de la Juventud (2015), a pesar de solicitado junto a la Secretaria de la Casa Civil, no fue encontrado por ese órgano, sob alegación de “desorden en las pastas” en la troca de gestión después de las elecciones municipales. Sin embargo, ese documento fue conseguido informalmente junto a un ex integrante del Comjuve. Se destaca que, en general, las propuestas retiradas en la Conferencia fueron bastante amplias, englobando 11 áreas (educación, trabajo, cultura, comunicación, salud, diversidad, participación política, deporte, derecho a la ciudad, medio ambiente y seguridad) en sus aspectos de: acceso, políticos, de infraestructura, tecnologías y cantidad y cualidad de recursos humanos para atendimento de la población joven. A pesar de la influencia indirecta sobre los jóvenes en situación de vulnerabilidad

social de todas las propuestas presentadas, del total de 55 propuestas, apenas ocho eran hacia directamente para esa población: tres en el área de educación, dos en la asistencia social e en la salud, y una en la participación social.

Por fin, los desdoblamientos de las intenciones del gobierno (IG) fueron levantados en Instrumentos Operacionales: fue hecha una división entre instrumentos del planeamiento de las intenciones de gobierno (IGp) e instrumentos de prestación de cuentas de las intenciones de gobierno ejecutadas (IGe). Referente al planeamiento de las políticas públicas para la juventud, en el sitio de la Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto fueron encontrados instrumentos municipales, como el Plano Director – Revisión 2014 (aún no aprobado por la Cámara) y el Plano Plurianual 2014-2017. Sectorialmente, en la Salud fueron encontrados el Plano Municipal de Salud 2014-2017 y sus respectivas Programaciones Anuales de Salud (PAS); en la Educación, el Plano Municipal de la Educación (no vigente). Fue solicitado junto a la Secretaría Municipal de Asistencia Social (SEMAS) el Plano Municipal de la Asistencia Social y sus respectivas Programaciones Anuales. En relación a la prestación de cuentas sobre las acciones ejecutadas para la juventud fue hecho un levantamiento de los relatorios de gestión de los sectores abordados. En la Salud se analizaron los Relatorios Anuales de Gestión (RAG) de 2014 a 2017. Fueron solicitados junto a las Secretarías municipales de Asistencia Social y de la Educación los demás documentos públicos que no están disponibles en los respectivos sitios, como la disponibilización de datos: tipos de actividades, frecuencia de ocurrencia de esas actividades, profesionales involucrados y número de jóvenes de 15 a 29 años atendidos en programas ofrecidos por ambos los sectores. Se destaca que, al estructurar esa pesquisa, el acceso a los instrumentos operacionales sectoriales, como Planos, Programaciones y Relatorios, era entendido como algo que sería simple, por tratarse de documentos públicos recientes y que deberían nortear las acciones de la gestión. Sin embargo, los sectores de la educación y, principalmente, de la asistencia social no tenían en manos esa documentación.

Sobre la prestación de cuentas, sobre la ejecución de las políticas públicas para la juventud, la única secretaría municipal que disponibiliza sus Relatorios, en el sitio de la Prefeitura Municipal, es el sector salud. En relación a la Secretaría de Educación, fue disponibilizado apenas el número de alumnos de 15 a 29 años que está cursando la Educación de Jóvenes y Adultos (EJA) y su distribución en las respectivas escuelas. En la Secretaría de la Asistencia Social fue obtida una lista de unidades que atienden la comunidad, algunos que trabajan con adolescentes y jóvenes, y el número de vagas ofertadas. El relatorio de gestión de ese sector no fue conseguido hasta el presente momento. En los Relatorios Anuales de Gestión (RAG) de los años 2014 a 2016 fueron verificadas la ejecución de las acciones propuestas en las respectivas PAS. Se resalta que el año de 2017 no puede ser analizada por aún estar en vifencia y no haber relatorio parcial.

El resumen cuantitativo de las propuestas encontradas y los aspectos principales de las PP, de las PJ y de las IG relacionadas a las políticas hacia la juventud se encuentran en los Cuadros 1 y 2, respectivamente, junto con los apuntamentos de la ley que rige la formulación de las políticas municipales, Ley Orgánica Municipal (LOM) de Ribeirão Preto.

IV. CONCLUSIONES

El estudio calcado en el análisis de las propuestas parlamentarias y de los documentos operacionales del gobierno municipal apuntó para la falta de políticas públicas hacia específicamente las juventudes, una vez que la mayor parte de los

hallazgos tiene el enfoque en la población con menos de 18 años. La construcción de políticas públicas específicas a las diferentes juventudes es importante por tratarse de una fase bastante larga (15 a 29 años) que es atingida por sus peculiaridades en relación a su inserción social y por el modo de cómo la sociedad las encara.

Cuadro 1 – Distribución cuantitativa de las propuestas encontradas por población de estudio y por nivel de Determinantes Sociales de Salud.

Distribución por población	LOM	PP	PJ	IG p	IG c
Jóvenes	10	31	55	40	2
Jóvenes en Vulnerabilidad	1 de 10	5 de 31	7 de 55	17 de 40	2 de 2
Distribución por nivel de DDS	LOM	PP	PJ	IG - p	IG - c
MD	0 (cero)	1 (3,2%)	9 (16,4%)	0 (cero)	0 (zero)
DE	6 (60%)	16 (51,6%)	34 (61,8%)	32 (80%)	0 (zero)
DSSC	3 (30%)	6 (19,4%)	5 (9,1%)	1 (2,5%)	0 (zero)
DI	1 (10%)	8 (25,8%)	7 (12,7%)	7 (17,5%)	2 (100%)

Cuadro 2 – Presentación de las principales propuestas para la población joven encontradas durante el análisis documental distribuidos de acuerdo con los niveles de Determinantes Sociales de Salud.

	LOM	PP	PJ	IG - p
M	No fueron encontradas propuestas	Joven emprendedor	Cambios culturales, género, diversidad; etnia, criminalización de los jóvenes; valorización del joven	No fueron encontradas propuestas
D	Centros de la juventud; Protección especial al adolescente	Cheque-librito; Derechos adolescentes; Acceso y estructura escolar; deporte educacional; prohibición venta productos inhalables; advertencia explotación sexual;	Mejorar el acceso a la cultura, a la salud, a la escuela; construcción del Plano Municipal de la Juventud; acompañamiento psicológico y del servicio social; mayor seguridad; fiscalización de empresas de pasantías.	Mapeo y caracterización de la demanda para subsidiar mejoras; mejorar el acceso y la manutención de los alumnos en las escuelas; aumentar el número de personas alfabetizadas; Acompañamiento nutricional y odontológico en las escuelas; inserción en el mercado de trabajo.
D	Consejo	Grupos en las	Abertura de las	Estimular la

S S C	Municipal de la Crianza y del Adolescente; Centros de la Juventud	escuelas con la sociedad para prevención y control de la violencia; mediación de conflictos; centros y cuadras de deportes; COMJUVE; parlamento juvenil	escuelas a los fines de semana; plazas con acciones hacia jóvenes; organización de gremios y foros;	participación de la sociedad en la educación;
D I	Campañas educativas – maleficios substancias	Publicación de la relación de faltas; comunicación de ausencias escolares; campañas educativas y advertencias sobre drogas; instalación de cámaras para cohibir.	Educación en salud sobre DST, y drogas – en las escuelas y en las unidades de salud; proyectos sobre el medio ambiente en las escuelas.	Atendimiento a crianzas y adolescentes con enfermedades psiquiátricas.

Cuadros 1 y2: Leyenda: LOM – Ley Orgánica del Municipio; PP – Propuesta Parlamentaria; PJ – Propuesta de los Jóvenes; IGp – Intenciones del Gobierno planeadas; IGe – Intenciones del Gobierno ejecutadas; DI – Determinantes de nivel individual; DSSC – Determinantes de Suporte Social y Comunitario; DE – Determinantes Estructurales; MC – Macro determinantes. Propuestas en negrito: hacia jóvenes en situación de vulnerabilidad. **Fuentes:** Ley Orgánica de Ribeirão Preto, 1990 (atualizada ne 2017); Atas del Comjuve-RP 2015 y 2016; Relatorio de la Conferencia Municipal de la Juventud de Ribeirão Preto (2015; Plano Director de Ribeirão Preto – revisión 2014; Plano Plurianual 2014 – 2017; Plano Municipal de Salud 2014 – 2017; Plano Municipal de Educación (no vigente); Programaciones Anuales de Salud 2014 a 2017; Relatorios Anuales de Salud 2014 a 2016; Pautas de las sesiojens de la Câmara Municipal de Ribeirão Preto.

Los puntos de convergencia encontrados en las propuestas de políticas públicas para las juventudes, entre los tres segmentos analizados, fueron los de intervención en la capa estructural (DE) de los DSS, como en los sectores de la asistencia social, aspectos de la educación, del trabajo, de los derechos y de la participación social. A pesar de esa capa influenciar las condiciones de vida y de trabajo y, consecuentemente, la clase social y diferentes exposiciones y vulnerabilidades, de la forma cómo fueron elaboradas, las propuestas de intervención poco presentan potencial de cambio de la realidad social, afectando apenas partes de ciertas condiciones individuales. También por eso la elaboración de políticas intersectoriales, de espectro más amplio, es necesaria, una vez que propuestas sectoriales acaban focalizando las consecuencias de la organización social, y no sus orígenes. Ya los puntos de divergencia de las propuestas de políticas públicas para las juventudes se dieron tanto en la capa de DSS individuales (DI), referentes a las propuestas de focalización de género y etnia,

venida de los jóvenes, y en la capa de los macro determinantes (MD), principalmente relacionados a la cultura, con propuestas de alteración de la mirada sobre el joven, principalmente en las juventudes que están en proceso de reinserción en la sociedad o con problemas relacionados al uso de drogas lícitas o ilícitas.

Ese estudio no tuvo la pretensión de agotar esa temática. De la misma forma, se resalta su limitación debido a la falta de acceso a los documentos públicos para realizar el cotejo entre las propuestas para políticas públicas y los desdoblamientos de las intenciones gubernamentales. Además, se sabe que el potencial de cambio local es fuertemente influenciado por los macro determinantes, que son más completos y arraigados a la estructura y a la cultura de la sociedad brasileña. Pero se cree que ese estudio posa servir como base para los actores sociales que se encuentran envueltos en la reducción de iniquidades socialmente generadas, por medio de proposiciones de políticas públicas que presenten real potencial transformado de la realidad de esas juventudes.

REFERENCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social Determinants of Health Discussion. Genova: WHO; 2010.
2. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm. Institute for Future Studies; 1991.
3. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final: 2008.
4. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção [texto na internet]. [s.d.] [acesso em 03 jul 2017]. Disponível em: [http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade e Equidade na Atencao a saude - Prof Dr Luiz Cecilio.pdf](http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf).
5. Ministério da Saúde (Brasil). Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulações de políticas específicas de saúde; 2009.
6. Waiselfisz JJ. Mapa da violência: Os jovens do Brasil. Brasília: Ed. Garamond; 1998.
7. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência: os jovens do Brasil. Brasília: Ed. Qualidade; 2014.
8. Weisheimer N. Estudo da situação juvenil na agricultura familiar do recôncavo da Bahia. In: Anais do 37º Encontro Anual da ANPOCS; 2013 out 23-27; São Paulo, Brasil. Águas de Lindóia: ANPOCS; 2013.
9. Ayres JRCM, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. Interface: comunicação, saúde, educação 2012;6(40).

10. Brasil. Lei nº 12.852, de 05 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. Diário Oficial da União 06 ago 2013.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014 [acesso 10 jun 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [homepage na internet]. Educação é prioridade para 85,2% dos jovens brasileiros. 2013 [acesso em 20 jun 2017]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19028.
13. Câmara Municipal de Ribeirão Preto [homepage na internet]. Pautas das sessões [acesso em 10 jun 2017]. Disponível em: <http://www.camararibeiraopreto.sp.gov.br/JW34/consultaPauta.xhtml>.
14. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto [homepage na internet]. Administração municipal [acesso em 10 jun 2017]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/site/>.
15. Cellard AA. análise documental. In: POUPART, J.; et al. (Org.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Ed.Vozes; 2008.
16. Ayres JRCM. Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução da Vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho CG, Wen CL (orgs). Clínica Médica. 1a ed. Barueri: Ed. Manole; 2009. p. 437-455.
17. Dahlgren G, Whitehead M, Gilson L. Policies and strategies to promote social equity in health. A global perspective. New York: Oxford University Press; 2001.
18. Antonietto ALG, Severi FC. Reprodução institucional da desigualdade: a indução federal e a distribuição desigual de Conselhos de Políticas Públicas nos municípios brasileiros. Revista digital de direito administrativo 2016;3(3):558-573.

ANEXOS**ANEXO I - Aprovação do Comitê de ética em Pesquisa**

**CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

OF. 033/2016-CEP/CSE-FMRP-USP

Ribeirão Preto, 04 de Outubro de 2016.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e **APROVADO** pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária na data de 04 de Outubro de 2016.

Pesquisador: Fernanda Bergamine Vicentine

CAAE: 58459516.4.00000.5414

Projeto de pesquisa: "Jovens vivendo em aglomerados subnormais no município de Ribeirão Preto: um estudo sobre iniquidades e redes sociais"

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Docente do Departamento de da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

ANEXO II – Certificado Apresentação em Congresso – Dados da qualificação

810

Cuba Salud 2018
III CONVENCION INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CERTIFICADO

Fernanda Bergamini Vicentine Iago da Silva Caíres Janise Braga Barros Ferreira
A: _____

POR HABER PARTICIPADO EN:

☐ CONFERENCIA	☐ PANEL	☐ EXPOSICIÓN ORAL	☐ PRESIDENTE DE SALA
☐ SIMPOSIO	☐ MESA REDONDA	☐ EXPOSICIÓN EN POSTER	☐ SECRETARIO DE SALA
☐ TALLER	☐ Curso	☐ Reunión Científica	

Dado en La Habana, Cuba, a los 27 días del mes de abril de 2018

Políticas públicas intersectoriales para la juventud: enfoque en la población joven en situación de vulnerabilidad social

M. Sc. Dra. Ileana Morales Suárez
Directora de Ciencia e Innovación Tecnológica

Dr. Cs. Pastor Castell-Fiori Serrate
Presidente del Consejo de Sociedades Científicas de la Salud

Dictamen No. 030/18 Créditos académicos 2 otorgados y Firma autorizada _____

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA