**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**DIAGNÓSTICO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - possibilidade
de construção de espaços coletivos para a
constituição de sujeitos?**

Maria Isabel Gondim Borges Moreira

Ribeirão Preto
2001

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**DIAGNÓSTICO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - possibilidade
de construção espaços coletivos para a constituição
de sujeitos?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Área Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do grau de Mestre. Linha de Pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Aluna: Maria Isabel Gondim Borges Moreira
Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto
2001

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus
Administrativo de Ribeirão Preto / USP

Moreira, Maria Isabel Gondim Borges

Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família – possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos? Ribeirão Preto, 2001.

230 p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública junto ao DMISP.

Orientador: Mishima, Silvana Martins.

Diagnóstico da situação em saúde; saúde da família; saúde coletiva; participação comunitária

*Aos meus pais, que me mostraram as
primeiras letras do amor, da luta e do sonho.*

*Aos meus filhos Almir, Amália, Mariana e Pedro
capazes de compreensão e carinho mesmo quando estive
distante.*

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final desta trajetória é gratificante. Este texto foi uma consequência do aprendizado prazeroso das possibilidades desta nossa vida. O encontro com pessoas e o reencontro com ensinamentos de umas tantas outras do passado tornaram este trabalho possível. Com a clareza da impossibilidade de nomear a todas, vou tentar compor meus agradecimentos:

À Edna, Nara e Zé, pela generosidade das intermináveis horas do trabalho de campo.

À Abadia, Alessandra, Alessandra Cecília, Diná, Elcio, Eliene, Graça, Joana, Margareth, Patrícia, Vanessa e Vanessa Abreu, componentes da equipe do PSF que participaram desta pesquisa.

À Secretaria de Saúde de Uberaba e à Companhia de Habitação do Vale do Rio Grande, que acreditaram e apoiaram esta proposta de trabalho.

Aos companheiros do Departamento de Medicina Social e do Centro de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, pelo apoio e incentivo nesta empreitada.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Sala de Leitura, pela oportunidade do exercício compartilhado da sabedoria e ponderação no exame dos cenários da saúde e sociedade no Brasil.

Aos Professores Amaury Lelis Dal Fabro, Fernando Lefèvre, Maria Cecília Puntel de Almeida, Pedro Fredemir Palha e Sandra Azevedo Pinheiro

pelas cuidadosas críticas e sugestões preciosas para a condução deste trabalho.

Às amigas de longa data Darlene e Gisele, e também à Susana, Maria Aparecida, Sueli, Zezé Bistafa, Cinira, Maria Thereza e Katia, pela cumplicidade, alegria da convivência e solidariedade.

Ao Almir, com quem divido o cuidado de meus filhos.

À professora Silvana, pela orientação firme e cuidadosa, capaz de espera, escuta, partilha e profundo respeito, sobretudo nos momentos de crise.

Aos meus irmãos Zé, Chico, Mau, Ni e Duda, muito presentes em todos os momentos da minha vida e, especialmente neste, que não foi somente um exercício de ciência, mas de fé nos homens, se é que podemos separar as duas coisas.

E, por falar em fé, agradeço com carinho especial ao Padre João Ripoli, que nas idas à Santa Cruz do José Jacques e na convivência com os Meninos das Mangueiras, foi me apresentando a vida desta nossa gente sofrida, apontando dimensões que muito provavelmente não teria podido descortinar sem a sua presença amiga naqueles idos dos anos setenta.

E aos homens, mulheres e crianças do Residencial 2000, com quem muito tenho aprendido, não só por terem participado da pesquisa, mas, principalmente, pelo afeto.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	
LISTA DE TABELAS	
RESUMO	
APRESENTAÇÃO	
Capítulo I. CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	1
1. Sistema de Saúde no Brasil: como caminhar em direção à equidade numa conjuntura neoliberal?	2
2. A proposta do Programa de Saúde da Família	9
3. O planejamento em saúde na América Latina e a finalidade do diagnóstico	13
4. Objetivos	26
Capítulo II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: diagnóstico da situação em saúde	28
1. A consulta à base de dados	29
2. Resultados e discussão	30
Capítulo III. O PERCURSO METODOLÓGICO	44
1. A opção metodológica	45
2. O campo de pesquisa	50
3. Fases do trabalho	51
3.1. Fase exploratória e a estratégia de entrada no campo	51
3.2. Trabalho de campo: as fontes e os instrumentos de coleta de dados	56
3.2.1. As fontes documentais	56
3.2.2. Os instrumentos de coleta de dados	56
3.3. Análise dos dados coletados	62
3.3.1. A construção do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC	62
3.3.2. Tratamento dos resultados obtidos e a interpretação do DSC	70
Capítulo IV. CONSTRUINDO UMA APROXIMAÇÃO AO RESIDENCIAL 2000	73
1. Um pouquinho de história	74
2. Residencial 2000: primeira aproximação aos seus recursos e dificuldades	76
Capítulo V. OLHANDO, ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO	80

1. Os sujeitos da pesquisa: a constituição de Marte e Mercúrio	81
2. Marte e Mercúrio: sua saúde, seus problemas e suas possibilidades de intervenção	94
2.1. Processo saúde-doença: como anda a saúde e por que surge a doença no Residencial 2000	94
2.1.1. Saúde: bem em extinção	97
2.1.2. Trabalho: vida e morte	100
2.1.3. Lazer: necessidade às vezes adiada	108
2.1.4. A alimentação, o sono e a higiene: a recomposição do corpo e a proteção da saúde	110
2.1.5. O ambiente: poeira e terrenos vagos trazendo doenças	113
2.1.6. O sobrenatural: a relação da religiosidade e dos pensamentos mágicos com a saúde e a doença	116
2.2. Serviços coletivos: dificuldade de acesso e de consumo	121
2.2.1. A segurança, o transporte, a creche, a escola: qualificam a vida?	121
2.2.2. Serviços de saúde	127
2.3. Participação: um caminho possível	133
2.3.1. A solidariedade: um ensaio para a participação	133
2.3.2. O desencontro no preconceito e na discriminação	136
2.3.3. O poder público: sedução, desprezo e medo	139
2.3.4. Participação: a conquista de direitos como um caminho de dificuldades, mas prenhe de possibilidades	146
2.4. Espaço de relações: em cena, a família	154
2.5. Processo de pesquisa: exercício de um espaço com potência para melhor andar a vida	158
Capítulo VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS: afinal, podemos construir espaços coletivos para constituição de sujeitos?	171
ANEXOS	181
Anexo A - Situação geográfica do Residencial 2000	182
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Informado	183
Anexo C - Roteiro dos Grupos de Discussão	184
Anexo D – Discurso do Sujeito Coletivo	188
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221
SUMMARY	
RESUMEN	

LISTA DE SIGLAS

CAIC – Centro de Atenção Integral à Criança

CENDES-OPAS – Centro Nacional de Desenvolvimento da Venezuela e Organização Pan-Americana de Saúde

COHAGRA – Companhia de Habitação do Vale do Rio Grande

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS – Literatura Latino - americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan – americana de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PSF – Programa de Saúde da Família

SETAS - Secretaria Municipal do Trabalho, da Assistência Social, da Criança e do Adolescente

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SILOS – Sistemas Locais de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de documentos de autoria da OPAS indexados na base de dados LILACS com o unitermo <i>Diagnóstico da Situação em Saúde</i> segundo categoria e ano de indexação, 1982-1999.....	33
Tabela 2. Distribuição de documentos de autoria de órgãos governamentais indexados na base de dados LILACS, com o unitermo <i>Diagnóstico da Situação em Saúde</i> segundo categoria e ano de indexação, de 1982 a1999.....	33
Tabela 3. Distribuição de documentos de autores independentes indexados na base de dados LILACS, com o unitermo <i>Diagnóstico da Situação em Saúde</i> segundo categoria e ano de indexação, 1982-1999..	33
Tabela 4. Distribuição dos documentos indexados na base de dados LILACS, com o unitermo <i>Diagnóstico da Situação em Saúde</i> , segundo ano de publicação e autoria, 1982-1999.....	35
Tabela 5. Distribuição dos documentos de autoria governamental indexados na base de dados LILACS, com o unitermo <i>Diagnóstico da Situação em Saúde</i> segundo abrangência territorial do estudo e ano de publicação, 1982-1999.....	38
Tabela 6. Distribuição de documentos indexados na base de dados LILACS, com o unitermo <i>Diagnóstico da Situação em Saúde</i> por país de origem, 1982-1999.....	39
Tabela 7. Distribuição dos participantes da pesquisa por grupo e faixa etária. Uberaba, 2001.....	83
Tabela 8. Distribuição dos participantes da pesquisa por grupo e ocupação. Uberaba, 2001.....	83
Tabela 9. Distribuição das famílias segundo renda familiar mensal em salários mínimos. Uberaba, 2001.....	91

RESUMO

Com esta pesquisa de abordagem qualitativa buscamos identificar ferramentas que potencializassem o trabalho em atenção primária, enfocando o diagnóstico em saúde. Este estudo foi realizado no Residencial 2000, bairro periférico do município de Uberaba, no período de 10 de abril a 15 de maio, e contou com a participação de profissionais de uma equipe que atua no Programa de Saúde da Família (PSF) na área. Tivemos por objetivos: analisar a construção do diagnóstico em saúde no PSF, como uma ferramenta com potência para gerar maior participação da comunidade em relação à discussão e elaboração de propostas para enfrentamento dos problemas de saúde; identificar e analisar a compreensão da população do Residencial 2000 acerca do processo saúde-doença, os problemas de saúde e as intervenções propostas nos grupos de discussão; viabilizar espaço de discussão que possibilitasse expressão ampla e problematização das contradições presentes na realidade desta população, a partir da manifestação acerca de sua realidade e possibilidades de transformação. Consideramos os princípios da pesquisa participante em todo o processo. Fontes documentais e entrevistas com informantes-chave foram utilizados para aproximação ao campo e aprofundarmos nosso conhecimento a respeito da área. Foram constituídos dois grupos de discussão totalizando 23 sujeitos participantes, moradores do bairro. Os depoimentos dos sete encontros foram registrados e, posteriormente, organizados conforme metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, que busca resgatar a fala do social a partir dos discursos individuais. O discurso produzido foi então submetido à Análise Temática, e identificamos 5 temas: *processo saúde-doença: como anda a saúde e por que surge a doença no Residencial 2000; serviços coletivos: a dificuldade de acesso e de consumo; participação: um caminho possível; espaço de relações: em cena a família; processo de pesquisa: exercício de um espaço com potência para melhor andar a vida*. A articulação destes cinco temas apontaram que a população conforma um saber sobre saúde-doença ampliado para além do recorte de atenção ao corpo físico, identificando caminhos para enfrentamento de seus problemas. Assim, acreditamos que no PSF podem se conformar espaços de possibilidade de acontecer a constituição de sujeitos, apesar dos entraves e dificuldades colocados para o exercício desta estratégia.

Palavras-chave: diagnóstico da situação em saúde; saúde da família; saúde coletiva; participação comunitária.

APRESENTAÇÃO

A preocupação em identificar ferramentas para a atuação em atenção primária que possam potencializar o trabalho em saúde teve como disparador o trabalho desenvolvido junto à Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro no Residencial Mangueiras, em Uberaba- MG.

Em 1996, conhecemos a referida área pelo fato de a mesma ter sido identificada por essa Faculdade como área problema, visivelmente carente de recursos de infra-estrutura geral. Ao visitá-la, fomos sensibilizados pelas condições de vida desta população e pelas restritas possibilidades de intervenção aí presentes naquele momento. Desde então, foi iniciado um processo de reconhecimento da área através de entrevistas domiciliares com caracterização do ambiente físico, sócio-econômico e sanitário, bem como reconhecimento da organização desta comunidade com identificação de lideranças comunitárias. Cerca de 150 famílias foram entrevistadas.

Foram realizados exames parasitológicos de fezes em crianças menores de dez anos residentes nos domicílios nos quais foram realizadas as entrevistas. Estas atividades aconteceram com a participação de alunos de Medicina e Enfermagem das disciplinas de *“Políticas de Saúde”* e de *“Saúde e Sociedade”*. As crianças com verminose foram tratadas, sendo as medidas de profilaxia discutidas com os familiares, através de visitas domiciliares e de reuniões em um Centro Comunitário da Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social, da Criança e do Adolescente, recentemente inaugurado, e no domicílio de uma das moradoras.

Aos alunos foi proposta uma atividade de formular alternativas de

intervenção no sentido de elevar o nível de saúde da referida população, correlacionando suas condições de vida e de trabalho ao processo saúde-doença, bem como desenvolver a análise de morbimortalidade da área através de dados obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Uberaba.

Levando em conta que inúmeras das questões e problemas apresentados pela população da área têm sua origem em determinantes de ordem estrutural, surpreendeu-nos a demanda espontânea de moradores da maior área de invasão do bairro por atividades de educação, com vistas mais à prevenção que à promoção em saúde, abordando questões tais como lixo e higiene corporal.

Quando a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) foi reformulada na área, como já havíamos tido a possibilidade de trabalhar junto com a médica que foi para lá transferida, começamos a pensar e atuar conjuntamente neste território. Fizemos reuniões em domicílios dos moradores e também em um Centro Espírita localizado na área, discutindo questões relacionadas à demanda dos moradores.

No transcorrer do trabalho desenvolvido identificamos que:

- ✓ poucas mudanças aconteceram no bairro num espaço de um ano: segundo informações de moradores, poucos conseguiram construir suas casas e deixaram os barracos de plástico; alguns deixaram o bairro e estão sendo substituídos por outros, vindos de outros bairros periféricos ou de outras cidades, principalmente, do norte e nordeste do país;
- ✓ houve dificuldade de encontrarmos informantes em todos os domicílios,

devido ao fato de as atividades se desenvolverem durante os dias úteis e nos períodos matutino ou vespertino;

✓ diante de uma mesma realidade, tanto a percepção quanto a mobilização para a atuação eram díspares considerando-se as entrevistas em cada domicílio.

Para contornarmos as dificuldades identificadas, respondermos à demanda surgida entre os moradores e na tentativa de identificar uma forma de intervenção que potencializasse o trabalho em saúde na atenção primária, optamos pelo redirecionamento do trabalho desenvolvido no bairro.

Assim, a partir dos dados da realidade trabalhada neste espaço, tomamos como pressuposto que em espaços coletivos de discussão poderíamos trabalhar em atenção primária, identificando contradições que mobilizassem o grupo com o qual pretendíamos trabalhar nesta pesquisa, na tentativa de buscar soluções, criando assim a possibilidade de ampliação de intervenções eficazes que pudessem impactar a situação inicial encontrada.

Esta proposta, apresentada como projeto de pesquisa, depois de aprovada, teve que ser repensada e redefinido o local de realização das atividades nele propostas. Não foi possível o trabalho no Residencial Mangueiras, por razões de ordem conjuntural que detalharemos no corpo desta dissertação.

Reiniciamos o processo de aproximação a um novo campo de pesquisa. O **Residencial 2000**, bairro de urbanização mais recente, foi escolhido porque apresentava características sócio-econômicas e culturais

semelhantes às do Manguinhos e, o que era primordial, uma equipe de Saúde da Família ali alocada.

O título original do projeto de pesquisa foi revisto e modificado, no sentido de espelhar mais fielmente o processo. O diagnóstico de saúde enfatizado no título do projeto, apresentado para o exame de qualificação e avaliação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, foi cedendo lugar, pelas características do trabalho de campo desenvolvido, aos sujeitos que foram se conformando nesse processo. Constatamos a importância do envolvimento da equipe de saúde, já que a estratégia da Saúde da Família está dada como política a nível local, conformando espaço de possibilidade para a constituição de sujeitos autônomos neste território.

Assim, no primeiro capítulo deste trabalho, discutimos alguns conceitos relevantes para aproximação ao objeto de nossa pesquisa, desde a dificuldade de se garantir a efetivação de políticas sociais numa conjuntura neoliberal, até à aposta no espaço representado, na atualidade, pelo PSF, estratégia ambígua e de possibilidades contraditórias para a constituição de sujeitos, considerando o momento do diagnóstico. Isto, considerando que o planejamento é reconhecido como uma de suas ferramentas de trabalho pelos formuladores do referido programa.

No segundo capítulo, apresentamos uma revisão bibliográfica a partir do unitermo *diagnóstico situacional em saúde*, realizada na tentativa de apreender como o diagnóstico em saúde coletiva tem sido abordado pela

comunidade científica e como se configura a participação comunitária no seu desenvolvimento.

No terceiro capítulo, detalhamos o percurso metodológico deste estudo e apresentamos os métodos que utilizamos para trabalhar com os dados obtidos no trabalho de campo.

No quarto capítulo, descrevemos o resultado do trabalho de exploração do campo de pesquisa, contando um pouco da história do ***Residencial 2000***.

No quinto capítulo, analisamos os discursos dos sujeitos que se constituíram ao longo desta pesquisa, buscando interlocução com autores que estudam as temáticas que emergiram das discussões em grupo.

No último capítulo, algumas considerações partindo dos desafios, expectativas e possibilidades colocados por todos os atores presentes neste processo de pesquisa.

Os desenhos que ilustram este trabalho são de crianças residentes no bairro que, durante a realização da pesquisa, participaram de atividades recreativas, conforme será apresentado no Capítulo III. Ressaltamos que estes desenhos tiveram por tema “ Residencial 2001, o bairro no qual gostaria de morar”.

Este processo nunca foi de um só. Convido agora você, que se aventurou a estas mal traçadas linhas, a continuar esta empreitada. Poderá ser mais um nesta viagem que teve um começo, mas não um final, pois o final que almejamos depende também de você.

CAPÍTULO I. CONSTRUINDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

1. SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: como caminhar em direção à equidade numa conjuntura neoliberal?

No relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde tem seu conceito ampliado, sendo considerada resultante das formas de organização social, devendo ser garantida como direito pelo Estado, através da execução de políticas sociais conseqüentes (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Este mesmo documento já sinalizava as limitações e obstáculos de natureza estrutural que prejudicam o desenvolvimento pleno deste direito em nossa sociedade:

“(...) extremamente estratificada e hierarquizada, a sociedade brasileira caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária (...) as desigualdades regionais e sociais existentes refletem estas condições estruturais e vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um perfil satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada (...) na presença de um Estado autoritário (...) impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p.383).

Historicamente, as principais conclusões desta Conferência foram garantidas pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1989) e, mais tarde, originaram as leis nº 8080 e nº 8142 (BRASIL, 1990a; 1990b), constituindo-se, assim, importantes instrumentos políticos e jurídicos que buscaram assegurar a

constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) com potencial de impactar a realidade de saúde da população brasileira, com participação popular em seu controle em direção à equidade.

Entretanto, a partir principalmente do final dos anos 80, as demandas provenientes de uma política de ajuste estrutural assumidas por nossos governantes, têm intensificado as discussões acerca da viabilidade deste Sistema Único de Saúde e também da equidade (KADT & TASCA, 1993).

Para contextualizarmos estas questões, estaremos buscando as contribuições de SOARES (2000), MAGALHÃES (2000) e MONTALI (2001).

O processo de globalização econômica assentado na lógica neoliberal tem provocado mudanças nos padrões de financiamento e gestão do Estado. A transformação do mundo do trabalho teve por conseqüências o aumento do desemprego, a precarização das relações de trabalho e a deterioração da renda.

Levando em conta que a execução das políticas sociais baseia-se na relação entre contribuição e prestação de serviços ou acesso a benefícios, o ideário neoliberal aponta o esgotamento do modelo do Estado social ou provedor. Este Estado de providência teria o papel de minorar os efeitos da pobreza e da fragilidade social, conseqüentes à economia de mercado.

As políticas de ajuste neoliberal têm agravado tanto a desigualdade quanto a iniquidade em todas as áreas sociais em todos os países, mas nos ateremos às conseqüências deste processo sobre a saúde da população brasileira.

A situação de saúde de uma parcela da população brasileira tem se

agravado, tanto porque ela está adoecendo mais em decorrência do contexto acima assinalado, quanto pelo fato de que o acesso aos serviços de saúde tem sido dificultado. Apesar do aumento da cobertura das ações de saúde possibilitado pelo SUS, uma vez que a restrição financeira na área social tem reduzido a capacidade do setor público intervir e responder às demandas crescentes.

Estamos entendendo acesso *"como um valor constituído pelas dimensões 'participação' (nos processos de decisão, mecanismos e finalidades do sistema de saúde), 'autonomia' (informação, opção, prestação de contas, democratização), 'qualidade' (continuidade, globalidade, pertinência, satisfação) e eqüidade (universalidade e acessibilidade)"* (HORTALE *et al.*, p. 62) e não só como a presença física de um equipamento de saúde.

Sob o argumento da necessidade de modernização do Estado, a reforma passaria por uma revisão da Constituição de 1988, considerada como entrave ao processo, já que nela, como vimos anteriormente, estão inscritos juridicamente os direitos sociais a serem garantidos pelo Estado. A Constituição *"entrava"* porque o processo de reforma passa por um processo de privatização, implícito ou explícito, onde a sociedade acaba tendo que financiar uma parte menor, mas significativa dos custos dos serviços prestados, com prejuízo do princípio da universalidade.

O financiamento ainda privilegia o setor privado de prestação de serviços, representados pelos hospitais e clínicas particulares financiadas pelo SUS e os seguros privados de saúde. Com isso, a população paga

duplamente: através dos impostos e do pagamento pelos serviços.

Tem havido uma reconcentração de poder e de recursos na esfera federal e repasse de encargos e responsabilidades para os municípios, impondo-se exigências de atuação incompatíveis, muitas vezes, com a possibilidade do nível local. Há o risco de desmonte neoliberal e por isto SOARES (2000, p. 17) convida:

"Cabe, portanto, retomar a defesa do SUS, resgatando seus princípios de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, garantindo a qualidade da atenção".

TELLES (1999) aposta que, mesmo nesta época de crise, e mesmo por causa dela, é que há a possibilidade de se instalar o litígio que acena com outros mundos possíveis, mas isso somente se os

"personagens comparecem na cena política como sujeitos portadores de uma palavra que exige o seu reconhecimento – sujeitos falantes, que se pronunciam sobre questões que lhes dizem respeito, que exigem a partilha na deliberação de políticas que afetam suas vidas e que trazem para a cena pública o que antes estava silenciado, ou então fixado na ordem do não pertinente para a deliberação política"(TELLES, 1999, p. 180).

E a participação popular é imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias (VALLA, 1998), caminhando em direção à equidade. Para KADT & TASCA (1993, p. 13) a equidade diz respeito

"(...) particularmente a questões de justiça social, pois são questões que envolvem juízos de valor freqüentemente relacionados com a distribuição de renda, de riquezas e de outros benefícios,

assim como opções políticas quase sempre associadas à alocação de recursos”.

E, se iniquidade tem a ver com uma falta de satisfação das necessidades de saúde, *“conhecer a distribuição das necessidades de saúde é crucial para implementação de uma política de saúde eqüitativa”* (KADT & TASCA, 1993, p. 19).

Estes mesmos autores, emprestando de Weber o conceito de chances de vida - aquelas relacionadas à satisfação de necessidades e vontades que diferem numa sociedade, porque ancorados na sua estrutura e amparados por normas sociais e leis exercidas pelo poder estabelecido – trazem o conceito de *“chances de saúde”* para desigualdades de saúde padronizadas socialmente. Tais desigualdades têm a ver tanto com o estado de saúde quanto com o padrão de consumo de serviços, por questões tais como o acesso.

Torna-se questão política relevante contemplar a eqüidade, levando em conta a questão do diferencial de necessidades, numa sociedade que tem feito opção por uma política neoliberal, onde o Estado tem se retirado da economia e de suas responsabilidades sociais, acentuando a exclusão de grande parcela da população.

Para DEMO (1999, p. 23),

“(...) a redução das desigualdades só pode ser fruto de um processo árduo de participação, que é conquista, em seu legítimo sentido de defesa de interesses contra interesses adversos”.

Entende este autor que participação não pode ser fruto de concessão ou

dádiva, mas uma conquista processual cuja essência é a autopromoção. Este mesmo autor, discutindo o combate à pobreza em nossa sociedade afirmou que ele estaria assentado em três pilares básicos: assistência social, relacionado ao direito radical de sobrevivência material; inclusão econômica, afeto ao emprego e renda, necessários para sustentação individual e coletiva e inclusão política que

“(...) constitui o fim maior, porque representa especificamente a meta do desenvolvimento humano e supõe a capacidade histórica de fazer e fazer-se oportunidade (...) se renda é gerada no mercado, é apropriada na sociedade, donde segue que sua redistribuição, se ocorrer, deve-se a um processo de conquista política” (DEMO, 1996, p. 101).

Se os pilares do combate à pobreza estão comprometidos em decorrência da opção política e econômica de nossa sociedade, o processo de constituição da cidadania poderia se fazer a partir da configuração de microespaços, por onde circulariam micropoderes que possibilitassem a constituição de sujeitos.

Segundo VASCONCELOS (1999a), há pouca disponibilidade de espaços onde a população possa ter acesso a conhecimentos técnicos ou possibilidade de discutir seus problemas e TESTA (1992, p. 172) nos adverte que

“(...) quando se trata da sociedade, em especial de uma sociedade que precisa crescer, em sentido quantitativo e qualitativo, o melhor estímulo – talvez o único – que pode desencadear e manter o processo de crescimento e desenvolvimento, é a participação majoritária e real da população nos diversos âmbitos e circunstâncias em que for possível e

necessária essa participação. O estímulo participativo estabelece, portanto, estreito vínculo entre eficácia operativa e democracia”.

Entendemos saúde enquanto direito de cidadania. E, quando pensamos em um modelo de saúde, que este se organiza a partir do que se toma como problema e como nele se intervém, ou seja, o modelo assistencial sempre possui uma dimensão assistencial e uma tecnológica, que são expressão de projeto de política articulado a determinadas forças políticas e sociais (MERHY *et al.*, 1991). Portanto, acreditamos que seja necessária a abertura de espaços para que os grupos interessados atuem sobre a configuração do que seja problema que será objeto das ações de saúde.

Definir um problema de saúde depende do que se toma como saúde e como doença, e esses espaços poderiam se constituir também em espaços com potencial de ampliação ou aprofundamento da consciência sanitária, não só da população atendida pelo serviço, mas também dos técnicos responsáveis por este atendimento, emergindo daí sujeitos comprometidos com a vida.

Na atualidade sanitária brasileira, as questões apontadas se fazem presentes e se colocam em maior evidência na proposta do PSF, uma alternativa de política pública que apresenta a possibilidade de abertura de um espaço para a expressão das necessidades da comunidade, caso as equipes de saúde envolvidas, pela maior proximidade, sejam a elas sensíveis e os gestores comprometidos com o coletivo.

Consideramos que, se este espaço for efetivado, haverá a possibilidade de caminharmos em direção à equidade. Caso contrário, o PSF poderá se configurar somente como mais uma resposta de cunho racionalizador à crise vivida no setor saúde, com maior ênfase nas ações de natureza ‘higienista’ do que nas de cunho ‘sanitarista’ (FRANCO & MERHY, 1999), acentuando a desigualdade, focalizando a atenção, responsabilizando as vítimas.

2. A proposta do Programa de Saúde da Família

O PSF foi apresentado como parte de uma estratégia destinada a contribuir para organização do Sistema Local de Saúde (SILOS) e para o reordenamento do modelo de assistência à saúde no país (BRASIL, 1994). A Portaria 1886/GM do Ministério da Saúde, publicada em 1997 (BRASIL, 1997), visando regulamentar a implantação e operacionalização do PSF, definiu as diretrizes operacionais desta estratégia.

Em relação à reorganização das práticas de trabalho, salientou o aspecto substitutivo das práticas das unidades básicas de saúde, adscrição da população - territorialização, programação e planejamento descentralizados, integralidade da assistência, abordagem multiprofissional, estímulo à ação intersetorial, estímulo à participação e controle sociais, educação permanente dos profissionais da equipe e a adoção de instrumentos de acompanhamento e avaliação.

O planejamento e a programação local seriam realizados tendo como ponto de partida o conhecimento das necessidades da população adscrita,

identificadas a partir do diagnóstico da saúde da comunidade e do acompanhamento das famílias.

Para realização do diagnóstico, foi recomendado pelo Ministério da Saúde, que fossem utilizadas informações obtidas a partir do cadastramento das famílias e de outras fontes, com destaque para as oficiais – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cartórios e secretarias de saúde; valorizando igualmente as *"fontes qualitativas e de informações da própria comunidade"* (BRASIL, 1998, p. 19).

A programação local e o planejamento teriam por características *"a abertura à democratização, concentração em problemas específicos, dinamismo e aproximação dos seus objetivos à vida das pessoas"* (BRASIL, 1998, p.19). Haveria, assim, estímulo à participação e controle sociais com vistas à superação dos problemas identificados.

Paradoxalmente, os indicadores estabelecidos para o acompanhamento do Programa, têm como fonte de informações o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), estando relacionados, principalmente, à ocorrência de patologias no grupo materno-infantil (recém-nascidos de baixo peso e doença hemolítica perinatal, diarreia e infecção respiratória em menores de um ano, meningite tuberculosa em menores de 5 anos, mortalidade materna e doença hipertensiva específica da gravidez).

O sistema de informação é alimentado por dados relacionados, primordialmente, a situações de risco padronizadas, implicando atuação em larga escala e uniformizada. Neste sentido, embora haja um discurso que enfatize a participação, o concreto se traduz em condições que se assentam

em uma visão de intervenção em saúde que acaba desconsiderando aspectos sociais e ambientais.

O diagnóstico em saúde acaba resultando em uma programação que focaliza a atenção no grupo materno-infantil, nos agravos e processos endêmicos e epidêmicos relevantes para a região, desde que impactáveis por tecnologias disponíveis (MERHY, 1995). Consideramos que este possa ser um fator implicado na crise do setor saúde, que perde tanto em eficácia e eficiência, quanto dificulta a constituição de sujeitos capazes de atuar sobre dada situação, transformando-a.

Perde em eficácia ao reduzir o diagnóstico a atividades tais como detectar e quantificar as alterações da realidade aparente, expressas por número de óbitos e outras taxas e coeficientes, desconsiderando os determinantes e condicionantes desta realidade, mesmo quando detectados com a participação de outros atores quando da identificação e explicação dos problemas de saúde. Perde em eficiência por desprezar recursos que poderiam ser mobilizados em outros setores para o enfrentamento de situações determinantes ou condicionantes dos problemas aparentes.

Assim, há dificuldade para a transformação da situação inicial, uma vez que as ações deflagradas por este processo de diagnóstico atuam, primordialmente, sobre os produtos de relações sociais estabelecidas que sejam considerados desvios da normalidade, muitas vezes não respondendo às reais necessidades de saúde presentes num território.

Para FRANCO & MERHY (1999, p.8)

"pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para

diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. Os resultados desejados são anunciados (85% dos problemas de saúde resolvidos, vínculo dos profissionais com a comunidade, etc...) e infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado".

Segundo VALLA (1998), para que os serviços de saúde pudessem contemplar as necessidades da população, deveriam levar em conta o que as pessoas pensam sobre os problemas e quais soluções buscam para seu enfrentamento. A experiência da população, expressa nas formas de pensar e agir, precisa ser considerada pelos serviços e seus planejadores, na perspectiva de que as carências sejam elaboradas em conjunto. Este aspecto fica sobremaneira comprometido se o projeto for determinado anteriormente ao contato com a população.

Entendemos que a participação da comunidade pode ocorrer de duas formas: como processo originado no seio da população, que passa a entender a ação grupal como mecanismo mais eficaz que a ação individual para a resolução dos problemas de saúde; ou como processo deflagrado por autoridade ou organização externa ao grupo, com a mesma finalidade. Com a segunda forma, pode-se estar apenas buscando *“uma fachada de legitimação que cumpre parcialmente a função essencial da manutenção de qualquer sistema social”* (TESTA, 1992, p. 167).

Este processo foi praticado por muitos governos autoritários na América Latina, onde a participação no planejamento possibilitava o controle da população, através do desenvolvimento de ações paliativas e assistencialistas, que não alteravam estruturas (HAGUETTE, 1992). E, se não alteravam as estruturas, não caminhava em direção à equidade.

Segundo PEREGRINO (2000, p. 67), ao tratarmos as comunidades como o somatório de indivíduos e os indivíduos ‘*comunitários*’ como objetos de ‘*conscientização*’, e indicarmos uma listagem de práticas e preceitos, sem que haja condições efetivas para sua aplicação, poderemos estar contribuindo unicamente para que se tornem conscientes “*de sua inadequação para a vida saudável e mais nada!*”

Entretanto, há possibilidade de que a participação possa acontecer através do envolvimento desta população numa relação pedagógica crítica que lhe possibilite, a partir de uma ampliação da consciência sanitária, ocupar espaços e atuar enquanto sujeito na construção de caminhos para solucionar seus problemas.

Antes de prosseguirmos, julgamos pertinentes algumas observações acerca do diagnóstico e do planejamento em saúde, colocados como ferramentas que devem ser utilizadas pelo PSF.

3. O planejamento em saúde na América Latina e a finalidade do diagnóstico

O planejamento em saúde surgiu na América Latina na década de 60, sendo que, para responder à necessidade de programação local, foi elaborado e difundido o método CENDES-OPAS, assim denominado por ter sido elaborado pelo Centro Nacional de Desenvolvimento da Venezuela e Organização Pan-americana de Saúde. Era centrado na idéia de eficiência na utilização dos recursos e a análise do custo-benefício das ações permeava todas as etapas do processo de planejamento, desde a definição

de prioridades até a escolha das técnicas de intervenção.

O planejamento e também o diagnóstico, considerado etapa fundamental do mesmo, deveriam ser elaborados por técnicos, a partir de critérios objetivos – isentando de parcialidade a ponderação acerca de cada um dos problemas e de seus fatores determinantes. Por isso, teria que ser realizado sem o concurso de outros atores sociais, dentre eles a população, que seria a maior interessada e é reduzida a um conjunto de indivíduos a quem as ações serão dirigidas.

O diagnóstico teria por etapas: a) definição do sujeito do diagnóstico – o setor ao qual ele iria ser aplicado; b) coleta das informações necessárias para descrever a situação – identificação e seleção dos danos através da utilização dos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade; inventário dos recursos disponíveis e das ações executadas – buscando totalizar os custos das distintas ações referentes aos danos priorizados; caracterização da população que seria contemplada com as ações a serem definidas e de seu meio ambiente; c) explicação da situação de saúde através dos dados coletados considerando aqueles relacionados ao setor saúde; d) prognóstico da situação de saúde, cabendo ao programador estabelecer o que aconteceria caso a política por ele proposta fosse ou não implementada; e) avaliação da situação de saúde, onde o técnico deveria expressar um juízo objetivo e quantificável sobre a mesma, seria ou não satisfatória e em quanto tempo e em que medida poderiam ser corrigidas as distorções assinaladas nas etapas anteriores.

De posse do diagnóstico, mantendo a coerência interna do método, o

programador buscava a combinação ótima dos recursos existentes, na tentativa de produzir uma quantidade maior de atos com barateamento dos custos, através da padronização de ferramentas e métodos de trabalho. Seria formulada uma única trajetória a partir de uma única imagem-objetivo, definida tecnocraticamente (OPAS/OMS, 1965).

No final da década de 70, a planificação normativa passou a ser submetida à crítica sistemática, referida a sua desvinculação com a historicidade dos atores envolvidos, a seu caráter prescritivo e normatizador e a não-operacionalização de variáveis sociais em seu interior, aspectos que implicavam questões tais como a manutenção de um quadro de iniquidades (RIVERA, 1989). Esta crítica emergiu num contexto de redemocratização na América Latina, onde o resgate da dívida social acumulada passou a objetivo a ser atingido através da participação de diferentes atores na definição de ações para enfrentamento dos problemas, entre outros mecanismos.

Neste contexto, dentre outras alternativas para o setor saúde, configurou-se o enfoque estratégico, destacando-se as propostas do *Pensamento Estratégico em Saúde* de Mário Testa e do *Planejamento Estratégico Situacional* de Carlos Matus. Nesta perspectiva, o diagnóstico passou a ser entendido como “a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo” (TESTA, 1981, p.60), transcendendo a questão administrativa, contemplada no método anterior e procurando se ocupar de questões, tais como, o propósito de mudança e a legitimação da proposta de saúde e do sistema social que faz a proposta.

Nestas abordagens, situação é entendida como o lugar social onde estão situados o ator e a ação; o conceito procura expressar a existência de diferentes explicações da realidade a partir da interpretação dos distintos atores sociais e dos conflitos gerados pela diferença de interesses que têm que ser apreendidos pelo diagnóstico, para que o planejamento adquira capacidade de provocar mudança em dada situação (MATUS, 1987).

O planejamento estratégico situacional aplicado para organização de SILOS passou a ser a estratégia recomendada pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) para reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde na América Latina e Caribe, e ao diagnóstico de saúde caberia a tarefa de análise da situação sócio-sanitária da área a ser atendida pelo serviço de saúde.

Para a realização do diagnóstico, tem sido recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1988, a utilização da metodologia da estimativa rápida, para o conhecimento e a avaliação das necessidades de saúde, subsidiando o planejamento de ações para que fossem impactados os problemas priorizados (ACÚRCIO *et al.*, 1998). O *“objetivo é a divisão do território em microáreas homogêneas quanto a condições de vida da população”* (DI VILLAROSA, 1993, p. 17), na tentativa de operacionalizar o conceito de equidade.

O PSF, enquanto estratégia que remonta aos princípios da vigilância à saúde, acaba tomando para si esta ferramenta como complementar ao cadastramento para o diagnóstico de saúde da sua área.

O trabalho é desenvolvido pela equipe de saúde, que vai se apropriando do

território sob sua responsabilidade, com o ***envolvimento da população*** através da entrevista de informantes-chave, da observação do território e da consulta às fontes secundárias. A estimativa rápida parte do pressuposto de que seja impossível a apropriação de uma realidade sem a participação dos responsáveis por sua construção.

Obtém-se, assim, a caracterização do território em seus aspectos demográfico, sócio-econômico, de ambiente físico e de saúde, bem como dados referentes à organização comunitária, num sentido de movimento. A decisão sobre quais informações devem ser obtidas, como devem ser coletadas, quais informantes-chave devem ser entrevistados e quais perguntas que, formuladas busquem refletir a situação local a partir de variáveis consideradas pertinentes e necessárias, cabe à equipe que está planejando (ACÚRCIO *et al.* , 1998, p. 93-5). Este fato pode comprometer a apreensão da realidade do território entendido enquanto

“(...) um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situação na arena política (...) [que] além de um território-solo é ademais, território econômico, político, cultural e sanitário” (MENDES, 1996, p. 248).

Pois se, neste enfoque, dever-se-ia levar em conta as necessidades de saúde de sua população, enfatizando a equidade, na tentativa de atingir os grupos mais desfavorecidos, buscando a eficácia social (KADT & TASCA, 1993), não vemos como as variáveis possam ter definição unilateral ou mesmo preliminar. A população pode estar sendo, mais uma vez, colocada como objeto de investigação e das intervenções definidas em outro nível, ao invés de sujeito

da mesma.

Por que não se considera a possibilidade de se obter a informação a partir de reuniões e debates mais ampliados que, constituindo-se num fato político, seja capaz de mobilizar forças para transformação de dada realidade?

Para CAMPOS (1997b, p. 144-5)

“Seria ainda necessário realizar-se um exame crítico destas recomendações, tendo em vista a situação concreta do Brasil, em que há um predomínio do modo privado de atenção e o Estado não tem conseguido desempenhar a contento suas funções de propiciar o bem-estar público (...) a instituição de distritos sanitários no Brasil, não teria, por si só, o poder de alterar o modelo vigente (...) tem conduzido inúmeros esforços mudancistas a impasses, a alcançarem pequeno impacto sobre os problemas de saúde e mesmo sobre a eficácia dos serviços”.

Concordamos com MERHY (1997, p. 124) quando fala da limitação dos sistemas de informação em saúde, restritos a um *“conjunto de indicadores e coeficientes, bem estruturados, elaborados a partir de saberes, também estruturados, como a demografia, a epidemiologia, a clínica (...)”* Este fato adquire importância quando da constatação de que a maior parte dos problemas em saúde são do tipo quase-estruturado, isto é, são complexos, admitem diversas, e muitas vezes antagônicas, explicações, conforme o ator em situação. Além disso, teria que se trabalhar com problemas auto-referidos, mas como podem ser auto-referidos problemas levantados a partir de matrizes pré-estabelecidas?

Segundo o pensamento estratégico, *“as razões pelas quais desejamos*

realizar o diagnóstico introduzem neste um viés particular, que se manifesta nas categorias ordenadoras que se vai processar” (TESTA, 1981). Isto é, ao nos aproximarmos de dada realidade, quando definimos o que dela queremos ou não saber, neste movimento já imprimimos nosso viés – a visão de mundo do trabalhador de saúde, que continua presente quando da coleta dos dados e da transformação dos mesmos em informação (onde poderemos ou não ver o que procuramos e enxergarmos ou não o que para nós não é prioridade).

Este fato pode ser agravado quando da entrevista com informantes-chave se, como no caso da estimativa rápida, restringirmo-nos a lideranças que já têm a leitura da problemática que os aflige, desconsiderando a possibilidade de contribuição e de reflexão de uma maior parcela da população. Considerando que o conhecimento é parcial e provisório, poderíamos estar reduzindo e superficializando ainda mais a aproximação a uma dada realidade. Estas entrevistas individuais não permitem o confronto, a discussão e o aprofundamento acerca de quais são problemas e de sua causação, afastando assim a possibilidade de intervenções mais eficazes porque resultantes de maior participação, e caudatárias da otimização da possibilidade de serem dirigidas a um dos objetivos de nosso sistema de saúde: a equidade.

Estas questões, de certa forma, estão presentes em dois estudos anteriores. COHN *et al.* (1991) constataram, no estudo de classes populares da periferia da cidade de São Paulo, que as organizações populares muitas vezes não conseguem ser reconhecidas pela população que representam.

VASCONCELOS (1999a), estudando população adscrita a um centro de saúde em Belo Horizonte, foi surpreendido pela fala de uma ativa representante local, que revelava ser contra a atenção especial que estava sendo dispensada pelos profissionais às famílias mais comprometidas do ponto de vista sócio-sanitário; que nada do que por eles fosse feito adiantaria e que os problemas da comunidade eram outros.

Quando da divulgação da informação produzida, esta é direcionada aos notificantes, aos serviços e informantes, num sistema que, muitas vezes, permanece fechado em si mesmo. Além disso, quando da devolução do diagnóstico para os informantes, a nosso ver, os maiores interessados e conhecedores da situação, ele já vai fechado, finalizado, estando os problemas já descritos através da utilização de dados de fontes secundárias e definidos, grande parte das vezes, segundo critérios técnicos.

Estes critérios técnicos muitas vezes não correspondem às necessidades dos sujeitos que participaram do levantamento dos problemas e são transmitidos numa linguagem técnica, dotada de autoridade, podendo afastá-los da cena - passam de atores a figurantes. O problema não é mais seu, mas do técnico; as soluções também não são mais as suas, mas as referendadas por um saber hegemônico que despreza as suas possibilidades de enfrentamento dos mesmos. Desta forma, podemos estar direcionando a priorização dos problemas e o desenho das operações de enfrentamento considerando somente nossos saberes e valores.

Possivelmente, sejam estes motivos de encontrarmos propostas de intervenção semelhantes mesmo partindo de pontos distintos e de maneiras

de caminhar por vezes antagônicas. Segundo CAMPOS (1997c, p. 264), *“estar-se-ia induzindo, com métodos diretivos, desenhos operativos pré-estabelecidos (...) não haveria também miopia desde o momento da própria eleição de problemas?”*

São sempre os mesmos sujeitos, portadores dos mesmos saberes, que definem a perspectiva a ser adotada para o levantamento dos problemas, considerando, muitas vezes, somente o nível fenomênico, o nível dos fatos concretos (MATUS, 1987). Nele, a violência é reduzida a hematomas, tendo sido provocados quer por acidentes de trânsito, quer por quedas, quer por agressão, quer por fome, quer por desespero, quer por impotência, quer por tirania (MENDES, 1996).

Assim, questionamo-nos quanto ao uso de instrumentos de coleta de dados fechados como nos cadastramentos familiares ou nas entrevistas a informantes-chaves de determinada comunidade através da estimativa rápida, se esse viés pode ser identificado, uma vez que as ações implementadas parecem, freqüentemente, apresentar caráter semelhante, restringindo a possibilidade de mudanças significativas na situação de saúde da população adscrita. Uma forma de superar esse viés poderia ser a abertura de espaços onde a população pudesse manifestar-se mais livremente acerca de sua visão da vida, dos problemas que lhe afligem e das formas de enfrentamento que tem praticado.

Pensamos que, da forma como tem sido conduzida, a formulação do diagnóstico tem buscado mais a utilização da capacidade potencial de realização de serviços de uma unidade de saúde do que responder às

necessidades de saúde da população. Reduz-se, assim, a potência da ferramenta diagnóstico, que poderia estar mais comprometida com a criação de uma estrutura comunicativa que, além de devolver “ao povo as ferramentas científicas necessárias à sua libertação” (TESTA, 1981), pudesse considerar o seu saber, “elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional” (VALLA, 2000, p.15).

Desta forma, ao

“(...) olharmos para estas questões no dia a dia dos serviços, percebemos que os dados que são utilizados mais quotidianamente servem para a construção de determinados tipos de serviços e de determinadas maneiras de geri-los, e não de outros (...) Por isso, este processo em si é um grande ruído” (MERHY, 1997, p.125).

Este mesmo autor já nos alertava que

“(...) todas as experiências em saúde que advogam a idéia de que se ordenam em função de um projeto democrático e comprometido com os interesses da maioria, mas que no fundo supõem que as necessidades e os problemas de saúde podem ser somente representados por saberes tecnológicos a priori em relação aos sujeitos em cena – como os saberes estruturados da clínica e da epidemiologia – acabam por eliminar os sujeitos reais dos cenários estratégicos definidores da política de saúde e colocam no seu lugar um sonho tecnológico de substituir o modo real de como as pessoas, individuais e coletivas, sentem e representam as suas necessidades de consumo como problemas e constróem seus caminhos para solucioná-los” (MERHY, 1993, p. 47).

Estes questionamentos advêm da crença de que, somente a partir da democratização dos espaços de participação, é que se poderá redirecionar as

ações de saúde no sentido da equidade. Assumimos também, com VALLA (1992, p. 35), que

“(...) quando falamos da democratização do acesso aos serviços básicos, estamos pressupondo desigualdade entre os participantes; é por essa razão que se propõe a democracia”.

Desta forma, analisar a potência da ferramenta diagnóstico enquanto um instrumento capaz de contribuir para a constituição de sujeitos políticos comprometidos com as propostas de democratização e equidade em saúde é uma questão presente neste estudo.

Para SADER (1995, p. 51), a noção de sujeito é polêmica e ambígua: pode pressupor soberania ou sujeição. Emprega o uso desta noção em seu trabalho, justificando que os agentes implicados nos movimentos sociais que se propôs a estudar, *“expressam uma insistente preocupação na elaboração das identidades coletivas, como forma do exercício de suas autonomias”*. Verifica a existência de variações históricas no uso do conceito, referidas à capacidade de expressão no plano político, nomeando desde agrupamentos bem delimitados até a categoria histórica ‘povo’ (aspas do autor), mas

“(...) o traço comum é o fato de a noção de ‘sujeito’ vir associada a um projeto, a partir de uma realidade cujos contornos não estão plenamente dados e em cujo devir o próprio analista projeta suas perspectivas e faz suas apostas. E outro traço comum, vinculado a este, é a idéia de autonomia como elaboração da própria identidade e de projetos coletivos de mudança social a partir das próprias experiências” (SADER, 1995, p. 53).

Afirma a inerência recíproca entre sujeito e objeto na própria constituição do sujeito, e assim, para SADER (1995, p. 56),

“sujeito autônomo não é aquele (pura criação voluntarista) que seria livre de todas as determinações externas, mas aquele que é capaz de reelaborá-las em função daquilo que define como sua vontade. Se a noção de sujeito está associada à possibilidade de autonomia, é pela dimensão do imaginário como capacidade de dar-se algo além daquilo que está dado”.

A constituição dos sujeitos dá-se através da linguagem. A linguagem tanto nos condiciona e nos inscreve no que já está dado, quanto é um meio para alcançarmos realidades ainda não dadas. Um sujeito coletivo, em sua gênese possui um conjunto de necessidades elaborado através das relações sociais nas quais se constitui. Estas demandas são nomeadas e objetivadas através dos discursos. Por discurso entende o autor, *“o uso ordenado da linguagem, numa fala ou num texto que um sujeito dirige a um público”* (SADER, 1995, p. 59). O dito e o não dito constitui o imaginário de uma sociedade. E *“constitui-se um novo sujeito político quando emerge uma matriz discursiva capaz de reordenar os enunciados, nomear aspirações difusas ou articulá-las de outro modo, logrando que indivíduos se reconheçam nesses novos significados”* (SADER, 1995, p. 60).

Então, estamos entendendo por sujeitos políticos, aqueles

“(...) sujeitos sociais que se conformam como formuladores, portadores e executores de políticas” [e que] “se caracterizam a partir de seus projetos, em torno dos quais articulam seus interesses e expõem suas vontades como ação” (MERHY, 1993, p. 47).

Nossa preocupação é fruto também da atuação em serviços de saúde e na capacitação de profissionais para o PSF – espaço onde se faz, sem dúvida, necessária a constituição destes sujeitos, para que possa acontecer

a implementação de serviços de saúde sustentados pelos princípios do SUS.

Entendemos o diagnóstico de saúde como uma ferramenta que pode aproximar a atenção primária dos princípios da equidade e da democratização. Para que possa ser otimizado, pensamos que o princípio da democratização deva estar sendo observado desde a concepção do método de diagnóstico e não somente a partir da coleta de dados.

A elaboração dos instrumentos de coleta de dados, a forma como estes instrumentos serão utilizados, a definição de quais os dados serão coletados, chegando às informações produzidas que serão ou não utilizadas para o planejamento e avaliação do impacto de ações dirigidas aos problemas priorizados não podem ser etapas definidas unilateralmente.

Acreditamos que, se estes passos forem acontecendo com um maior envolvimento dos sujeitos sociais, otimizaremos a potência da ferramenta diagnóstico para o alcance de seu objetivo maior, qual seja, o de poder estar contribuindo para provocar mudança numa determinada realidade de saúde, por atuar enquanto mecanismo disparador de processos participativos que contribuam para a constituição de sujeitos políticos.

E, aqui é necessário, novamente, explicitar o **pressuposto** desta investigação:

"Nos espaços coletivos de discussão, e que constituem-se em arenas políticas com a conformação e disputa de diferentes projetos e distintos sujeitos, pode-se constituir um diagnóstico de saúde, onde sejam identificadas contradições que mobilizem estes sujeitos a buscar soluções para os problemas identificados".

Finalmente, compartilhamos com CAMPOS (1997a, p. 67) a idéia e o

sentimento de

*“(...) reconhecer que a construção de uma nova hegemonia, de uma nova civilização, depende da criação de inúmeras situações que favoreçam a constituição de atores que neguem a inevitabilidade do **status quo**, que entrevejam possibilidades de alterá-lo e que, principalmente, sintam-se com direito de desejar esta mudança”.*

Este quadro nos encaminha a algumas questões:

- O diagnóstico de saúde tem a possibilidade de aproximar atenção primária dos princípios norteadores do SUS de democratização e equidade?
- O diagnóstico de saúde pode contribuir para o planejamento de ações capazes de provocar mudança em determinada realidade de saúde, atuando como mecanismo disparador de processos participativos que contribuam para a constituição de sujeitos políticos?
- A estratégia do PSF pode favorecer o desenvolvimento de espaços de expressão das distintas necessidades de saúde da população?

4. Objetivos

Partindo do exposto, na realização desta pesquisa tivemos por objetivo geral analisar a construção do diagnóstico de saúde no PSF, como uma ferramenta com potência de gerar maior participação da comunidade em relação à discussão e à elaboração de propostas para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Objetivos Específicos

- Identificar e analisar a compreensão da população do Residencial 2000 acerca do processo saúde-doença.
- Identificar e analisar os problemas de saúde e as intervenções propostas nos grupos de discussão.
- Viabilizar espaço de discussão que possibilite expressão ampla e problematização das contradições presentes na realidade da população do Residencial 2000, a partir da manifestação desta população acerca de sua realidade e de suas possibilidades de transformação.

Capítulo II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE

Antes de prosseguirmos, apresentaremos o resultado da pesquisa bibliográfica que realizamos para aprofundar nosso conhecimento acerca das propostas de formulação de diagnóstico em saúde: como tem sido utilizado para avaliar o estado de saúde em áreas geográficas delimitadas, e se os documentos fazem referência ao envolvimento da população no processo.

1. A CONSULTA À BASE DE DADOS

O diagnóstico é tecnologia essencial para o desenvolvimento de ações de saúde, tanto no campo individual quanto no coletivo, sendo atravessado¹ pela intencionalidade de alterar uma situação encontrada. Para alcançar este objetivo, o diagnóstico necessita destacar ou precisar os aspectos a serem alterados servindo também, no campo coletivo, à necessidade de criar viabilidade para a proposta que se pretende implementar (TESTA, 1995).

Para que haja uma intervenção eficaz, o diagnóstico tem que se aproximar, tanto quanto possível, da realidade. Esta aproximação deve se fazer a partir da construção de um espaço, onde haja interação entre os

¹ Utilizamos, como o autor em questão, este termo em seu sentido semântico e não enquanto conceito expresso por BAREMBLITT (1998) onde atravessamento implica em interpenetração conservadora, da reprodução, da função e do organizado na rede ou malha social.

distintos sujeitos dotados de necessidades e possibilidades (MERHY, 1995), para que o diagnóstico não resulte numa mera descrição das deficiências encontradas, mas contemple também as diferentes explicações da realidade feita pelos distintos atores sociais em cena (MATUS, 1987).

No sentido de apreender como o diagnóstico em saúde coletiva tem sido abordado pela comunidade científica, buscamos analisar o conteúdo das publicações indexadas na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)² no período de 1982 a 1999. Esta opção foi feita considerando a tradição da América Latina no planejamento em saúde.

Inicialmente, para obtenção da bibliografia, utilizamos o unitermo *"diagnóstico da situação em saúde"*, definido como diagnóstico, avaliação, medição do estado de saúde da comunidade em áreas geográficas. Consideramos, num segundo momento, a referência à participação comunitária no desenvolvimento do diagnóstico, avaliada pela presença do unitermo *"participação comunitária"* como um dos descritores do documento.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura do conjunto dos textos localizados (304 resumos) possibilitou, a princípio, a divisão dos documentos em três grandes grupos, conforme estivessem relacionados a:

- políticas governamentais que eram implantadas ou implementadas a partir da realização do diagnóstico da situação de saúde ou eram, por este

² Base de dados da literatura relativa às Ciências da Saúde, de autores latino-americanos e do Caribe, indexada a partir de 1982.

instrumento, avaliadas;

- descrição das condições sócio-sanitárias de dada população;
- aporte teórico-metodológico para realização do diagnóstico no sentido de se avaliar as condições de vida e de trabalho ou os serviços oferecidos.

Na tentativa, então, de aprofundarmos nosso entendimento, procedemos à organização do material em grandes categorias. Para esta categorização, buscamos também analisar os descritores de cada publicação. Identificamos que o unitermo pesquisado comportou as seguintes categorias:

a) situação sócio-sanitária - 131 publicações, compreendendo:

- descrição da situação de saúde e condições gerais de vida - 50;
- organização, avaliação e gestão dos serviços de saúde - 34;
- situação de saúde de grupos específicos (criança, mulher e trabalhador) e apresentação de problemas específicos de morbimortalidade – 47

b) planos e programas de saúde: 119 documentos

c) metodologia de diagnóstico e programação estratégica - 17 publicações;

d) informe de atividades desenvolvidas - 11 publicações;

e) cooperação técnica e internacional em saúde: 5 publicações;

f) ensino e capacitação em serviço: 16 publicações;

g) outros: 3 publicações (historicidade da avaliação da situação de saúde nos serviços; diretrizes para pesquisa; discussão acerca das necessidades de saúde).

Estes dados encontram-se consolidados nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1. Distribuição de documentos de autoria da OPAS indexados na base de dados LILACS com o unitermo *Diagnóstico da Situação em Saúde*, por categoria e ano de indexação, 1982-1999.

Categoria	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Cooperação técnica e internacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Informe de Atividades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	3
Metodologia do diagnóstico e da programação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Planos, programas de saúde	-	-	-	4	-	-	1	-	-	-	4	-	-	5	1	-	2	-	17
Situação sócio-sanitária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	2	5	6	1	19
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Total	-	-	-	4	-	-	1	-	-	-	4	1	2	8	4	10	8	1	43

Tabela 2. Distribuição de documentos de autoria de órgãos governamentais indexadas na base de dados LILACS com o unitermo *Diagnóstico da Situação em Saúde*, segundo categoria e ano de indexação, 1982-1999.

Categoria	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Cooperação técnica e internacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Informe de Atividades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2	3	-	7
Metodologia: diagnóstico e programação estratégica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	1	2	-	6
Planos e programas de saúde	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4	-	4	8	66	3	3	-	1	90
Situação sócio-sanitária	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	5	6	7	6	4	3	1	36
Total	-	-	1	-	-	-	1	1	-	7	-	10	16	73	11	11	7	2	140

Tabela 3. Distribuição de documentos de autores independentes indexadas na base de dados LILACS com o unitermo *Diagnóstico da Situação em Saúde*, segundo categoria e ano de indexação, 1982-1999.

Categoria	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Capacitação de RH	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2	2	2	4	3	1	16
Cooperação técnica e internacional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
Informe de Atividades	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Metodologia: diagnóstico e programação estratégica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	2	6	-	1	12
Planos e programas de saúde	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	3	-	3	1	-	-	12
Situação sócio-sanitária*	3	-	-	-	-	2	-	1	7	2	3	4	15	6	14	9	8	2	76
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
Total	3	-	-	-	1	2	-	2	8	3	3	9	21	9	22	21	13	4	121

* Predominam trabalhos sobre problemas específicos de morbimortalidade (34 ou 44,7%) e de análise de serviços de saúde (21 ou 27,6%)

Num primeiro momento, surpreendeu-nos o fato de poucas publicações estarem relacionadas ao descritor *diagnóstico da situação em saúde* até 1993, considerando que o material foi indexado a partir de 1982, época na qual a questão da necessidade do planejamento em saúde já estava consensualizada.

Talvez este achado pudesse ser explicado ao considerarmos que o saber relacionado ao planejamento foi competência de uma instância técnica especializada, com responsabilidade de realizar um diagnóstico objetivo, contratada por governos que tinham por meta a otimização da relação custo-benefício no enfrentamento dos problemas de saúde. O método CENDES-OPAS possibilitou a elaboração de programas de saúde na América Latina dirigidos a problemas materno-infantis, bem como a quadros endêmicos e epidêmicos prevalentes na região, sendo estes programas, até a atualidade, incentivados técnica e financeiramente por organizações internacionais (OPAS, 1999). O fato dos governos centralizarem as ações de planejamento talvez possa explicar a concentração de publicações de autoria de órgãos estatais, de assessoria ou definidores de políticas, como a OPAS.

Algumas considerações acerca do acréscimo considerável de publicações a partir de 1993, vinculadas ou não a organismos governamentais e referendadas pela OPAS podem ser aventadas. O planejamento passou a ser entendido enquanto um instrumento que, para provocar mudança tinha que ser compartilhado entre diferentes atores sociais em dada realidade. Além disso, a eficácia da intervenção dependia da explicação da situação a partir da perspectiva dos diferentes atores

sociais envolvidos para, num contexto de redemocratização dos países latino-americanos, possibilitar os movimentos de desacumulação e acumulação de poder. Estes movimentos vinculavam-se estreitamente à ampliação do número de sujeitos planejadores, fazendo necessária a difusão do saber. A estratégia dos SILOS, baseada na metodologia do planejamento estratégico, passou a ser recomendada pela OPAS (OPAS, 1989).

Dos 304 documentos encontrados, a maioria teve como autores órgãos governamentais e a OPAS, sendo a produção especialmente expressiva a partir de 1993, como já assinalado acima. Esta distribuição pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição dos documentos indexados na base de dados LILACS, com o unitermo *Diagnóstico da Situação em Saúde*, segundo autoria e ano de indexação, 1982-1999.

Ano	Autores governamentais	Autores não governamentais	OPAS	Total
1982	-	3	-	3
1984	1	-	-	1
1985	-	-	4	4
1986	-	1	-	1
1987	-	2	-	2
1988	1	-	1	2
1989	1	2	-	3
1990	-	8	-	8
1991	7	3	-	10
1992	-	3	4	7
1993	10	9	1	20
1994	16	21	2	39
1995	73	9	8	90
1996	11	22	4	37
1997	11	21	10	42
1998	7	13	8	28
1999	2	4	1	7
Total	140	121	43	304

Fonte: Base de dados LILACS.

As publicações da OPAS buscaram nortear e/ou avaliar programas e estratégias implantadas ou implementadas por seus países membros, bem

como oferecer aporte teórico para a realização do diagnóstico no sentido de se avaliar a situação de saúde dos mesmos. Grande parte destas publicações relacionam-se à meta de "Saúde para todos no ano 2000", através da sugestão de estratégias tais como implantação de Sistemas Locais de Saúde e de cooperação internacional

Outra constatação foi a de que poucas publicações têm vinculado entre seus descritores o unitermo *participação comunitária*. Somente 82 documentos possuem o descritor *participação comunitária*, sendo que 73 deles são de autoria de órgãos governamentais de municipalidades da Guatemala. Dos 9 restantes, destacamos:

- 2 que se relacionam à aplicação da metodologia da Estimativa Rápida em regiões do Peru;
- 1 que descreve diagnóstico participativo no Equador;
- 1 trabalho que avalia positivamente a participação social na gestão dos serviços de saúde na Bolívia;
- 3 produções oriundas do Brasil - de municípios do Rio Grande do Sul, de Londrina e do estado da Paraíba - apresentando discussão acerca da organização dos serviços, do modelo de atenção e das políticas de saúde, respectivamente.

Este fato causou-nos estranhamento por consideramos que o conceito de situação, dentro do planejamento estratégico situacional, recomendado pela OPAS aos países membros enquanto possibilidade de articulação dentro dos SILOS, pressupõe a necessidade de diferentes explicações da realidade a partir da interpretação dos distintos atores

sociais. Dos conflitos gerados pela diferença de interesses, que têm que ser apreendidos pelo diagnóstico, é que o planejamento adquire capacidade de provocar mudança em dada situação (MATUS, 1987).

Estaria ainda sendo o diagnóstico realizado por técnicos, centralizado, calcado na observação de eventos tais como a morbimortalidade e a análise de serviços de saúde, relegando a um segundo plano seus fatores determinantes? Os dados identificados do levantamento bibliográfico indicam que dos 131 artigos que foram categorizados como “*situação sócio-sanitária*”, a maioria refere-se à discussão desses eventos, o que pode responder positivamente à questão formulada.

Seu objetivo estaria sendo a busca da eficiência através da identificação de recursos disponíveis para intervenção? Esta seria uma consequência do fato de ser a América Latina uma região marcada pela desigualdade, onde os Estados têm feito opção pelo neoliberalismo?

CAMPOS (1997b, p. 19) nos diz que

“(...) este tem sido o padrão de políticas governamentais em quase toda a América Latina, nos últimos 20 anos. Orientação econômica que impõe um processo recessivo e políticas sociais cada vez mais restritas, conforme as recomendações de organismos financeiros internacionais e dos próprios países desenvolvidos dos quais temos grande dependência”.

Temos assistido, em nossa realidade, a um “enxugamento” do Estado que, além de estar se isentando da execução de políticas públicas, não tem mostrado preocupação com o “sucateamento” do setor saúde. Tem feito opção pela execução de grandes projetos, a partir de diretrizes ditadas pelos organismos financiadores. A participação popular nestes projetos muitas

vezes é reduzida à execução de ações previamente definidas por planejadores. Sendo o planejamento centralizado, vertical, permite-se a participação social desde que sejam alcançados objetivos previamente definidos.

Quando observamos a abrangência territorial referente aos documentos de autoria governamental, observamos a seguinte distribuição, considerando o ano de publicação.

Tabela 5. Distribuição dos documentos de autoria governamental indexados na base de dados LILACS, com o unitermo *Diagnóstico da Situação em Saúde*, segundo abrangência territorial do estudo e ano de indexação, 1982-1999.

Ano	Local	Municipal	Estadual	Nacional	Conjunto de Países	TOTAL
1984	-	-	-	-	1	1
1988	-	-	-	1	-	1
1989	-	-	1	-	-	1
1991	1	1	1	3	1	7
1993	1	1	-	7	1	10
1994	-	6	-	9	1	16
1995	3	67	-	3	-	73
1996	-	2	-	9	-	11
1997	-	-	-	9	2	11
1998	1	-	1	4	1	7
1999	-	-	-	2	-	2
TOTAL	6	77	3	47	7	140

Fonte: Base de dados LILACS.

Algumas considerações devem ser feitas em relação aos dados constantes nesta tabela. A primeira é a presença significativa de publicações referidas aos níveis municipal e local, que pode estar apontando a possibilidade de existir uma participação popular mais efetiva na realização do diagnóstico quando realizado em espaços mais restritos. Entretanto, o fato desta produção, em quase sua totalidade, referir-se a publicações de

autoria de municipalidades da Guatemala³, leva-nos a constatar que, no restante da América Latina e Caribe, a produção indexada vincula-se, essencialmente, à abrangência territorial nacional, descaracterizando, assim, a possibilidade acima mencionada para a quase totalidade dos países deste continente.

Estas assertivas são corroboradas quando atentamos para o país no qual foi desenvolvido o estudo ou o material instrucional que deu origem à publicação indexada, e observamos que a maior parte dela concentrou-se na Guatemala, Brasil, Bolívia, México e Chile (TABELA 6).

Tabela 6. Distribuição de documentos indexados na base de dados LILACS, com o unitermo *Diagnóstico da Situação em Saúde* por país de origem, 1982-1999.

País	Número de publicações	Percentual
Guatemala	74	24,3
Brasil	49	16,1
Bolívia	16	5,3
México	15	5,0
Chile	13	4,3
Peru	11	3,7
Uruguai	10	3,3
Honduras	8	2,7
Venezuela	7	2,3
Cuba	6	1,0
Nicarágua	6	1,0
OPAS	43	14,0
Outros países	52	17,0
Total	304	100,0

Fonte: Base de dados LILACS.

A Guatemala seria uma exceção? Seria pelo fato de ser um país da América Central que, após décadas de ditadura, fez opção pela adoção da democracia a partir de 1985? Quando observamos as normas constitucionais e as leis relativas à saúde, constatamos que, neste país, busca-se garantir a

³ Ver, na p. 33 os comentários sobre publicações indexadas que possuem, entre seus descritores, o unitermo *participação comunitária*

participação efetiva da população na definição das políticas a serem implementadas⁴.

Será que não têm acontecido mecanismos mais participativos de planejamento na área da saúde em outras localidades da América Latina, com maior possibilidade de contribuir para o caminhar dessa população em direção à justiça social e à equidade?

Na tentativa de responder a esta última questão, retornamos à base de dados e, através de nova pesquisa, buscamos localizar documentos através do cruzamento de unitermos abaixo relacionados. Optamos por demonstrar o resultado de nossa pesquisa através do registro do total de documentos encontrados através de cada um deles através do Quadro 1 (p. 38).

Apesar do planejamento não se constituir objeto de nosso estudo, resolvemos apresentar os resultados da pesquisa do banco de dados a partir do unitermo *Planejamento participativo*, porque somente nele encontramos artigos que correspondiam ao nosso interesse.

Após leitura do material referido no Quadro 1, constatamos que os documentos indexados através do cruzamento dos unitermos *Prioridades em saúde X Planejamento em saúde e Planejamento em saúde X Participação comunitária* não apresentavam experiências que pudessem sinalizar a presença da participação popular na realização do diagnóstico, na perspectiva em que temos referido buscar ao longo deste estudo. Estes documentos, ao contrário, aproximavam-se do resultado obtido em nosso primeiro levantamento.

⁴Consultamos, na Internet, o site <http://www.bireme.br/sobre> a Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe.

A partir do unitermo *Planejamento participativo*, localizamos, entre os 53 documentos indexados, os documentos abaixo relacionados que se aproximavam do objeto deste estudo (Quadro 2).

Quadro 1. Documentos localizados na base de dados segundo unitermo selecionado. Uberaba, 2000.

Unitermos	Número de documentos localizados
Diagnóstico comunitário X planejamento	-
Diagnóstico comunitário X planejamento em saúde	-
Prioridades em saúde X planejamento em saúde	22
Prioridades em saúde X participação comunitária	5
Planejamento em saúde X participação comunitária	44
Planejamento em saúde X participação comunitária X prioridades em saúde	1*
Participação comunitária X necessidades de saúde	-
Planejamento participativo	53
Planejamento participativo X prioridades em saúde X participação comunitária	-
Planejamento participativo X prioridades em saúde	-

* Trabalho solicitado à BIREME e não localizado

Quadro 2. Documentos localizados na base de dados segundo unitermo “planejamento participativo”. Uberaba, 2000.

Ano	Autoria	Tema
1994	Zioni, F	Relato e avaliação de experiência da pesquisa participante enquanto método adequado à produção de conhecimento autônomo pelos movimentos sociais, adequação das práticas de saúde e processo de aquisição a cidadania
1996	Borba, J; Seibel, E J	Processo de democratização da gestão pública em Florianópolis - BR
1997	Governo municipal de El Alto	Relato de processo de planejamento com participação real
1997	Ramminger, I M S	A experiência do orçamento participativo em Porto Alegre

Fomos investigar a forma como são conduzidos os orçamentos participativos. Em Porto Alegre, acontece plenária pública em cada uma das regiões e cinco plenárias temáticas às quais podem comparecer qualquer

cidadão. Avalia-se a prestação de contas feita pelo prefeito e elegem-se delegados para as fases subseqüentes. Ao final, a população terá levantadas suas necessidades a partir de quatro prioridades temáticas entre oito: saneamento básico, política habitacional, pavimentação, educação, assistência social, saúde, transporte e circulação e organização da cidade; a seguir, hierarquiza as obras e serviços em cada tema a partir de uma base geográfica regional que considera critérios de afinidade política e cultural entre seus habitantes. Esta divisão regional foi pactuada entre governo e população (GENRO & SOUZA, 1999).

Como se constitui num processo formalizado no qual, não necessariamente, está presente um espaço para aprofundarem-se as contradições e a escolha é feita a partir de uma planilha preestabelecida, afasta-se de nossa proposta de investigação.

Já ZIONI (1994) fez um estudo de caso onde procurou refletir sobre uma experiência de pesquisa participante. Este trabalho mostrou a pesquisa participante como recurso metodológico adequado à produção de conhecimento, à prática de serviços de saúde e dos movimentos sociais. Neste sentido, o estudo da autora auxiliou-nos a pensar nossa pesquisa.

Creemos que conduzir um processo de diagnóstico em um dado território, pressupõe que se tenha por finalidade a otimização da oferta de serviços, através de sua adequação às necessidades de saúde. Se partimos desta premissa, o que temos dito aproxima-se também da consideração de HORTALE et al. (2000, p. 61):

“Em termos de políticas de saúde, é sugerido que se remodelem os métodos epidemiológicos, trazendo contribuições das análises econômicas, históricas e antropológicas (além do geográfico e sociológico que já costuma ser utilizado) para que elas sejam cada vez mais sensíveis à diversidade cultural das sociedades ocidentais: coleta de dados qualitativos, inclusão de categorias socioculturais, análise das redes de sustentação social e simbólica etc”.

E, partindo destas considerações, propusemos este estudo.

Capítulo III . O PERCURSO METODOLÓGICO

1. A opção metodológica

A opção metodológica para o desenvolvimento do trabalho na área foi o da pesquisa qualitativa, considerando princípios da pesquisa participante que, coerentemente com nossos objetivos, possibilitaria que a população fosse, além de sujeito do processo de conhecimento de sua realidade, um potencial agente de transformação da mesma.

A pesquisa participante vem sendo desenvolvida no Brasil, desde a década de 70, como uma alternativa à pesquisa tradicional. Inicialmente aplicada em trabalhos de pastoral da Igreja Católica, foi adentrando nos círculos acadêmicos, passando a ser utilizada em pesquisas nas Universidades (BRANDÃO, 1985).

As propostas da pesquisa participante e pesquisa-ação originaram-se na psicologia social de Kurt Lewin, na década de 40, e fazem crítica à metodologia de pesquisa tradicional das ciências sociais por sua falsa neutralidade e objetividade, bem como pelo postulado da necessidade de distanciamento entre sujeito e objeto da pesquisa. Entretanto, os diferentes contextos de países ricos e emergentes ou subdesenvolvidos, levaram ao surgimento de alternativas distintas de aplicação destas propostas. Na Europa, voltou-se para instituições ou movimentos sociais direcionados a questões ecológicas, estudantis ou de minorias, tendo sido denominada pesquisa-ação. Na América Latina, fez opção pelos grupos populacionais situados na base da estrutura social e, nas décadas de 60 e 70 foram desenvolvidas várias práticas de pesquisa participativa, sendo que, na

década de 80, a pesquisa participante tornou-se a mais difundida (HAGUETTE, 1992).

THIOLLENT (1986, p.15) faz distinção entre as duas vertentes afirmando que

“(...) uma pesquisa pode ser qualificada de pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação” [ou seja, seria aquela] “realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo”.

Afirma que pode ser entendida como pesquisa participante aquela em que a participação dos pesquisadores se dá como forma de se identificarem com valores e comportamentos, na perspectiva de serem aceitos por dado grupo, sem que haja, necessariamente, mobilização em torno de objetivos. E define a pesquisa-ação como

“(...) um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 1986, p. 14).

HAGUETTE (1992) diverge da opinião deste autor por ter constatado que muitas experiências de pesquisa participante incluem o componente ação e confere

“(...) o termo pesquisa-ação para as práticas de origem européia e pesquisa participante para aquelas que tiveram a América Latina como locus de investigação” (HAGUETTE, 1992, p. 111).

Situa, entre as primeiras, os trabalhos desenvolvidos por Michel Thiollent, Alain Touraine e René Barbier.

Considerando a argumentação de ambos, a opção metodológica para o desenvolvimento do trabalho na área foi a pesquisa participante. Não houve, a princípio, o compromisso de que as pessoas implicadas tivessem algo a dizer ou a fazer, ou de que os pesquisadores tivessem que “*desempenhar um papel ativo na realidade*” (THIOLLENT, 1986).

Enquanto na pesquisa tradicional os grupamentos humanos eram tidos como objetos de estudo, a pesquisa participante se volta à transformação destes objetos em sujeitos de uma pesquisa que passa a ter como objetivo potencial a transformação da realidade.

A opção pela investigação participante foi pelo seu potencial de contribuir para que uma comunidade eleve seu nível de consciência através do estudo de sua situação de vida e da sua percepção desta realidade. A disparidade entre o que é real e como esta realidade é percebida, pode permitir a apreensão de como diferentes fatores interagem na determinação e condicionamento de dada situação concreta de vida. Assim, analisando, questionando, descobrindo explicações para a sua realidade, formulando hipóteses, a comunidade transforma-se em protagonista do processo de investigação (BRANDÃO, 1985; THIOLLENT, 1986).

Para VASCONCELOS (1999a, p. 274),

“(...) trata-se de metodologia de pesquisa que parte do reconhecimento de que os vários grupos sociais têm em si uma criativa dinâmica de busca do saber e que são, portanto, capazes de participar no processo de construção de novos conhecimentos com base em relações de diálogo com técnicos e intelectuais. Essa participação muda o caráter do conhecimento gerado, pois possibilita a incorporação de lógicas e interesses populares”.

Encontramos dificuldades relacionadas à aderência da comunidade ao projeto. A incerteza permeou todo o processo de pesquisa e, um dos fatores, talvez tenha sido que prazos e temas, por exemplo, não tiveram definição unilateral. Assim, as reuniões ora eram adiadas, ora eram suspensas. Iniciávamos a reunião pensando num roteiro, surgia um fato no campo de pesquisa que alterava todo o planejamento. Estas dificuldades, por outro lado, contribuíram para que o processo não fosse demarcado, exclusivamente, por nossa visão de mundo.

Buscamos seguir as recomendações de que o nosso papel seria o de colocar à disposição da comunidade as ferramentas técnicas, metodológicas e científicas, contribuindo para a sistematização do conhecimento a ser construído (BRANDÃO, 1985; THIOLENT, 1986).

Procuramos também não nos descuidar das orientações de DEMO (1999):

- vigilância para evitarmos a manipulação da comunidade;
- revisão rigorosa dos planos teórico e metodológico;
- superação de nossa alienação natural frente aos interessados na política social, no sentido de que pudéssemos aprender com a comunidade, acreditar em suas potencialidades e na sua capacidade de assumir o seu destino;
- evitarmos a postura de condutores, assumindo a de motivadores, assessores ou mobilizadores.

Todo o processo foi permeado pela premissa de que os problemas levantados e as possíveis soluções seriam de competência da comunidade, responsável pela conquista de melhores condições de vida e de saúde.

Optamos por este caminho por acreditarmos que, através dele, poderíamos estar contribuindo com a discussão acerca de ferramentas para análise da situação de saúde no nível local, que possibilitassem efetiva participação da comunidade na identificação de suas necessidades de saúde e de soluções para seu melhor equacionamento.

Brandão *apud* SILVA E SILVA (1991, p.46), afirma que

'(...) "a pesquisa participante é uma atitude de relação pesquisador-pesquisado (...) é uma disposição de estabelecer uma nova relação eu-outro", [tendo por finalidade] "a transformação do conhecimento em consciência e da consciência na ação coletiva que fortaleça, no trabalho político de sujeitos das classes populares, o poder de transformar o seu mundo".

Diz também que a pesquisa participante poderia se apropriar de diferentes técnicas e métodos de pesquisa já consagrados. Assim, utilizamos para desenvolver esta pesquisa, o caminho proposto por MINAYO (1993).

Conforme essa autora afirmou e pudemos constatar durante nosso trabalho, as etapas da pesquisa se interpenetram, não sendo possível uma ordenação rígida entre as mesmas. Entretanto, como foi recomendado, buscamos ser insistentes na disciplina e no método, tanto na construção teórica quanto no trabalho de campo, o que não impediu que, no desenrolar de todas as etapas da pesquisa, os moradores, os trabalhadores da equipe do PSF e da Secretaria de Saúde tivessem espaço de participação.

2. O campo de pesquisa

O município de Uberaba localiza-se no estado de Minas Gerais, na região conhecida como Triângulo Mineiro. Ocupa uma área física total de 4529 km² sendo o perímetro urbano de 256 km². Segundo dados preliminares do censo de 2000, a população de 251.159 habitantes concentra-se principalmente na zona urbana; na zona rural reside, aproximadamente, 3% da população (IBGE). O PIB *per capita* em Uberaba é estimado em R\$ 5440,24 ao ano e a população economicamente ativa era de 88758 habitantes (UBERABA, 2000).

Esta população atua principalmente no setor terciário (65%), estando 30% no setor secundário e apenas 5% no setor primário (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento – Prefeitura Municipal de Uberaba). Quanto à renda média, aproximadamente, 75% percebem uma renda inferior a 5 salários mínimos, sendo que 40% recebem menos de 2 salários mínimos e 11% até 1 salário mínimo (UBERABA, 2000).

De acordo com indicadores oficiais, 99% da população tem acesso a água tratada e 98% a rede de esgoto. É o segundo município em eletrificação no estado de Minas Gerais, alcançando o índice de mais de 98% nas zonas urbana e rural (UBERABA, 2000).

A rede municipal conta com 35 escolas, atendendo a 22.000 alunos, sendo que 28 possuem ensino fundamental, 4 oferecem classes de ensino médio e 6 de pré-escolar (UBERABA, 2000). A taxa de analfabetismo no Município é de 5%, concentrando-se em faixas etárias mais altas, principalmente acima de 50 anos (UBERABA, 2000).

No aspecto cultural, a população é servida por três museus, um teatro,

seis bibliotecas públicas, oito cinemas, quatro galerias de arte e um circo cultural itinerante. Para o lazer, existem onze clubes sociais, cinco clubes esportivos, dezoito estádios de futebol, treze ginásios poliesportivos e duas áreas verdes (UBERABA, 2000).

A mortalidade infantil foi calculada em 14,1 óbitos para mil nascidos vivos no ano de 1998; a expectativa de vida do uberabense é de 63 anos e a Razão de Mortalidade Proporcional é de 70,6%. Esses indicadores apontam que a população possui um nível de saúde elevado (UBERABA, 2000).

Com relação aos serviços de saúde existentes no Município, a rede pública e contratada pelo SUS totalizam 16 unidades que oferecem atendimento hospitalar, 23 que oferecem atendimento básico, 8 ambulatórios, 7 laboratórios, perfazendo uma média de 1 médico para cada 300 habitantes e 1 leito hospitalar para cada 200 habitantes. O município conta com 37 equipes do PSF - Programa de Saúde da Família, sendo que uma se responsabiliza pela população do Residencial 2000 (UBERABA, 2001).

Para realização da pesquisa, havíamos definido como campo o Residencial Manguieras. Mas o processo não pode acontecer neste território, como esclareceremos a seguir.

3. Fases do Trabalho

3.1. Fase Exploratória e a estratégia de entrada no campo

Esta fase, segundo MINAYO (1993) envolve as seguintes atividades: escolher o espaço de pesquisa e o grupo de pesquisa, prevendo a estratégia de entrada em campo.

O Residencial Mangueiras havia sido selecionado como campo de desenvolvimento desta pesquisa, por ser um local onde já vínhamos desenvolvendo trabalho junto à comunidade e à equipe do PSF que aí atuava. Quando começamos a pensar o objeto dessa pesquisa, conversamos com a médica desta equipe, que ficou entusiasmada com a proposta e até ajudou-nos a pensar algumas questões a ela relacionadas, antes mesmo da elaboração final do projeto. Mas esta equipe teve sua composição alterada, em virtude da transferência da médica e da enfermeira para atuação em uma outra área do município.

Após autorização do Secretário de Saúde e de discussão do projeto de pesquisa com os técnicos responsáveis pelo PSF no município, iniciamos novo processo de aproximação à equipe que fora designada para atuação no Mangueiras. Após contato telefônico, fizemos duas reuniões com a médica e a enfermeira que atuavam na área, discutindo o projeto de pesquisa. Mas, nessa época, a equipe foi desfeita, pois os profissionais não conseguiram desenvolver trabalho conjunto, sendo transferidos para outras áreas.

Esses fatos coincidiram com a eleição municipal e a futura substituição do Secretário de Saúde. Novos contatos precisaram ser realizados. Durante as discussões na Secretaria de Saúde, por considerarmos ser imprescindível o envolvimento de uma equipe de Saúde da Família no projeto, tivemos que optar por um outro território para o desenvolvimento da pesquisa.

Essa opção foi tomada em acordo com a diretoria de departamento da Secretaria de Saúde, que indicou então, a área do Residencial 2000 (ANEXO A), após nossa exposição dos critérios a serem observados para indicação da

área: um bairro onde houvesse uma população vivendo em situação precária, semelhante à do Mangueiras, na qual pudéssemos observar a conformação de diferentes grupos e que possuísse também certa estabilidade em relação à equipe de saúde nela lotada.

O Residencial 2000 possuía as características sócio-econômicas desejadas e ainda possuía uma equipe de PSF que vinha atuando na área há um ano. Segundo técnicos da Secretaria de Saúde, esta equipe além de bom entrosamento entre seus componentes, vinha desenvolvendo articulações com outras instituições para otimizar seu trabalho naquele bairro.

O trabalho de aproximação do campo que já estava em andamento teve que ser ... *recomeçado*.

Como pudemos constatar, considerando a abordagem de MINAYO (1993), esta fase de aproximação ao campo de pesquisa foi de fundamental importância, uma vez que nos possibilitou a identificação de aspectos aos quais não havíamos atentado, assim como a revisão das hipóteses de trabalho, a delimitação das facilidades e dificuldades a serem vencidas.

E, conforme THIOLENT (1986) havia nos alertado, nesta fase pudemos detectar apoios e resistências, o que nos permitiu estabelecer a viabilidade do projeto, definirmos pela realização da pesquisa sem falsas expectativas e promovermos seu lançamento de forma a ser aceita por parte dos interessados.

Após contato com a enfermeira da equipe responsável pela microárea – Residencial 2000, o processo de aproximação à equipe do PSF teve início em 8/12/2000, tendo durado cerca de duas horas a primeira reunião.

Estavam presentes as agentes comunitárias - em número de seis, a auxiliar de enfermagem e a enfermeira. Neste encontro, discutimos a proposta da pesquisa e a necessidade de que ela acontecesse em um processo vinculado ao trabalho da equipe do PSF.

Esclarecemos que pretendíamos também iniciar contatos com a realidade de um bairro ainda desconhecido para nós. E que, uma das formas de reconhecimento da área na qual trabalharíamos, seria através da equipe, das informações e impressões que teriam a seu respeito. Ainda, conforme a proposta metodológica, convidamos a equipe já nesse primeiro encontro para compor a equipe de pesquisa. Ao final da reunião, falamos da necessidade de desenvolvermos o trabalho com toda a equipe, sendo necessária também a presença do médico.

Agendamos nova reunião com a equipe e, no total, aconteceram quinze reuniões com a equipe, que duraram cerca de duas horas cada uma, no período de 5 de Dezembro de 2000 a 17 de agosto de 2001.

Conforme o conteúdo enfatizado, pudemos dividir o conjunto de reuniões realizadas com a equipe de saúde da área em blocos:

- no primeiro, buscamos conhecer o trabalho de cada um e o da equipe, bem como sua visão do Residencial 2000 - 4 reuniões;
- no segundo, fomos nos preparando para entrada no Residencial 2000, discutindo aspectos relacionados ao trabalho em equipe e às concepções sobre saúde-doença - 5 reuniões;
- no terceiro, aconteceram as reuniões para condução e avaliação do processo de pesquisa na área: discussão do roteiro, do andamento das

reuniões e do impacto das discussões sobre o trabalho e os trabalhadores da equipe - 6 reuniões.

No segundo bloco de reuniões, utilizamos o mesmo roteiro que com os moradores (Anexo C). Dissemos que a divisão aconteceu conforme o aspecto enfatizado em cada uma das reuniões, pois é importante frisarmos que elas aconteceram num movimento de articulação permanente, no qual havia interpenetração entre temas, conteúdos e as estratégias utilizadas para trabalhá-los.

Paralelamente à aproximação da equipe, e também através dela, fomos nos achegando ao bairro. Assim, participamos no Centro Comunitário, de atividades de cunho coletivo que a equipe do PSF realizava com a comunidade. Restringiram-se a duas reuniões de alimentação alternativa e uma manhã de atendimento na semana do diabético. No grupo de alimentação alternativa, a opção foi a de ficar com as crianças, no sentido de otimizar o trabalho da equipe por possibilitar maior envolvimento das mães na atividade e, concomitantemente, estar observando e me aproximando da comunidade e de suas formas de participação.

Nesta ocasião, iniciamos contato com moradores indicados pela equipe de saúde como lideranças da área. Foram realizadas quatro entrevistas. A equipe também nos falou da realização de uma reunião onde estariam presentes técnicos da COHAGRA. Manifestamos interesse em participar e foi-nos sugerido que apresentássemos a proposta do trabalho também para estes atores, visto serem atores importantes para o encaminhamento das questões do bairro. Participamos da referida reunião e já agendamos

entrevista com técnicos da COHAGRA nela presentes para o dia posterior. No total, então realizamos cinco entrevistas individuais: quatro com moradores e uma com duas técnicas da COHAGRA, fundamentais para reconhecimento de um território no qual nunca havíamos estado antes.

3.2. Trabalho de Campo – As fontes e os instrumentos de coleta de dados

3.2.1. As fontes documentais

Para aprofundarmos nosso conhecimento acerca desta comunidade, consultamos fontes documentais oficiais, tais como: COHAGRA, IBGE e Secretarias Municipais de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação e de Meio Ambiente. Estas informações foram acessadas através da Internet.

Outras fontes documentais: Fichas A da equipe do PSF; consolidado de informações municipais (UBERABA, 2000), relatório de atividades referentes ao assentamento das famílias na área da SETAS (UBERABA, 1997); relatório parcial de levantamento das necessidades do bairro realizada pela Comissão de Moradores; imprensa escrita - acompanhamento diário dos jornais do município.

3.2.2. Os instrumentos de coleta de dados

Para MINAYO (1993), a coleta de dados em grupo é uma possibilidade que se coloca na utilização da abordagem qualitativa, importante para se tratar das questões de saúde sob o ângulo social, podendo ser utilizada isoladamente, com a finalidade de se colher opiniões, relevâncias e valores

dos entrevistados.

Esta estratégia é recomendada quando se pretende trabalhar com um maior número de pessoas, obter dados com certo grau de profundidade em um curto espaço de tempo e possibilitar o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas (Morgan *apud* CARDOZO, 1999).

A interação entre as pessoas no grupo, que deve ter composição homogênea para que não haja constrangimento dos participantes, contribui, ainda, para o surgimento de novas idéias e para que se inicie um envolvimento dos participantes nos processos de mudança. Isto porque,

“(...)no âmbito de determinados grupos sociais, atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos” (MINAYO 1993, p. 129).

No trabalho de campo, realizamos *grupos de discussão*, “adaptando” alguns aspectos conceituais do desenvolvimento dos grupos de discussão colocados por MINAYO (1993) e de grupo focal por CARDOZO (1999).

Os participantes contaram com a participação de um animador que teve por função facilitar e aprofundar a discussão.

Procuramos observar o que Schrimshaw *apud* MINAYO (1993) recomenda como papel a ser desempenhado pelo animador. Nas reuniões, introduzíamos as discussões, buscando manter sua continuidade, aproveitando ganchos das falas dos participantes. Percebemos que foi importante estimular a participação de todos, garantindo que não havia respostas certas ou erradas. Procuramos estabelecer relações com os

participantes de tal forma que pudemos aprofundar, individualmente, questões relevantes para o andamento do processo de pesquisa e das atividades dele decorrentes. Mas não conseguimos manter a duração da reunião recomendada por este autor: de 1:00 a 1:30 horas. Isto porque intercorrências além de nossa possibilidade de intervenção (e não foram poucas) estiveram presentes durante todo o processo. Assim, a duração das reuniões variou de 1:00 a 2:30 horas.

Contamos com dois observadores que tiveram por função principal, registrar as falas e ocorrências relevantes durante o desenvolvimento do grupo. Participaram também na condução dos grupos, auxiliando o animador quando se fez necessário.

A equipe do PSF, também compondo a equipe de pesquisadores, teve a função de auxiliar a condução do grupo e prestar esclarecimentos necessários em relação aos serviços e ações de saúde desenvolvidos na área.

Esta equipe de pesquisadores passou por treinamento de modo a possibilitar maior homogeneidade no registro dos fatos, na condução do grupo e no processo posterior de discussão e análise dos dados. Além disso, a cada reunião com a equipe de saúde ou com a comunidade, nos reuníamos para discutir as estratégias, o conteúdo a ser abordado, estudávamos algum texto relacionado a uma ou outra destas questões. Ao final de cada reunião também discutíamos o processo ocorrido, as colocações feitas pelos participantes; avaliávamos como a equipe havia desempenhado seu papel, observando as correções de rumo que foram se

fazendo necessárias durante o percurso.

Os participantes de cada reunião foram escolhidos entre os moradores do bairro, sendo esta atividade mediatizada pelas lideranças comunitárias e equipe do PSF anteriormente contatadas. Inicialmente levantamos uma lista de aproximadamente trinta moradores. Visitamos cada um deles, falamos da proposta da pesquisa, indagávamos sobre seu interesse em participar. Todos os moradores visitados manifestaram interesse e, aí então, discutimos sua disponibilidade de horário e preferência para local de reunião.

Assim, foram constituídos dois grupos: um que se reuniria às terças-feiras à noite e outro nas quartas-feiras à tarde. Os horários foram definidos por questões relacionadas ao trabalho ou não trabalho fora do lar.

O local das reuniões foi definido considerando questões, tais como: facilidade de acesso; neutralidade em relação às disputas que já íamos identificando no bairro, ambiente acolhedor e que não constrangesse a participação de seus componentes (CARDOZO, 1999). O grupo da terça-feira reuniu-se na sala de uma residência utilizada, normalmente, para cultos religiosos, a partir do convite da moradora. O grupo da quarta-feira preferiu reunir-se no Centro Comunitário.

Realizamos sete sessões para discussão de grupo, com cronograma e local definidos com a população da área e a equipe do PSF. Esta etapa aconteceu de 10 de abril a 15 de maio de 2001. As reuniões foram gravadas em fitas, havendo também registro físico em um diário de campo realizado pelo animador e observadores. Os registros da participação dos sujeitos só teve início a partir da obtenção do consentimento livre e informado pelo

pesquisador (ANEXO B). Trabalhamos com dois gravadores pensando na possibilidade de que um deles pudesse falhar. Além disso, iniciávamos as fitas em pontos diferentes. Assim, ao trocarmos uma fita, a outra continuava registrando a discussão.

A disposição dos participantes no ambiente sempre foi em círculo, sendo as cadeiras dispostas por nós ao início do encontro e a escolha para o local onde se sentariam era livre. A não ser para os observadores encarregados do registro físico das falas e do não verbal - combinamos que se sentariam frente a frente.

A identificação dos disparadores temáticos, base para as reuniões do grupo de discussão, foi realizada, provisoriamente, a partir do contato prévio do pesquisador com a população e lideranças da área, das reflexões teóricas empreendidas e das discussões junto à equipe do PSF. Neste caminhar, pudemos captar problemas identificados pela população e alguns aspectos relacionados à percepção que existia acerca destes. Assim as temáticas disparadoras foram:

1. Processo saúde-doença
2. Problemas de saúde
3. Organização e participação popular
4. Propostas de intervenção na realidade observada

A definição dos disparadores temáticos foi preliminar porque os temas só foram trabalhados quando realmente foram percebidos como problemas pela população. Havia temas que os grupos não se propunham a aprofundar e outros que emergiam no decorrer das reuniões, relacionados aos acontecimentos do cotidiano daqueles moradores. Em anexo, apresentamos

o roteiro utilizado em cada uma das reuniões com a comunidade e que foi construído junto com a equipe do PSF(ANEXO C).

Consideramos, ainda, ser necessário destacar alguns aspectos da organização das reuniões aos quais atribuímos parcela considerável de contribuição para a aderência dos sujeitos ao processo de pesquisa.

Além da visita inicial, a cada véspera de reunião retornávamos aos domicílios dos participantes levando um convite impresso, com uma mensagem que buscava estimular a participação, registrando a data e o local do encontro. Essas visitas foram realizadas, inicialmente, com o propósito de maior vinculação entre nós e os participantes dos grupos e para observar o bairro. Mas logo identificamos que também foram oportunidade para observar aspectos do cotidiano dos sujeitos da pesquisa que facilitavam o entendimento de suas falas nos grupos e/ou de aprofundar questões que emergiam das reuniões.

Nem sempre durante as reuniões tínhamos *insights* que poderiam otimizar o entendimento de dado depoimento, por exemplo. Outras vezes, por estarmos lidando com o grupo, era difícil captar a expressão de todos simultaneamente. Como ao final de cada encontro escutávamos as fitas, só então atentávamos para questões ditas em tom baixo de voz, como se não fosse mesmo para ser ouvido pelo restante do grupo. Nestes casos, estas visitas foram providenciais.

Um outro aspecto que motivou discussão entre a equipe de pesquisadores, foi a tomada de decisão entre oferecer ou não lanche ao término das reuniões. As opiniões se dividiam: uns julgavam ser uma forma

de sedução que comprometeria o engajamento real dos participantes. Acreditavam que iriam pelo lanche como vão às unidades de saúde pelo leite, enxovais ou cestas básicas. Outros encaravam o lanche como uma forma de acolher os participantes, como acolhemos àqueles que nos visitam em nossas casas, um momento de descontração mediatizado pelo alimento. Após discussões resolvemos pela segunda alternativa.

Durante o período em que acontecia a reunião, os filhos ou netos dos participantes participavam de atividades lúdicas e/ou educativas conduzidas por um recreador e duas agentes comunitárias. Estas atividades aconteciam no pátio do Centro Comunitário, e outras crianças do bairro terminaram se integrando a elas. No primeiro encontro solicitamos que desenhassem o bairro no qual moravam e, no segundo, o bairro no qual desejariam viver, que foi apelidado de 2001, para conhecermos o que pensavam as crianças a este respeito. Optamos por selecionar alguns desenhos do segundo encontro para ilustrar esta dissertação por terem, a nosso ver, materializado as idéias que emergiram durante as reuniões com os adultos.

3.3. *Análise dos dados coletados*

3.3.1. *A construção do Discurso do Sujeito Coletivo - DSC*

Para organizarmos os dados coletados nas entrevistas no Residencial 2000, utilizamos o recurso metodológico proposto por LEFÈVRE; LEFÈVRE & TEIXEIRA (2000) e LEFÈVRE & LEFÈVRE (2000a, b, c, d): o **Discurso do Sujeito Coletivo**. Julgamos pertinente expor sinteticamente a metodologia proposta, visto ser recente a sua proposta.

Segundo os autores, o *discurso do sujeito coletivo* (DSC) é uma ferramenta que possibilita a apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que têm depoimentos ou outros tipos de texto como matéria prima, como artigos de jornais ou revistas e cartas, entre outros.

Com esta estratégia, os autores dizem buscar

"(...) fugir das armadilhas da coletivização matemático-estatística do pensamento social (...) romper com o modo positivista de ver o social colocando, no lugar das distribuições de frequência de pensamentos, o discurso como forma de expressão do pensamento social ou do pensamento no registro do social" (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000a).

A proposta do DSC implica a utilização de quatro figuras metodológicas: a ancoragem, as expressões-chaves, a idéia central e o discurso do sujeito coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE & TEIXEIRA, 2000 e LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000a,b). Trabalhamos com as três últimas somente para a organização e tabulação dos dados.

A ancoragem é a expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa que está implícita no discurso do autor.

As expressões-chaves (EC) são fragmentos contínuos ou descontínuos do discurso que revelam sua essência ou, às vezes, a teoria subjacente. São utilizadas para a confecção do DSC e, por isso, precisam ser adequadamente selecionadas, evitando-se selecionar quase tudo ou quase nada do material discursivo. Os autores recomendam a transcrição literal do trecho que contenha a essência do pensamento do discurso analisado. Se as expressões-chave forem selecionadas criteriosamente, será mais fácil elaborar o DSC correspondente.

A idéia central (IC) é um recurso que revela e descreve, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido ou o sentido e o tema das expressões-chave de cada um dos discursos analisados. Em muitas ocasiões, pode ser necessário submeter o texto a uma operação de tematização prévia. A idéia central é a expressão do que se quis dizer enquanto o tema diz respeito ao assunto em pauta, isto é, sobre o que o texto fala.

Iniciamos a organização dos dados, trabalhando com a tabulação dos depoimentos por reunião. Para cada reunião construíamos os DSC a partir das EC e das IC. Para demonstrarmos como utilizamos o método, traremos um excerto das discussões ocorridas em um dos grupos, na primeira reunião.

Durante a transcrição das fitas, quando julgamos que poderia haver prejuízo para o entendimento dos conteúdos, fizemos pequenas alterações considerando as normas cultas da língua portuguesa, como em PALHA (2001). Procedemos à leitura flutuante do material coletado e iniciamos a organização do material tabulando os textos. Buscamos neste momento, ir desparticularizando as falas dos sujeitos (LEFÈVRE; LEFÈVRE & TEIXEIRA, 2000 e LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000b,d).

Por desparticularização, estamos entendendo a retirada de conteúdos dos depoimentos que dizem respeito apenas à história de um indivíduo, transformando o discurso numa fala genérica e abstrata. Foi um recurso metodológico criado a partir do

"pressuposto de que o social é, sempre, uma construção ou uma abstração, no sentido

sociológico preciso que Marx, na famosa Introdução da Crítica à Economia Política, dá a este termo e de que um modo legítimo de corporificar esta abstração consiste apresentá-la sob a forma de um mesmo discurso compartilhado" (LEFÈVRE& LEFÈVRE, 2000d).

O primeiro quadro construído continha o depoimento em seu estado bruto e, ao lado, as expressões-chave correspondentes. As falas de cada um dos componentes foi codificada C1, C2 e assim por diante e foram sendo aproximadas conforme o tema de que tratavam.

Transcrição das falas	Expressões-chave
C1.Alimentar bem é ter saúde.	EC1.Alimentar bem é ter saúde.
C2.A maioria das pessoas não alimenta. Eu vejo, por exemplo, uma suposição que no Residencial 2000, a maioria tem três, quatro, cinco filhos. Eu tenho uma e eu já vejo muita dificuldade. Eu imagino quem tem vários filhos. É um pão, é uma mistura... A maioria é capaz que não tem	EC2.No Residencial 2000, a maioria tem três, quatro, cinco filhos. Eu tenho uma e eu já vejo muita dificuldade. Eu imagino quem tem vários filhos. É um pão, é uma mistura... A maioria é capaz que não tem
C3: Só que eu acho que não é uma alimentação adequada pra eles[filhos]. Num prato precisa de arroz, feijão uma verdura e uma carne. Agora a gente pode dar é arroz, feijão, ou macarrão. Eu acho que o pobre não se alimenta direito igual devia ser.	EC3.Eu acho que o pobre não se alimenta direito igual devia ser. Num prato precisa de arroz, feijão uma verdura e uma carne. Agora a gente pode dar é arroz, feijão, ou macarrão.
C4: Meu menino fala " mãe!" – quando tem a cesta da assistente social, ele fala assim: "Mãe! Não veio leite não?"(...) Mas ele gosta tanto de leite que, o dia que não tem nada, não tem outro jeito, ele faz uma água doce, de manhã cedo. Eu falo: "Para com isso, toma pelo menos café". Aí eu falo assim: "toma café!" Ai ele fala assim: "Não, mãe, em vez de tomar esse café preto puro, eu tomo água doce". Toma água doce e vai para a escola.	EC4.Tem menino que gosta tanto de leite que, o dia que vem cesta da assistente social, ele logo pergunta se veio leite. Se não tem nada, não tem outro jeito, de manhã cedo ele faz uma água doce, toma e vai para a escola.
C5. Eu acho que isso é que pega bastante doença é isso sim[falta de alimentação adequada]. Os filhos do pobre é criado diferente. Então, chega um ponto, igual, por exemplo, na minha idade, 30 anos, é uma pessoa muito doente. Não alimenta direito, trabalha demais.	EC5.Os filhos dos pobres são criados diferente, falta alimento, pegam bastante doença. Então, com 30 anos já é muito doente, não alimenta direito, trabalha demais.
C4. É mesmo, como meu marido [trabalha muito e não se alimenta bem e] ontem ele estava super desanimado E você vê, porque ele pegou uma gripe e não há meio de curar.	EC6.Ele trabalha muito e não se alimenta bem, pegou uma gripe e não há meio de curar.

Depois, de cada expressão-chave, buscamos extrair a idéia central, e construímos nova tabulação.

Expressões-chave	Idéias Centrais
EC1.Alimentar bem é ter saúde.	IC1.Alimentar bem é ter saúde.
EC2.No Residencial 2000, a maioria tem três, quatro, cinco filhos. Eu tenho uma e eu já vejo muita dificuldade. Eu imagino quem tem vários filhos. É um pão, é uma mistura... A maioria é capaz que não tem	IC2.No Residencial 2000, a maioria é capaz que não tem um pão, uma mistura...
EC3.Eu acho que o pobre não se alimenta direito igual devia ser. Num prato precisa de arroz, feijão uma verdura e uma carne. Agora a gente pode dar é arroz, feijão, ou macarrão.	IC3.O pobre não se alimenta direito igual devia ser.
EC4. Meu menino gosta tanto de leite que, o dia que vem cesta da assistente social, ele logo pergunta se veio leite. Se não tem nada, não tem outro jeito, de manhã cedo ele faz uma água doce, toma e vai para a escola.	IC4. Se não tem leite, meu menino toma água doce e vai para a escola.
EC5.Os filhos dos pobres são criados diferente, falta alimento, pegam bastante doença. Então, com 30 anos já é muito doente, não alimenta direito, trabalha demais.	IC5. Porque os filhos dos pobres não têm alimentação adequada, com 30 anos já são muito doentes.
EC6.Ele trabalha muito e não se alimenta bem, pegou uma gripe e não há meio de curar.	IC6. Ele trabalha muito e não se alimenta bem, pegou uma gripe e não há meio de curar.

Para (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000b), ao passarmos para a etapa seguinte de construção dos DSC a partir das EC e das IC, deveríamos estar atentos para *"efetuar as operações retóricas em cada um destes discursos separados [destinadas] a tornar cada um deles mais atraente, isto é, mais discursivo"*. Os autores denominam as operações de *retóricas*, aludindo ao sentido clássico deste termo, isto é, *arte do bem discursar*, seja o discurso oral ou escrito.

Estas operações não podem alterar o significado ou o sentido das expressões-chave, produzindo um texto que violente seu sentido original. São operações retóricas: a temporalização, construindo o texto do mais geral para o mais particular; inserção de conectivos e signos de pontuação; substituição de termos repetidos.

A temporalização consiste em dispor os segmentos discursivos cronologicamente, como se uma história estivesse sendo contada. Recomendamos também colocar no início do discurso afirmações que comportam enunciados mais gerais ir detalhando o tema ao longo do discurso.

Um terceiro recurso seria inserir conectivos para ligar as frases no interior do parágrafo e os parágrafos entre si, estabelecendo relações de antecedente/conseqüente; considerandos/conclusões, entre outros, bem como signos de pontuação: pontos, dois pontos, vírgulas, pontos de exclamação, etc. As repetições de termos e expressões devem ser retiradas ou substituídas por sinônimos se for o caso.

Utilizamos este conjunto de operações para que, a partir das expressões-chaves selecionadas, os discursos fossem elaborados para cada reunião. O Discurso do Sujeito Coletivo institui um discurso do social na *"primeira pessoa"*, com o objetivo de estar mais próximo do pensamento de uma coletividade, visando *"expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso"* (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000d). Na próxima página, apresentamos um exemplo da construção de um Discurso do Sujeito Coletivo elaborado a partir da relação que este grupo fez entre alimentação e saúde, utilizando as expressões-chave e idéias centrais apresentadas acima.

Discurso do Sujeito Coletivo: a alimentação e a saúde
<i>Alimentar bem é ter saúde, mas a maioria das pessoas no Residencial 2000 não se alimenta adequadamente. Quem tem um filho</i>

já tem muita dificuldade, imagina quem tem vários - três, quatro, cinco - como a maioria aqui.

Eu acho que o pobre não se alimenta igual devia ser. A gente pode dar arroz, feijão ou macarrão e precisa de arroz, feijão, carne, verdura, leite e pão. Tem menino aqui que, no dia que não tem leite, toma água doce e vai para a escola. Eu acho que é por isso que os filhos dos pobres pegam bastante doença. E aí, chega num ponto, com 30 anos, que fica uma pessoa muito doente - não se alimenta direito, trabalha demais, fica desanimado e nem gripe há meio de curar.

O DSC é, então, a reunião de todos os discursos obtidos para pensar um dado tema. Mas o sujeito coletivo pode ser expresso através de um ou de vários discursos, sendo que eles podem ser únicos, diferentes ou antagônicos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000a,b).

No primeiro caso, o imaginário global é unificado: sobre tal tema há apenas um discurso presente. Quando o sujeito coletivo é expresso através de vários discursos pode ser pelo fato de existir um mesmo discurso complexo que, didaticamente, é preciso separar em mais de um discurso. Pode ser também porque existam discursos conflitantes que, também didaticamente, é preciso separar.

Depois de organizarmos os depoimentos de cada uma das reuniões, organizando-os em quadros, fizemos a consolidação dos depoimentos, EC, IC, DSC dos dois grupos conjuntamente. Mas não pudemos trabalhar o material dessa forma, visto a considerável quantidade de discursos diferentes e/ou antagônicos. Como para maior clareza na apresentação temos o recurso metodológico que permite sua separação, foi este o caminho pelo qual optamos: construímos discursos para os dois grupos em separado.

Segundo os autores, "*separar didaticamente os discursos é um expediente destinado a tornar mais compreensível o imaginário como um todo (o DSC global)*" (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2000b). Apresentamos, em anexo, os discursos de cada um dos grupos, que denominamos **Marte** e **Mercúrio** (ANEXO D).

Estes autores consideram que, se para a realidade estudada ser mais bem descrita for necessário que as idéias centrais sejam decompostas em idéias que sejam em si mesmas ricas e complexas, este procedimento pode ser adotado. Assim, por exemplo, quando nos aproximamos do Tema "Saúde", fizemos opção por decompor as idéias centrais que faziam relação entre saúde e trabalho, higiene, meio ambiente e assim por diante, ao invés de construir um único e grande discurso sobre a saúde.

Ao final desta etapa, retornamos os discursos obtidos aos sujeitos envolvidos na pesquisa, solicitando que fizessem uma apreciação do material, no sentido de verificar sua clareza, se contemplava as discussões do grupo e se consideravam necessário suprimir alguma parte dele. Marte solicitou a retirada de alguns fragmentos, no que foi atendido.

O presidente da Associação de Moradores, que faz parte de Marte, solicitou a posse da parte do material que trata das condições do bairro dos discursos dos dois grupos, para dar encaminhamento às suas atividades. Os participantes concordaram. Mercúrio pediu também uma versão completa para cada um dos componentes.

3.3.2. Tratamento dos resultados obtidos e a interpretação do DSC

Para o tratamento dos dados obtidos, utilizamos a análise temática.

Esta técnica tem sido utilizada tanto para a verificação de hipóteses ou pressupostos, quanto para buscar o que está subjacente aos conteúdos manifestos, podendo estas funções serem complementares e aplicadas considerando princípios da pesquisa qualitativa.

Desenvolvemos esta fase considerando a última etapa proposta por MINAYO (1993) e (GOMES, 1994): tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Isto porque para as fases anteriores que tinham como produto a constituição do *Corpus*, utilizamos a metodologia proposta por LEFÈVRE; LEFÈVRE & TEIXEIRA (2000) e LEFÈVRE & LEFÈVRE (2000 a,b,c,d).

Nesta etapa, buscamos a delimitação de núcleos de sentido e temas, observando o que GOMES citando Selltiz (1994, p. 72) considera como alguns princípios de classificação:

“(...) O primeiro se refere ao fato de que o conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de único princípio de classificação (...) o segundo princípio diz respeito à idéia de que um conjunto de categorias deve ser exaustivo (...) o terceiro se relaciona ao fato de que as categorias do conjunto devem ser mutuamente exclusivas, ou seja, uma resposta não pode ser incluída em mais de uma categoria (...)”.

Trabalhamos a partir dos discursos produzidos nos grupos, buscando *“tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto (...) nossa busca deve se voltar, por exemplo, para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando”* GOMES (1994, p. 76).

Chegamos aos seguintes temas:

- *Processo saúde-doença: como anda a saúde e por que surge a*

doença no Residencial 2000

- *Serviços coletivos: a dificuldade de acesso e de consumo*
- *Participação: um caminho possível*
- *Espaço de relações: em cena, a família*
- *Processo de pesquisa: exercício de um espaço com potência para melhor andar a vida.*

Durante todo o processo de pesquisa, as idas e vindas foram as constantes. Isso, quando conseguíamos sair andando. A dificuldade começou já na escolha do campo de pesquisa.

E as idas e vindas não estavam desacompanhadas. Junto a elas caminhava a imprevisibilidade dos fatos. E então, ficávamos, ou então, íamos e voltávamos. Nunca sabíamos o que encontraríamos no campo: se haveria a aderência dos sujeitos à pesquisa, se eles compareceriam às reuniões e se estas reuniões cursariam conforme o planejado - o que foi exceção.

Desconhecíamos também, aonde aportaríamos, aonde chegaríamos com todo o processo que havíamos planejado e o que ia se conformando durante a realização da pesquisa.

Ora andávamos, ora patinávamos; às vezes, escorregávamos, chegamos a cair algumas vezes. Quando nos levantávamos, o processo tinha que ser retomado. Porém, ele nunca estava no mesmo ponto ou, às vezes, poderia estar, mas já de uma forma diferente. E era sempre um desafio, uma nova descoberta, uma excitação ... E isso nos obrigava a uma reflexão constante ... E nos obriga, ainda!

Continuamos o trabalho na área, fazendo reuniões semanais. Uma das atividades tem sido a de tentarmos entender como foram se configurando as idéias manifestadas em relação às temáticas abordadas neste estudo, aprofundando as contradições nelas existentes, a partir das considerações acerca das condições de existência daquela comunidade.

Acreditamos, assim, estar contribuindo, abrindo um espaço para que pensem possibilidades de intervenção em sua realidade.

Capítulo IV. CONSTRUINDO UMA APROXIMAÇÃO AO RESIDENCIAL 2000

1. Um pouquinho de história ...

Este relato foi elaborado a partir de atividades da fase exploratória da pesquisa: as entrevistas individuais com moradores e técnicos da COHAGRA e informações da equipe do PSF; a consulta aos dados registrados nas Fichas A e às informações de documentação referente ao assentamento das primeiras famílias no bairro (UBERABA, 1997).

O projeto social elaborado pela SETAS para urbanização inicial de 247 lotes de 150 m² do Residencial 2000, exigência do órgão financiador do empreendimento para liberação de verbas, é datado de agosto de 1997. Ele beneficiou famílias em situação de risco psicossocial, vivendo de forma desagregada; residentes em áreas da periferia urbana, apossadas ou acampadas em áreas de risco, ou residentes em habitações compartilhadas; com renda de até 5 salários mínimos e com emprego fixo em Uberaba, já que teriam que adquirir o terreno a um custo mensal de 20% do salário mínimo e construir sua casa num prazo de até seis meses.

Um outro critério para a seleção das famílias foi o de terem sido consideradas *“capazes de se engajarem em proposta de mobilização comunitária e de educação social, voltada para o desenvolvimento da cidadania consciente e comprometida com a solução de problemas comunitários”* (UBERABA, 1997).

As famílias selecionadas comprometeram-se, através de cláusula contratual, a participarem de atividades sócio-educativas e comunitárias do Projeto Social, tendo as faltas que serem justificadas.

Foram realizadas reuniões com grupos de futuros moradores, onde foram fomentadas discussões acerca de questões, tais como: vida em comunidade, solidariedade, identidade social, associativismo, formação de grupos operativos, organização de cooperativa para fabricação de tijolos. Participaram deste processo cerca de 160 famílias, divididas em dois grupos. A técnica responsável pela condução do projeto foi transferida da SETAS para a COHAGRA, órgão responsável pela política habitacional do município e pela assessoria técnica do projeto. Depois destes dois grupos, as famílias continuaram a ser assentadas na área somente através da triagem psicossocial, sem terem oportunidade de conhecerem outros moradores e discutirem problemas comuns.

Segundo uma das líderes comunitárias entrevistada, é marcante a diferença existente entre os moradores que participaram das reuniões e os posteriormente assentados. Os primeiros dividem bens materiais, abrigam recém-chegados enquanto constroem suas casas. Os outros brigam nas filas de distribuição de cestas básicas, de roupas e material de construção doados ...

Os primeiros lotes foram entregues aos moradores em dezembro de 1999. O bairro foi planejado, inicialmente, para ter 2000 lotes, daí sua denominação. Entretanto, para reduzir a possibilidade de que o terreno fosse ocupado por mais de uma família, os lotes foram reduzidos em tamanho e a

previsão é de que, ao final da urbanização, 2400 lotes terão sido distribuídos.

2. Residencial 2000: primeira aproximação aos seus recursos e dificuldades

O Residencial 2000 situa-se na região sudeste do município de Uberaba (ANEXO A). Há considerável contraste entre a situação geral de vida no município e a realidade do referido bairro.

É uma área urbanizada há, aproximadamente, três anos. É composta por quatro ruas principais e 23 transversais, totalizando 27 quadras e 2400 lotes. Segundo informações obtidas junto à COHAGRA em outubro de 2001, destes 2400 lotes, cerca de 1080 já foram entregues e há 600 casas construídas, havendo aproximadamente 400 famílias residentes, totalizando aproximadamente 1200 habitantes.

O loteamento Residencial 2000 localiza-se às margens da BR 262, distante cerca de 7 quilômetros do centro da cidade. As queixas em relação ao risco a que são submetidas estas famílias referentes à barreira representada pelas rodovias, que separam o bairro do restante da cidade, apareceram em todas as entrevistas com lideranças locais. O acesso aos outros bairros é feito através de uma ponte estreita, caso esteja em veículo de rodas e/ou através de uma escada natural num pequeno barranco se estão à pé. O problema é que os motoristas não têm visão da pessoa que desce por esta escada, situada próximo à uma curva da rodovia e acidentes são ameaça constante.

As ruas não são asfaltadas, existem ainda muitos terrenos vagos onde há acúmulo de lixo e crescimento de vegetação que acaba invadindo as ruas e, segundo um outro entrevistado, isto tem propiciado proliferação de moscas, mosquitos, inclusive o da dengue e possibilidade de acidentes com animais peçonhentos. Mais especificamente, este morador refere terem sido encontradas cobras venenosas nas proximidades das moradias.

As moradias são de alvernaria precária, sem acabamento, muitas sem piso e sem muro, com água, luz e rede de esgoto. O problema para considerável número de famílias tem sido a dificuldade de arcar com as despesas referentes a estes serviços, a prestação do terreno, a aquisição de material de construção e outros gastos domésticos. Assim, uma das entrevistadas referiu que vários moradores estão com as contas atrasadas e, quando não há possibilidade de pagamento destas taxas, têm os serviços suspensos. Então, recorrem ao auxílio de parentes, moradores em outros bairros, para parcelamento da dívida; a vizinhos, no sentido de compartilharem a água; à SETAS e outras instituições, para obter cestas básicas e roupas, por exemplo. Recorrem, ainda, às companhias responsáveis por estes serviços para parcelamento das dívidas.

O bairro não possui equipamentos sociais, à exceção de um centro comunitário e de um campo de futebol. Quando necessário, têm que buscar serviços existentes nos bairros vizinhos, localizados depois da rodovia.

No centro comunitário, funciona um consultório médico e existe um galpão para realização de reuniões. O consultório médico tem atendimento

pediátrico duas manhãs por semana e um atendimento semanal do médico da equipe do PSF.

Existiam também reuniões, sem periodicidade definida, da equipe do PSF com a população local, para trabalho com alimentação alternativa e, mensalmente, para pesagem e vacinação das crianças. Depois do início dos trabalhos de pesquisa na área, aconteceram somente mais duas reuniões com a técnica em alimentação na área.

No galpão do centro comunitário, na época do início da pesquisa (dezembro de 2000), acontecia curso de alfabetização de adultos, cursos profissionalizantes, aulas de capoeira, cultos religiosos, distribuição de mantimentos, roupas e material de construção.

Os moradores se queixaram nas entrevistas individuais, da falta de supermercado, farmácia, praça de lazer e vagas em escola de segundo grau. A circulação de ônibus por uma maior extensão do bairro e com maior frequência também era uma demanda. O coletivo, durante dias úteis, até o início de abril de 2001, passava pelo bairro em seis horários, das 6:30 às 19:00; nos outros dias, a circulação era reduzida à metade.

Uma entrevistada referiu a necessidade de um posto policial, já que as brigas entre vizinhos e espancamento de mulheres são frequentes e a polícia demora de 2 a 3 horas para atender aos chamados. Além disso, o fone do único “orelhão” do bairro já foi arrancado para que não se chamasse a polícia. Entre outros fatores associados à violência no bairro identificaram o desemprego, o etilismo e a drogadição, além da iluminação precária das ruas.

A descrição que se segue, feita a partir do trabalho da equipe de saúde da família que atua na área, revela também a situação precária de vida desta comunidade. Os dados referem-se ao cadastramento de 140 famílias, na época do início do nosso trabalho no bairro.

O subemprego predomina na área, sendo as principais ocupações a de trabalhador da construção civil entre os homens e de empregada doméstica, entre as mulheres.

O nível de escolaridade é baixo, sendo que 17% de seus moradores maiores de 14 anos são analfabetos. Existe uma escola pública de primeiro grau que foi indicada para atender as crianças da área, sendo um Centro de Atenção Integral à Criança (CAIC), situado fora do bairro. Como este equipamento não absorve a demanda, o restante das crianças foi matriculada em mais duas escolas em bairros mais próximos e em uma escola situada no lado oposto da cidade. Para as escolas municipais, há transporte, mas para as estaduais, não. Quanto ao segundo grau, é oferecido somente no período noturno, e também não há transporte para os adolescentes. As crianças em idade pré-escolar não têm acesso a creche.

A população refere como problemas de saúde, a hipertensão, doença de Chagas e alcoolismo.

De posse destas informações, demos prosseguimento à pesquisa, iniciando o trabalho de campo.

Capítulo V. OLHANDO, ANALISANDO E DISCUTINDO OS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO NO RESIDENCIAL 2000

1. Os sujeitos da pesquisa: a constituição de Marte e Mercúrio

Iniciando este tópico, consideramos pertinente uma breve apresentação dos sujeitos que participaram dos grupos de discussão: quem eram, de onde vieram, por que decidiram morar no Residencial 2000 e qual o impacto da mudança para o bairro em suas vidas. Estaremos, assim, seguindo a cronologia das discussões que ocorreram nos grupos.

Iniciamos o processo de pesquisa abordando estes assuntos, como uma forma de aproximação a estes sujeitos. A opção por seguir o mesmo percurso na apresentação dos resultados é feita na perspectiva de que ele possibilite uma melhor compreensão das diferentes visões de mundo e de formas de encaminhar a vida presentes nos grupos, como veremos quando da apresentação dos resultados, porque instrumentalizados com dados referentes a quem fala e de onde emite seu discurso. Como já referido no capítulo da metodologia, trabalhamos com dois grupos que se configuraram distintos, considerando heterogeneidade social da periferia urbana. Constituímos dois grupos, nos quais havia diferenças, quanto a sua composição, relacionadas ao sexo e à situação de trabalho de seus participantes, apesar de estarem todos os sujeitos integrados no conjunto do bairro.

Durante o processo de pesquisa, cada um dos grupos foi

descortinando a heterogeneidade social da periferia urbana (CHAUI, 1987). Levando em conta essa heterogeneidade, pelas características de cada um dos grupos e, em função, inclusive, da opção metodológica, nomeamos cada um deles: *Mercúrio* e *Marte*.

A contradição e a ambigüidade estiveram presentes entre os grupos, mas também dentro de cada grupo. Elas serão pontuadas a partir do grupo e não individualizadas, visto que podem estar presentes nos indivíduos e também nas coletividades, sendo uma das possibilidades de expressão da disparidade entre o real e como ele é percebido. E, a partir da identificação destas disparidades, é que podemos apreender como diferentes fatores interagem na determinação e condicionamento de dada situação concreta de vida. Ao nos decidirmos por este caminho, também estamos considerando CHAUI (1987) quando diz que

"para que algo seja isto ou aquilo ou isto e aquilo é preciso que seja assim posto ou constituído pelas práticas sociais (...) ambigüidade não é falha, defeito, carência de um sentido que fosse rigoroso e unívoco (...) é a forma de existência dos objetos da percepção e da cultura [que são] também ambíguas, constituídas não de elementos ou partes separáveis, mas de dimensões simultâneas(...)"(CHAUI, 1987, p.122-3)

Nas tabelas 7 e 8 apresentamos uma caracterização geral dos integrantes dos grupos de discussão, segundo idade e inserção no mercado de trabalho.

Em Marte encontramos homens e mulheres, sendo três casais; a maioria estava empregada no mercado formal, mas havia também aposentados. As mulheres trabalhavam como empregadas domésticas e os homens na construção civil; um casal era dono de um bar localizado no

bairro; somente duas das mulheres do grupo não trabalhavam.

Tabela 7. Distribuição dos participantes da pesquisa por grupo e faixa etária. Uberaba, 2001.

FAIXA ETÁRIA	GRUPO		TOTAL
	Mercúrio	Marte	
16– 26	1	2	3
26– 36	4	5*	9
36– 46	3	4**	7
46– 56	1	1	2
56– 66	1	-	1
66– 76	1	-	1
TOTAL	11	12	23

* 2 participantes do sexo masculino; ** 1 participante do sexo masculino

Tabela 8. Distribuição dos participantes da pesquisa por grupo e ocupação. Uberaba, 2001.

OCUPAÇÃO	GRUPO		TOTAL
	Mercúrio	Marte	
Aposentada	2	1	3
Diarista	2	-	2
Do lar	6	3	9
Doméstica	-	4	4
Estudante	1	-	1
Pedreiro	-	2	2
Vendedor	-	2	2
TOTAL	11	12	23

Em Mercúrio, homens foram convidados a participar, mas compareceram somente mulheres, todas sem possibilidade de trabalhar porque não têm outra opção que não o cuidado de crianças, pois não haviam conseguido vagas em creches; somente uma trabalhava como diarista. Esta última compareceu espontaneamente ao Centro Comunitário no dia em que a pesquisa teve início, pediu para ficar na reunião e demonstrou interesse, comparecendo a todos os encontros.

Cerca de 55% dos participantes da pesquisa eram procedentes de pequenas cidades de Minas Gerais e de outros estados, destacando-se Goiás e Bahia e referiram que estavam em Uberaba há, pelo menos, nove anos. Cumpriram, assim, um dos critérios utilizados pela COHAGRA para definir as famílias que seriam assentadas no Residencial 2000. Este critério era o de estarem residindo no município há, pelo menos, cinco anos. Em Marte, todos viveram somente na zona urbana; em Mercúrio, encontramos três mulheres que nasceram e viveram suas infâncias na zona rural.

Marte e Mercúrio residem no bairro há, aproximadamente, dois anos: *"Os primeiros lotes foram entregues para nós em 4 de dezembro de 1998, numa festona lá no [clube] Sírio Libanês que nós mesmos preparamos. Começamos a mudar aqui pro bairro há mais ou menos dois anos". (Mercúrio)*

No início do processo das discussões em grupo, buscamos também entender os motivos que os levaram a se mudar para um bairro onde as condições gerais se mostram inadequadas, ainda hoje. Isto mesmo considerando que um outro critério para seleção das famílias que iriam residir no local era o de que habitassem moradias precárias, áreas de invasão e/ou de risco ou que estivessem em dificuldade para conseguir pagar aluguel. Estas situações foram vivenciadas por Marte e Mercúrio e o que aspiravam, prioritariamente, era assegurar um local de moradia, mesmo que não tivesse sido o local que teriam escolhido, caso houvesse outras possibilidades: *"Na minha vida, o meu sonho era ter a minha casa. Quando eu descobri que ia ser aqui, vim mesmo assim porque eu não tenho escolha de ir para outro lugar (...) meu marido estava desempregado e estava sendo despejada". (Mercúrio)*

Este depoimento aponta para uma situação semelhante à verificada por SADER (1995, p. 111) em seu estudo:

"(...) a aspiração `a casa própria (como alternativa à alugada) esteve relacionada com razões instrumentais: deixar de pagar aluguel e tornar os dispêndios com aluguel uma reserva de valor. Mas também expressou um valor cultural profundamente arraigado e reafirmado: a busca de estabilidade contra as incertezas de mudanças não queridas, a segurança para a coesão familiar, o poder de organizar seu próprio espaço".

Mas, nestes fragmentos, podemos observar também que o direito de morar é confundido com o direito de ser proprietário de uma casa, concepção também presente na documentação oficial (UBERABA, 1997) ao apresentar justificativas para o assentamento dos moradores na área:

"(...) minimizar, através de ações imediatas, o acesso a moradias, promovendo a melhoria da qualidade de vida da população uberabense menos favorecida (...) para uma organização espacial e dinâmica do habitar onde haja espaço para as funções do Conviver e da Interação Social (...) [para] famílias residentes em áreas peri-urbanas (...) em função dos baixos salários, sub-empregos e desemprego e as decorrentes limitações de acesso à moradia, agravados pelo pagamento de aluguéis elevados, o que leva uma significativa faixa da camada populacional à exclusão do mercado imobiliário (...) existência de áreas apossadas onde (...) a maior demanda é por moradia".

Para SANTOS (1996, p. 46), a necessidade seria a de morar decentemente, e este discurso ideológico confunde e, em seu nome, são construídas casas com dinheiro acumulado pela contribuição obrigatória dos trabalhadores que, se são para os pobres, já nascem “*subnormais*”, como se “*as pessoas tivessem necessidades essenciais em função da classe a que*

pertencem”. A argumentação do autor encontra eco em uma observação de *Mercúrio*: *"Como que ainda tem que pagar o asfalto se tinha uma placa na entrada do conjunto que dizia que aqui era uma doação do governo, dois milhões e tanto [e que] este bairro é um projeto da Caixa Econômica juntamente com a prefeitura?"* Não pudemos desconsiderar a discussão do autor e o questionamento de *Mercúrio* quando constatamos que o tamanho dos terrenos do Residencial 2000 seria de 10 X 20 m² e foi reduzido para 7,5 X 20 m², para abrigar ao invés de 2000, 2400 famílias (estas informações foram obtidas de entrevistas com liderança da área e técnicos da COHAGRA).

Na tentativa de alcançar uma melhor compreensão das disparidades em relação à avaliação das condições do bairro, que perpassam os aspectos já apresentados e também outros que ainda o serão, buscaremos aporte conceitual em GONÇALVES (1992).

Em relação ao atendimento de suas necessidades, deve-se levar em conta que o homem, por ser um ser natural, é dotado de necessidades que podem ser melhor compreendidas se avaliadas considerando sua socialidade e historicidade. Neste sentido, as necessidades não são naturais, mas específicas, considerando sua forma e conteúdo, sendo representadas pelo conjunto de objetos e das formas pelas quais devem ser consumidos para que o homem produza e se reproduza. Quando uma necessidade é satisfeita, a ação de satisfazê-la e o instrumento utilizado encaminham a outras necessidades que criam sujeitos para novos processos de trabalho e de consumo.

As necessidades “necessárias” são objetualizadas, históricas,

conscientes e individuais. Objetualizadas porque não há necessidade de ainda não objetos ou de ex-objetos (GONÇALVES, 1992, p. 20). Assim, na pré-história, nossos antepassados não sentiram necessidade de ventilador de teto ou ar condicionado; outras necessidades estavam presentes e precisavam ser satisfeitas para permitir sua sobrevivência. Além disso, estes equipamentos não existiam e nem havia tecnologia disponível para fabricá-los, por exemplo.

As necessidades “necessárias” são históricas porque respondem pela reprodução do homem em uma dada sociedade ou grupamento humano em um certo período: provavelmente, na atualidade possamos dispensar a caverna como abrigo nas cidades.

As necessidades “necessárias” são ainda conscientes e individuais, pois como os indivíduos estão em relações sócio-históricas com outros indivíduos, as necessidades são produzidas por estas e para estas relações, mas nunca deixam de ser individuais. Uma necessidade “necessária” seria, por exemplo, morar em uma casa a ser construída com determinada arquitetura. Para satisfazer essa necessidade, o desejo de moradia precisa ser sentido e expresso, portanto, tornar-se consciente. A moradia precisa ser construída, o que demandará determinado processo de trabalho e não outro, a partir do estabelecimento de relações entre aquele que demanda a construção da moradia e entre os que a constróem, os fornecedores de material, as agências financeiras...

Como podemos perceber, estes conceitos estão articulados, interpenetrados e somente didaticamente podemos apresentá-los assim

separadamente. Seu entendimento exige um processo de aproximação da parte com o todo, e de cada um deles entre si.

Um outro conceito trabalhado por GONÇALVES (1992) é o de "necessidades sociais". Seriam aquelas que, sendo de alguns indivíduos, são travestidas de necessidades gerais e os que ainda não as manifestaram são interpretados como aqueles que ainda não as reconheceram. Uma necessidade social seria, por exemplo, morar em uma casa própria ou aceitar o fato de que, por ser pobre, qualquer moradia é satisfatória, é melhor do que o que se tinha antes porque nada se tinha, segundo a argumentação de SANTOS (1996) que observamos acima.

Para ampliar as forças naturais e reproduzir necessidades são geradas certas necessidades "necessárias" que não são satisfeitas no âmbito em que foram geradas. São satisfeitas somente se há uma transcendência da estrutura de poderes que as geram, isto é, remoção dos obstáculos sócio-históricos à sua satisfação: são as necessidades radicais. As necessidades radicais efetivam possibilidades de enriquecimento humano, porque se expressam na necessidade da constituição de sujeitos coletivos dotados de um dever ético de requalificação como anti-valor de necessidades "necessárias" que expressam somente a inércia da estrutura social. Uma necessidade radical seria, considerando o que SANTOS (1996) apresenta, habitar decentemente.

Assim, para algumas famílias, a mudança representou uma melhoria na situação de vida e para outras, um retrocesso. As primeiras chegam a afirmar que se surpreenderam com as melhorias que já aconteceram no

bairro, porque estavam preparados para enfrentar uma situação pior:

"Estou muito feliz aqui!" (Marte)

"... por muito ruim que seja, é melhor que a situação que a gente estava". (Mercúrio)

"Sabia que seria muito difícil, que não teria nada, que eu ia sofrer(...) Eu nem pensava que eu ia ter aquela casa que eu moro e nem que nesse tempo já ia ter um postinho de saúde aqui". (Mercúrio)

Acreditam que o bairro vai melhorar com a chegada de outros moradores e com seu empenho: *"... quando nós chegamos (...) parecia mais um bairro abandonado. Agora não, tem muita gente (...). Falta tudo de melhor, todo mundo tem dificuldades, mas nós estamos na luta pra vencer!" (Marte)*

A contradição aparece quando a insatisfação emerge do discurso daqueles que foram retirados de um lugar que sentiam como seu, apesar de ser uma área de risco e, principalmente, por terem ido morar longe da família. O sentimento de impotência diante de uma situação que não podem mudar ou controlar é marcado pela tristeza e também resistência, personificada na promessa de um dia voltar para o lugar de onde vieram, para reencontrar sua raiz: *"Eu vim pra cá obrigada (...) morava em área de risco. A prefeitura retirou a gente de lá (...)fico muito sozinha, minha família fica toda pra lá (...) queria ter morado a vida toda num bairro, ter raiz (...) não posso sair, não posso vender. Então, vou pelejando do jeito que posso pra sobreviver. Mas, um dia, vou voltar pra lá". (Marte)*

Uma rede de apoio e de solidariedade no grupo doméstico congrega as pessoas, sendo elemento importante no estabelecimento de sua identidade. Garante um mínimo vital e cultural, proporciona o apoio emocional e os

recursos materiais indispensáveis para a sobrevivência mais saudável nesta parcela da população (VASCONCELOS, 1999a, p.104; Magnani *apud* CHAUI, 1987, p.69). Mas, freqüentemente, “as pessoas mudam de lugar ao longo da existência (...) migrações ligadas ao consumo e à inacessibilidade a bens e serviços essenciais” (SANTOS, 1996, p. 44).

Há, também, aqueles que se decepcionaram com a mudança, porque acreditavam que sua situação melhoraria, mas constataram que as dificuldades se apresentam numa dimensão que não previram. A vontade de ir embora é, então, mais dramática e urgente: *“Achei que quando mudasse pra cá minha vida ia melhorar, mas só que ela ficou pior, virou um inferno, um pesadelo! (...) Eu tenho é vontade de pegar esse asfalto e sumir, sumir! Vontade de torrar esse trem aí e vazar!” (Mercúrio)*

Chegaram mesmo a discutir a situação da ameaça da perda do terreno, pela falta de pagamento, que muito os vinha afligindo, questionando a intervenção anunciada pelo poder público e pensando formas de enfrentamento do problema:

“Se a pessoa não deu conta de pagar o terreno porque está desempregada, tem criança pequena, eles tinham que entender e deixar morar. O negócio é o seguinte: é ficar todo mundo unido e ninguém pagar porque está difícil pra todo mundo. A união faz a força!” (Mercúrio)

Para SANTOS (1996, p.46), “os pobres nem mesmo permanecem nas casas que fazem ou que lhes fazem. E não podem manter por muito tempo os terrenos que adquirem ou lhes dão, sujeitos que estão, na cidade corporativa, à lei do lucro.” No Residencial 2000 os moradores pagam por seus terrenos um valor médio correspondente a 20% do valor do salário

mínimo, o dobro do valor pago em outras áreas loteadas pela COHAGRA. Segundo levantamento realizado pela comissão de moradores da área em 74 domicílios, somente cerca de 21% dos moradores estão com as prestações em dia. Para o não pagamento, 38% dos entrevistados alegaram renda familiar insuficiente, 26% desemprego, 4% doença na família, 1% acordo com a COHAGRA e 1% referiu que não vai mais pagar; 30% deles não responderam a esta questão. Quando observamos a renda destas famílias, podemos constatar as dificuldades existentes:

Tabela 9. Distribuição das famílias segundo renda familiar mensal em salários mínimos. Uberaba, 2001.

Renda familiar mensal (salários mínimos)	Famílias		
	Nº	f(%)	f _{ac} (%)
0	11	14,9	14,9
Até 1	34	45,9	60,8
1- 2	19	25,7	86,5
2- 3	7	9,4	95,9
3- 5	3	4,1	100,0
TOTAL	74	100,0	-

Fonte: Comissão de Moradores Residencial 2000/SETAS-PMU, 2001.

Uma das questões mais pontuadas foi a do isolamento do bairro, o fato de ser distante dos outros bairros onde a população busca alimentos, serviços de saúde e de educação, participação em cursos e emprego, traduzindo o maior nível de segregação sócio espacial desse segmento. *"É tudo que vai fazer tem que pegar ônibus! É passe pra menino que estuda (...) é ir ao Hospital Escola (...) Não querem dar serviço porque o Residencial é longe e eles querem que more perto do emprego". (Mercúrio).*

Outras dificuldades se apresentam para os moradores: o bairro é separado do restante do município por duas rodovias e sua entrada é

íngreme, não asfaltada e mal iluminada. Para facilitar a descida até à rodovia, os moradores esculpem uma escada de terra que sempre tem que ser refeita. Descer a escada e atravessar a rodovia ameaça constantemente a vida destas pessoas. Diante destes fatos, pensam que, talvez, uma saída que vá evitar futuros acidentes possa ser a construção de uma passarela:

"Gente do céu! Desço todo dia pela escada pra atravessar a rodovia e pegar o ônibus do lado de lá da rodovia. Tem dia que a escada não tem degrau, mas hoje ela desmoronou! (...) Aí tem que atravessar uma ponte que, ou passa um caminhão ou passa a gente, mas tem que ser correndo! E ainda tem que atravessar duas pistas, a 262 e a outra. (...) No meu ponto de vista, o bairro está precisando de uma passarela".(Mercúrio)

Ainda há que se destacar que pessoas que foram contempladas com lotes não se mudaram por conta da precariedade da infra-estrutura urbana do bairro e, involuntariamente, contribuem para que surjam mais problemas:

*"A maioria das pessoas não vem por causa das condições do bairro (...) eles passam pra frente ou fecham a casa".
(Mercúrio)*

"[Mas isso traz] problema sério: deixa a casa abandonada e aí tem nego invadindo". (Marte)

Este depoimento é uma clara demonstração da desigualdade: quem pode ou adia a mudança, não se propõe a vir para o bairro ou vai embora, para não se sujeitarem a viver em condições mínimas de habitabilidade e sem acesso a serviços básicos. SANTOS (1996) fala que a repartição espacial de classes é um fenômeno sobretudo urbano e "o indivíduo é condenado a permanecer num bairro desprovido de serviços e onde, pelo fato de ser um bairro pobre, os produtos e bens são comprados a preços mais altos, tudo isso contribuindo para que a sua pobreza seja ainda maior" e sua capacidade de mobilidade menor(p.85).

E foi nesse bairro isolado, com essa gente que não pode escolher seu local de moradia, mas foi selecionada pela vida que levava para ser assentado num lugar onde é difícil chegar e de onde é difícil sair, que começamos a discutir as questões de saúde e de doença, de problemas e de possibilidades.

Ao ordenarmos os dados, obtivemos, inicialmente, 26 temas, já que trabalhamos, como já referido na metodologia, com cada grupo em separado. Após um processo de idas e vindas, de várias leituras do material produzido, buscando uma aproximação maior ao material empírico pudemos identificar cinco temas:

- *Processo saúde-doença: como anda a saúde e por que surge a doença no Residencial 2000*
- *Serviços coletivos: a dificuldade de acesso e de consumo*
- *Participação: um caminho possível*
- *Espaço de relações: em cena, a família*
- *Processo de pesquisa: exercício de um espaço com potência para melhor andar a vida.*

No total, estes cinco temas comportaram 18 idéias centrais para Marte e 18 idéias centrais para Mercúrio, apresentadas junto aos discursos no ANEXO D. Os discursos do sujeito coletivo de cada um destes temas, cujos fragmentos constituíram nosso objeto de análise, são apresentados também neste anexo.

2. MARTE e MERCÚRIO: sua saúde, seus problemas e suas possibilidades de intervenção

2.1. Processo saúde-doença: como anda a saúde no Residencial 2000 e por que surge a doença

É necessário explicitar que, neste trabalho, estamos entendendo a *“saúde-doença não somente como um processo biopsíquico, mas antes de tudo, como um processo social”* (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.99).

Entender a saúde-doença enquanto um processo social é percebê-la enquanto *“expressão concreta no corpo humano do processo histórico num determinado momento”* (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.100), isto é, os processos biológicos e psíquicos possuem historicidade, rompendo com o pensamento médico hegemônico que defende um caráter a-histórico da biologia humana.

Para explorar este nexos causal é necessário que se construa um novo objeto de conhecimento. Isto porque:

“[...] não é no nível dos processos celulares ou subcelulares que se manifesta mais claramente a historicidade do biológico, mas nos níveis de integração maiores e, especialmente, no nível de complexidade que representa o corpo humano; tal fato nos remete imediatamente aos modos de andar a vida e aos esteriótipos de adaptação”.
(LAURELL & NORIEGA, 1989, p.101)

Estes autores se apressam em esclarecer que a adaptação a que se referem não é aquela baseada na fisiologia, onde o que se coloca é a capacidade do corpo voltar ao *“normal”* (aspas dos autores), mas sim a capacidade do corpo de responder com plasticidade a condições

específicas, havendo mudanças nos processos corporais que se expressam como formas biológicas. Isto pode significar não somente *“a sobrevivência em condições corporais precárias, como também até podem se converter em seu contrário, ou seja, em destruidores da integridade corporal”* (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.101).

E é no estudo dos grupos humanos que se observam estes fenômenos, pois *“os processos particulares de adaptação, conferem então as características a este nexos, que se torna o substrato geral que determina a conformação do processo de desgaste e do perfil patológico de um grupo humano”* (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.102).

Os processos de adaptação acontecem nos indivíduos, mas as condições que as produzem são sociais emergindo *“dos modos específicos como os homens se apropriam da natureza por meio de uma determinada organização social”*. Ou seja, dependem do modo como a sociedade se organiza para produzir sua riqueza e como dela se apropria. Portanto, os *“modos de andar a vida”* são característicos das coletividades e não individuais, existindo o que os autores denominam um *“estereótipo de adaptação”* do grupo, se bem que casos isolados possam responder de forma atípica diante de um mesmo ambiente.

Em um texto traduzido e publicado por Nunes, LAURELL (1983) a partir do estudo comparativo da distribuição das causas de mortalidade em três países, México, Cuba e Estados Unidos, constata que:

“A evidência empírica, tal como expusemos, permite-nos demonstrar que existe uma relação entre processo social e processo saúde-doença. Sem dúvida, esta observação, por si mesma, não

resolve qual é o caráter desta relação. Isto porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro. Na verdade enfrentamos uma 'caixa negra' na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente (...) " (LAURELL, 1983, p. 156).

Pensamos que, quando BREILH & GRANDA (1986) fazem a discussão do processo saúde-doença a partir da epidemiologia, aproximam-se do desafio posto por LAURELL (1983). Partem do entendimento que o processo saúde-doença:

*“é a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de **riscos** ou **potencialidades** característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde” (BREILH & GRANDA, 1986, p. 40).*

Esse diferencial se dá por conta da exposição a processos de risco à doença ou potencializadores da saúde determinados pelo fato de que cada grupo possui uma qualidade de vida específica. Segundo esses autores, os processos e formas de determinação de saúde ou doença correspondentes a cada um desses grupos sociais, conformam três dimensões de determinação: estrutural, particular e individual.

A dimensão estrutural comporta os processos relacionados ao modelo sócio-econômico de desenvolvimento que contextualiza a emergência de dado problema. A dimensão particular é formada pelos processos de reprodução social, isto é, de produção e consumo de cada grupo social, considerando “o padrão de vida do grupo como base para explicar achados

empíricos de doença ou saúde nos indivíduos que o compõem". Entrariam aspectos relacionados ao consumo de alimentos, moradia, vestuário, recreação, relações interpessoais entre outros e, por outro lado também a condições de trabalho. A dimensão individual é formada pelos processos que estão mais próximos do adoecer ou da normalidade.

Considerando esta conceituação, estaremos agora buscando entender como os sujeitos desta pesquisa entendem o processo saúde-doença e como este se materializa em seus corpos. É importante que ressaltemos que estamos entendendo o Residencial 2000 como um território que abriga um grupo social "*homogêneo*" que comporta singularidades conforme a inserção destes sujeitos no processo de produção e consumo.

2.1.1. Saúde: bem em extinção

Para Luz apud VALLA (2001, p. 55), as camadas populares mantêm sobre as questões envolvendo a saúde uma cosmovisão em que não separam o homem da natureza e o corpo da alma.

Também MINAYO (1988), a partir de pesquisa realizada junto a um segmento da classe trabalhadora vivendo em favelas no Rio de Janeiro, faz uma discussão sobre a visão etiológica das doenças na perspectiva desta população. Constatou que existe um modo pluralista, ecológico e holístico de pensar o processo saúde-doença, integrando explicações de causação natural, sobrenatural, psicossocial e sócio-econômica.

Ao discutir estas explicações, esta autora, coloca que a causação natural relaciona-se à interligação entre os fenômenos da natureza e a

saúde, tais como, mudanças de tempo, meio ambiente, ciclo de vida. A causação sócio-econômica refere-se às condições materiais de existência, como o trabalho, salário, moradia e relações sociais, entre outras. A psicossocial abarca questões relativas aos sentimentos e emoções prejudiciais à saúde, presentes, sobretudo, nos âmbitos familiar, de vizinhança e de trabalho. O sobrenatural delimita o universo dos espíritos e seres transcendentais, ao qual têm acesso agentes com mandato especial, conformando *“uma concepção supersticiosa dos acontecimentos ligados à vida e à morte”* (MINAYO, 1988, p. 372).

Como nestes autores, a partir dos grupos de discussão realizados no Residencial 2000, foi desta forma que conseguimos apreender a interconexão conformada pelos fatores que os sujeitos desta pesquisa entendiam estar implicados na sua saúde e na sua doença, conforme depoimentos recolhidos.

Na fala de Mercúrio, a situação de saúde foi melhor no passado, quando as pessoas viviam mais tempo e em melhores condições. Atualmente, as pessoas estão enfraquecidas, com dores pelo corpo e nem entendem muito bem por que isso acontece. *“Saúde hoje não está muito boa mais. Antigamente, as pessoas viviam 80, 100 anos. Hoje você vê uma pessoa de 40 anos e fala que está morrendo (...) um está sentindo uma fraqueza, outro com dor no corpo, o corpo doendo sem saber o porquê”* (Mercúrio).

Esta constatação pode estar associada ao fato de que são pessoas procedentes de pequenas cidades ou mesmo da zona rural onde havia disponibilidade de alimento, moradia e o convívio em uma família ampliada, o que poderia possibilitar sentimento de pertença e laços de solidariedade.

Cassel apud VALLA (2001, p. 44) nos auxilia a compreensão deste depoimento quando diz que a alta densidade populacional por si não aumentaria as chances de adoecer nas periferias urbanas, mas sim a sensação de isolamento associada à sensação de não poder controlar a própria vida. Esta afirmativa é corroborada por SANTOS (1996, p. 61) quando diz que *“as migrações agredem o indivíduo, roubando-lhe parte do ser, obrigando-o a uma nova e dura adaptação em seu novo lugar”*.

Para Marte e Mercúrio, uma boa aparência não é garantia de que uma pessoa esteja sadia. Marte argumenta a partir da analogia com o corpo do fisiculturista: *“Mas nem sempre um corpo físico bonito, bem aparentado é sinal de saúde. Por exemplo, o camarada malhado usa muitos medicamentos, vitaminas e outros métodos para suportar, e seu metabolismo e seu organismo não funcionam de maneira adequada”*.

Mas aproximam-se também da maneira pela qual a sociedade contemporânea constrói a imagem da saúde (NOGUEIRA, 2001), valorizando-a através da identificação de um corpo físico com boa aparência, produto de um equilíbrio físico e mental.

“A saúde física e a mental têm que estar equiparadas para que a pessoa esteja bem” (Marte).

A mídia tem-se encarregado de difundir as novidades nos campos biológico e epidemiológico, contribuindo também para a normatização da saúde, especialmente dos corpos. Dentre eles, os conhecimentos de genética têm sido valorizados e difundidos, em decorrência da biotecnologia como força produtiva das indústrias de ponta (NOGUEIRA, 2001, p. 68). Este fato pode ter

reforçado em Marte idéias anteriormente presentes no imaginário social, que associam a patologia presente nos filhos a uma deficiência dos pais. Há, então, o estabelecimento de nexos causais entre questões genéticas e ansiedade, também uma explicação de causalidade natural:

"Eu acho mais que a ansiedade é genética porque minha filha é ansiosa, teve até depressão e eu também sou ansiosa, ansiosa" (Marte).

2.1.2. Trabalho: vida e morte

Segundo NOGUEIRA (2001, p.65), foi na modernidade que se consagrou a visão de Descartes de que *"a saúde é o bem primeiro e 'o fundamento de todos os outros bens desta vida' (...) saúde passou a ser entendida como a própria base da felicidade (...) algo que está incorporado ao senso comum contemporâneo."* Esta afirmativa pode ser apreendida da argumentação de Mercúrio, para quem ter saúde é fundamental, pois possibilita que trabalhe e garanta as condições materiais de existência dos membros da família: *"Ter saúde é importante, está em primeiro lugar de tudo (...) você pode trabalhar, conseguir seu dinheiro e comprar aquilo que você está precisando para sobreviver e manter os filhos"*.

A associação da saúde com o trabalho também aconteceu na fala de Marte, que referiu-se à saúde como disposição e ânimo para enfrentar a vida, mas de uma forma mais individualista e pessoal: *"Saúde é a pessoa estar com disposição, animada pra enfrentar a realidade, fazer aquilo que tem que fazer: correr atrás de seus objetivos e ajudar outras pessoas se for preciso"*.

O trabalho é reconhecido tanto por Marte como por Mercúrio como meio

de reprodução de condições de vida adequadas. Para Mercúrio, a inserção no mercado formal de trabalho é a questão mais urgentemente implicada na possibilidade de vida ou morte. E não é qualquer trabalho ou emprego que busca, mas uma fonte de renda que lhe assegure provimento regular de suas necessidades: *"Meu sonho é conseguir um emprego de carteira assinada, porque senão num dia tem e no outro não. Preciso desta solução pra ontem, pra não morrer de fome"*.

COHN et al.(1991, p.41) afirma que *"a carteira de trabalho assinada pelo empregador é um instrumento jurídico necessário à qualificação do empregado à cobertura das legislações trabalhista e previdenciária e um passaporte por excelência para a defesa do estigma da marginalidade"*. Não possuí-la representaria, portanto, exclusão da seguridade social. Entretanto, o depoimento de Mercúrio assinala mais o aspecto da possibilidade de sobrevivência imediata e, de alguma maneira, de não se colocar como marginal ao convívio social e à possibilidade de se constituir cidadão.

Por isto, Mercúrio não quer depender de cesta básica, apesar de considerá-la um recurso emergencial para sobrevivência, porque ela pode faltar e o emprego traz uma sensação de maior segurança: *"Ah! A prefeitura vai dar cesta básica. Mas não é isso que eu quero. É a hora que não tiver cesta básica, como é que faz? O emprego é firme, deu trinta dias vai lá e recebe de novo..."*

O emprego parece ser uma questão fundamental para Mercúrio, especificamente. O trabalho significa a possibilidade do homem se produzir e se reproduzir na sociedade, de ser considerado um cidadão, condição que, para Mercúrio, parece estar distante, pois não tem tido a possibilidade de desfrutar de um direito social, que é o direito ao trabalho. Segundo SANTOS

(1996), *“o simples nascer investe o indivíduo de uma soma inalienável de direitos”*, direitos de cidadania.

A cidadania evoluiu a partir do século XVII. De uma condição de *“membro da sociedade nacional”*, referindo-se aos direitos e liberdades civis, como exigência do estabelecerem-se garantias individuais, passou ao direito de associação no século XVIII, como exigência do estabelecimento de uma ordem na qual os cidadãos participam da vida política, com direito de ser representado ou ser representante através do instrumento voto. Finalmente, no século XX alcançamos os direitos sociais, a partir do estabelecimento de um modelo econômico que demandava redistribuição mais justa da riqueza produzida: a cidadania surge como questão de justiça social.

Foi na passagem do trabalho servil para o trabalho livre, com a abolição do feudalismo que nasceram o homem do burgo e o cidadão; e é como direito social que o trabalho e a remuneração justa teriam que ser garantidos ao homem, pelo simples fato de ser homem. Mas o direito ao trabalho não tem sido respeitado. (SANTOS, 1996, p. 9; CHAUI, 1987, p. 61-2; BRASIL, 1987, p. 61)

Já para Marte, um emprego é garantia de saúde mental, pois permite o pagamento de compromissos, o sono e a alimentação adequados, tirando da depressão e possibilitando a felicidade: *“Se tiver um emprego pra poder pagar as prestações em dia, você não vai ficar estressado. Eu fiquei desempregado, perdi noites de sono, caçava serviço até na hora do almoço (...) O emprego tira a gente da depressão: às vezes você está quebrando pedra, mas está feliz”*.

Esta associação é feita também por Mercúrio, mas a situação de

penúria, os problemas com os quais as pessoas convivem, pela falta do trabalho que proviria a sobrevivência, afetam sua saúde mental, não deixando sua “cabeça tranqüila”: *“Uma pessoa na hora que vai deitar fica com a cabeça tranqüila se tem lugar pro filho estudar, creche, geladeira com o que comer ... Eu ando com a minha cabeça! Tem dia que não tenho ânimo pra nada, nem pra tomar um banho!”*

Na contemporaneidade, temos assistido a um retrocesso em matéria de conquistas sociais e políticas atribuído à lógica neoliberal. Concomitantemente, tem havido

“[...] a vitória do consumo como um fim em si mesmo (...) e deixaram de ser permitidos a defesa do direito ao trabalho e a uma remuneração condigna (...) em lugar do cidadão formou-se um consumidor, que aceita ser chamado de usuário (...) os projetos pessoais afloram e se exprimem com um vasto componente de alienação (...) para a maioria da população (...) elaborados de fora [dos indivíduos] (...) projetos decididos a conquistar todo mundo pela força da propaganda (...) A comunicação é freqüentemente intermediada por coisas (...) os movimentos de massa também se esgotam nas coisas (...) A reivindicação de uns não raro representa um agravo para o outro (...) [Assim, o consumismo] se acompanha da diminuição gradativa de outras sensibilidades, como a noção de individualidade que, aliás, constitui um dos alicerces da cidadania (...) alimenta um individualismo feroz e sem fronteiras (...) contribui ao aniquilamento da personalidade, sem a qual o homem não se reconhece como distinto, a partir da igualdade entre todos” (SANTOS, 1996, p. 8-35).

E, para fazer frente às despesas domésticas, segundo Marte, são as mulheres do bairro trabalham enquanto os homens ficam em casa: *“A maioria que trabalha firme são as mulheres, os maridos ficam em casa”*. A inserção destas mulheres no mercado de trabalho estaria se dando precária e informalmente, na maioria dos casos, o que representaria impacto negativo nas condições

de sobrevivência da estrutura familiar.

Em 140 famílias cadastradas pela equipe do PSF em dezembro de 2000, época em que iniciamos a aproximação ao campo, de um total de 150 mulheres acima de 14 anos, cerca de 49% informaram como ocupação o cuidado do lar, 27% declararam ocupação no setor de serviços, destacando-se domésticas e diaristas; 11% referiram estar desempregadas.

O cadastramento da área feito pela agente comunitária detectou somente um caso de trabalho infantil na área. Entretanto, não é sem um tom de reprovação que Marte fala de uma das fontes de renda do bairro: *"O pessoal é muito carente mas, a maioria dos pais que não trabalham, tem crianças que vão lá pro centro da cidade pedir"*.

Um aspecto importante, destacado por Marte, é o receio de adoecer enquanto estiver empregado: *"Agora, se tiver o emprego, só tem preocupação se no meio aparecer doença e não puder ir trabalhar. Aí a preocupação é maior ainda"* (Marte).

Para nos aproximarmos desta colocação e de outras que relacionam o trabalho com o adoecer do trabalhador, faremos uma intermediação com a construção teórica da relação entre processo de valorização, cargas de trabalho e processo de desgaste a partir de LAURELL & NORIEGA (1989), necessária para melhor compreensão dos elementos presentes no trabalho que podem causar danos à saúde do trabalhador. Estes autores partem do entendimento do processo saúde-doença enquanto processo social, como já discutimos anteriormente, assumindo o enfoque do materialismo histórico pelo fato de que este se utiliza da categoria central *"processo de trabalho"* na

análise da produção social, o que *“permite dar conta das formas sociais específicas sob as quais se dá a relação entre o homem e a natureza (...) chave do entendimento do processo biopsíquico humano”*. Recuperam assim o entendimento de que o trabalho é uma atividade específica do homem, que possui intencionalidade e capacidade de criar novas relações entre os homens. Mas ele perde estas potencialidades quando assume as formas de exploração e alienação, que negam a capacidade criativa do homem, tornando o trabalho destrutivo.

Há necessidade, então, de fixar categorias analíticas que dêem conta da relação entre processo de trabalho e saúde no capitalismo.

Assim, *“a conformação concreta do processo de trabalho é um dos elementos-chave para a compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador”*, sendo necessário decompô-lo em seus elementos básicos - objeto de trabalho, instrumentos de trabalho e o próprio trabalho, e analisá-los considerando as vertentes técnica e social. Isto é, não basta analisar as características dos componentes do processo de trabalho, mas como e por que passam a constituí-lo.

Além disso, a conformação e a dinâmica do processo de trabalho também têm que ser consideradas, a partir da análise do processo de valorização. Existem diferentes formas de extração da mais-valia: absoluta e relativa. A primeira caracteriza os processos de trabalho com pouco desenvolvimento tecnológico e nível salarial baixo, combinando diferentes elementos: custo calórico alto, duro esforço físico, tempo insuficiente de descanso, reprodução inadequada da força de trabalho; afeta tanto o

trabalhador quanto a sua família. A segunda relaciona-se ao consumo da força de trabalho determinado pelos efeitos do incremento da produtividade e da intensidade do trabalho, expondo o trabalhador a maior exposição aos riscos químicos e de acidentes. E esta parece ser a situação reconhecida por Marte, na qual há a convivência com o desgaste provocado por um trabalho que compromete a saúde:

*"O emprego desgasta fisicamente. Eu mesmo não tenho horário pra dormir, almoçar, jantar, pra nada! Só de pegar o ônibus para ir trabalhar. E ainda chega no final do mês, camarada paga só o que está na carteira, não dá o que você trabalhou por fora, fica enrolando. Como o cara vai chegar a ter saúde desse jeito?"
(Marte)*

A categoria “*carga de trabalho*” apresentada por LAURELL & NORIEGA (1989, p. 110) dá conta da mediação entre processo de trabalho e o desgaste produzido no corpo do trabalhador e reconhecido por este grupo. Estamos entendendo por desgaste “*a perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica*” que confere a uma coletividade um modo histórico específico de “*andar a vida*”. Distinguem diferentes tipos de carga, agrupando-as em físicas, químicas, biológicas e mecânicas de um lado - por possuírem uma materialidade externa e, por outro, em fisiológicas e psíquicas – por adquirirem materialidade ao se expressarem em transformações de processos internos.

Os sujeitos da pesquisa que reconhecem o desgaste em seus corpos são trabalhadores da construção civil, que devem, pela natureza de seu trabalho, estar submetidos a todo leque de cargas, talvez com exceção das biológicas. O trabalho deixa, assim, de produzir satisfação moral: diante da remuneração injusta e da situação de opressão, passa a ser visto como

negativo.

Além de compor um processo de trabalho que adoece porque desgasta, o empregado pode ficar incapacitado caso haja um acidente. E este é tido como de responsabilidade de quem não seguiu as orientações para preveni-los, ou seja, do trabalhador.

"Se vai trabalhar, tem que ter atenção (...) se não fosse uma bendita luva, minha mão tinha ido embora. Quando avisa e não segue, se acontece alguma coisa, o problema não é de quem avisou" (Marte).

Segundo estes mesmos autores, a atribuição dos acidentes de trabalho a um ato inseguro ou a um descuido do trabalhador, além de baixa capacidade explicativa é mistificadora. Exemplificando, vamos considerar o trabalho na construção civil, que bem pode ser o de um dos sujeitos de nossa pesquisa: posição incômoda (carga fisiológica), fatigado pela falta de descanso (carga fisiológica e psíquica), com ruído produzido pela maquinaria (carga física), tensão nervosa pela pressão da supervisão (carga psíquica). Estas cargas *"não só se somam como se potenciam e dão concretude ao processo de produção de modo singular"*. Então, se o acidente é analisado a partir da dinâmica do processo de produção, considerando a extração de mais-valia e as cargas impostas ao corpo do trabalhador, o descuido do trabalhador *"difícilmente pode ser considerado sua culpa – da vítima – mas como produto de uma combinação de cargas determinada pela lógica global do processo de trabalho"* (LAURELL & NORIEGA, 1989, p.114).

E assim, depois de anos de trabalho, a iminência da morte causada pelo esforço é vaticinada pelo profissional de saúde: *"O médico falou que um dia eu ia deitar e não ia acordar, de tão cansada eu ia morrer. Eu era um peão, fui homem e*

mulher de uma vez" (Marte).

2.1.3. Lazer: necessidade às vezes adiada

O lazer surge como necessidade de saúde diante de um trabalho desgastante, que não provê salário que permita a satisfação das necessidades apresentadas.

"A saúde está ligada à [possibilidade da] pessoa ter momentos de lazer, espaço para arejar a cabeça. A pessoa não pode só pensar no trabalho e nas contas. 'Meu nome é trabalho, meu lema é serviço e eu vivo pra isso'. Nem sempre você dá conta de pagar porque o salário não deu, a conta de energia subiu.." (Marte).

As atividades de lazer, para cumprirem o objetivo a que se propõem, têm que propiciar fuga do cotidiano vivenciado por essa população.

"Tem que passear, jogar futebol, ver televisão (...) Só que a televisão de hoje é muito pesada; as novelas ainda são lazer, mas tem só notícia ruim e programa forte demais tipo 'Linha Direta' e 'Documento Especial'. Então, pra arejar minha cabeça, saio de casa" (Marte).

Segundo VASCONCELOS (1999a, p. 198) "o sair implica deixar o ambiente da casa, da vizinhança, dos colegas (...) torna possível o encontro entre pessoas de diferentes níveis de renda e classes sociais e esse encontro possibilita a comparação, a avaliação e a identificação (...) é uma atividade pública por definição e marca o afastamento da esfera privada".

Uma outra discussão que, a nosso ver teria que ser sinalizada pontualmente seria a relacionada à televisão, mencionada no segundo depoimento. Segundo CHAUI (1987, p. 31)

"a comunicação de massa funda-se no pressuposto de que tudo pode ser mostrado e dito ou de que tudo

é mostrável e dizível, desde que estabelecidos critérios autorizando quem pode mostrar e dizer e quem pode ver e ouvir (...) substitui o espaço social concreto, feito de divisões, diferenças, interditos e limitações por um espaço homogêneo e transparente, aberto a todos”.

A programação citada pelos sujeitos desta pesquisa é emblemática, agravada pelo fato de que nela são veiculadas, predominantemente, imagens e informações que têm qualificado as camadas populares como ignorantes e perigosas, inserindo-se no campo de tecnologias utilizadas na atualidade para disciplinar e vigiar esta população. *“A informação produz os incompetentes sociais e reforça a divisão elite/massa”* (CHAUI, 1987, p. 35) .

Por outro lado, as novelas poderiam representar o potencial de criação do que a autora denomina de *“sistema de ilusões”* da sociedade de consumo, reproduzindo e reforçando as idéias dominantes, *“mas reforça a percepção e o sentimento da necessidade de ser incluído nesse espaço, sob pena de converter as perdas numa perda irreversível: a da própria humanidade, invalidada pela incompetência”* (CHAUI, 1987, p.39), estimulando o conformismo.

Além disso, o depoimento aponta ainda uma outra questão: a mídia argumenta que a programação tem sido formatada para atingir as camadas populares. Entretanto, esta programação não tem sido aprovada por Marte, o que reforça a visão de CHAUI (1987), acima apresentada, de que estaria sendo utilizada, com a finalidade precípua de construir uma dada imagem desta população, através do entretenimento e da desvalorização de sua cultura.

Outra preocupação apresentada por Marte é a de que o lazer seja

compartilhado com toda a família: "(...) *quando o cara bebe cachaça, o lazer é só dele. Se ele escolher um clube, uma religião, ele vai dar lazer pra família toda*".

Mercúrio não prescinde do lazer, mas centra sua preocupação nos filhos, dizendo que o bairro não oferece opção de lazer para as crianças e adolescentes, que têm que ficar em casa, trancados, saindo somente para ir à aula ou procurando atividades fora do bairro durante os finais de semana: "*Aqui não tem nada pro adolescente fazer (...) quando sai é pra ir à aula. Se sai de casa, chega falando que apanhou. Então, prefiro trancar em casa direto. Fim de semana passa todo fora daqui. Fazer o que aqui?*"

Quanto aos adultos, oprimidos por uma situação adversa que lhe apresenta tantos problemas, não têm como pensar em lazer o que contribui para maior comprometimento de sua saúde mental: "*Mas como pode ter uma saúde mental boa com esse tanto de problema? Como pode lembrar de ter tempo ou de cuidar da saúde mental? Como vai pensar no lazer, no passear?*" (Mercúrio)

A falta de um emprego estável é a maior urgência para Mercúrio e, sem ele, o lazer torna-se inacessível, até mesmo pela impossibilidade de provê-lo, já que o orçamento fica comprometido com a satisfação de outras necessidades.

2.1.4. A alimentação, o sono e a higiene: a recomposição do corpo e a proteção da saúde

A saúde também foi individualizada no corpo, no comportamento, hábitos e escolhas que conformariam o estilo de vida, tendo conformação higienista e enfatizando a responsabilidade individual na construção da saúde (NOGUEIRA, 2001).

Os dois grupos concordam que uma alimentação adequada é condição para a saúde. A contradição surge quando discutem quais e como se relacionariam os fatores implicados numa alimentação inadequada. Para Marte, a composição da dieta de um indivíduo seria determinada pelo hábito, por sua constituição e metabolismo; o consumo inadequado de alimentos poderia ser resultante de sentimentos negativos experienciados durante situação adversa: *"Penso que o hábito e o metabolismo de cada pessoa influenciam a quantidade e o que se come. Comer demais ou não comer pode ser [também] ansiedade, depressão ou pode ser porque a pessoa passou uma raiva na vida"*.

Nesta fala, observamos que a elaboração das carências passa por questões culturais e subjetivas, peculiares a cada sociedade num dado tempo. Assim, há carência de determinados alimentos que devem ser consumidos de determinada forma e não de outra. Quando os padrões aceitos por aquele grupo social são desviados, fogem da norma, logo são atribuídos a doença ou situação anormal.

Já Mercúrio traz a alimentação inadequada como fruto não do desconhecimento do que deva compor uma alimentação saudável, mas da impossibilidade de adquirir alimentos porque não possuem uma fonte de renda e é a falta de alimento que faz com que adoeçam. Como em COHN *et al.* (1991, p. 29), é pela carência, pela negação que a alimentação impacta negativamente as condições de saúde e de vida desta população.

"A gente pode dar arroz, feijão ou macarrão e precisa de arroz, feijão, carne, verdura, leite e pão (...) é por isso que os filhos dos pobres pegam bastante doença. E aí, chega num ponto, com 30 anos, que fica uma pessoa muito doente - não se alimenta direito, trabalha demais, fica desanimado e nem gripe há meio de curar".

A alimentação nas classes populares é reduzida ao arroz com feijão não somente por questões culturais; mas, sobretudo, por serem alimentos de estoque fácil, conforme são recebidos os salários e por darem a sensação de plenitude. Segundo Zaluar apud VASCONCELOS (1999a, p.105), sabem a importância da alimentação variada, mas ela se faz presente em datas festivas, quando o orçamento permite, ou ainda se recebem doações.

O sono foi enfaticamente referido por Marte como condição para se ter saúde e manter a disposição para a ação e alterações são atribuídas ao trabalho excessivo, estresse, saudade ou doença:

"Dormir faz parte da saúde, pra contentar o corpo e descansar a mente. Aí a pessoa acorda cedo e age na vida (...) Uma pessoa não dorme ou dorme demais, pode não ser sadia, pode estar com stress. Pode ser também porque teve um dia péssimo, porque tem saudade ou trabalha demais".

Tanto Marte quanto Mercúrio afirmam a necessidade da higiene para que haja saúde e demonstram estar atentos às orientações dos profissionais de saúde, tendo se apropriado do discurso higienista, a ele acrescentando suas preocupações, como é possível identificar no fragmento abaixo.

"A higiene protege a saúde da gente e a sujeira traz problema. Os postos de saúde dão muita orientação: lavar as mãos quando for ao banheiro, não vestir roupa molhada (...) Não pode também por as calcinhas pra secar no banheiro e, antes de usar, tem que passar o fundo pra não pegar doença" (Mercúrio).

A área da saúde se interessa por dimensões do cotidiano estranhas, do ponto de vista social. Trabalhando, no limiar da indiscrição, aspectos íntimos da vida privada, tais como, os objetos de uso e consumo na esfera privada, acabam sendo ressaltados socialmente. Isto pode acontecer quando os profissionais se interessam pela higiene do corpo e pelo preparo dos alimentos,

o uso comum das escovas de dente na família, dentre outras questões, e este movimento pode causar incômodo e desagrado (VASCONCELOS, 1999a, p. 199).

2.1.5. O ambiente: poeira e terrenos vagos trazendo doenças

Marte e Mercúrio falam da falta de asfalto e do incômodo provocado pela poeira que traz doenças respiratórias, problemas de pele e impede que as pessoas permaneçam limpas: *"(...) a poeira, que está deixando todo mundo doente (...) trincado na pele que está uma tristeza, os pés rachando, provocando alergia e coceira. As crianças que não tinham bronquite agora têm. Até o cabelo da gente fica duro de pó em dois dias!" (Mercúrio)*

Somente Mercúrio reclamou de dificuldades encontradas por causa da falta do asfalto também quando chove: *"(...) quando chove, é aquele barro, a gente fica ilhada dentro de casa!"*

Apesar do problema incomodar a maioria dos moradores, a informação que têm é a de que o asfalto vai recobrir somente as avenidas por onde circulam os ônibus, e Mercúrio protesta pelo fato de acreditar que não teria que arcar com as despesas do asfalto porque esse seria um bairro custeado pelo governo: *"Como que ainda tem que pagar o asfalto se tinha uma placa na entrada do conjunto que dizia que aqui era uma doação do governo?"*

Outro problema ambiental que surgiu nas discussões com Marte e Mercúrio foi o dos terrenos vagos que vivem cheios de mato e lixo, abrigando ratos, baratas e outros insetos e até cobras. Temem que a saúde das crianças seja comprometida, fato também assinalado no estudo de

COHN *et al.* (1991, p. 55).

"Em cada rua tem três a quatro lotes vazios, que vivem cheios de mato, dando trabalho por causa de ratos que vão pra dentro das casas e trazem doença. Como a gente pode ficar sossegada com esse tanto de mato e de menino?" (Marte)

"Tem também insetos, baratas... Você joga veneno e quando passa três ou quatro dias, volta tudo de novo, porque aqui é sujo." (Mercúrio)

A questão do lixo é emblemática fonte de preconceito contra a população das periferias urbanas. Buscamos entender por que há resistência em manter as moradias, terrenos e ruas limpos, uma vez que acreditávamos que o comodismo ou a preguiça não eram fatores explicativos suficientes, como atestavam os participantes de Marte e Mercúrio.

Uma campanha para limpeza do bairro foi planejada para ser conduzida pela equipe do PSF e agentes sanitários da Seção de Zoonoses da Secretaria de Saúde no início de 2001. Entretanto, devido a férias e sobrecarga de tarefas do pessoal da equipe do PSF, a campanha não pode acontecer. A intervenção sobre este problema tem se limitado, então, a orientações quando de visitas domiciliares às famílias da área. As ações são pontuais, verticalizadas e prescritivas, alcançando baixo impacto sobre a situação.

Os profissionais da equipe também atribuem a não aderência às ações de limpeza, à acomodação e à preguiça. Porém, o lixo pode ser também uma dimensão da resistência dos moradores: não atender a prescrições dos profissionais pode significar o exercício da liberdade e do poder possíveis, rejeitando ações disciplinadoras. Uma outra explicação, talvez, seja a de que

o lixo, na zona rural, não é problema, devido à dispersão das moradias; a mudança para locais onde predominam aglomerações não implica numa mudança automática de hábitos. (VASCONCELOS, 1999a, p. 226)

Mas, como o encontrado por VASCONCELOS na periferia de Belo Horizonte(1999a, p. 218), o lixo pode trazer a dimensão simbólica da vergonha para os moradores do Residencial 2000, por ser marca difamante que acentua o preconceito do restante da sociedade contra as populações marginalizadas.

Assim, criticam os que descuidam da limpeza dos quintais e terrenos, como que para deles se diferenciarem. Para resolução do problema também prescrevem: é necessário que os quintais sejam limpos, como eles fazem e que o lixo não seja jogado nos terrenos.

"Eu meto é fogo no mato, direto. (...) Põe fogo no mato, o lixo é jogado na rua pro lixeiro levar, e pelejando com esse tipo de coisa aí. Tem que deixar o mato tomar conta e por fogo (...) Quando a pessoa põe fogo, põe fogo. Se não põe, fica do mesmo jeito" (Marte).

"Tem que cuidar do quintal, pegar o lixo e não jogar nos lotes vagos ou debaixo das árvores" (Marte).

Além disso, Mercúrio demanda intervenção da COHAGRA: *"Acho que a COHAGRA deveria exigir que o pessoal limpasse"*. Esta última colocação foi acentuada pelo fato de acreditarem que, se os moradores contemplados fossem realmente necessitados de local de moradia, já teriam se mudado para o bairro. E a COHAGRA, então, como responsável pela determinação de quem seriam os contemplados com lotes, deveria assumir seu equívoco e, pelo menos, determinar que os destinatários dos terrenos os mantivessem limpos.

O problema do lixo relaciona, nesta comunidade, aspectos de preconceito, solidariedade, conflitos, organização e relação com o Estado. A questão que também se coloca implicitamente neste fragmento é que o chamamento à responsabilidade em manter a saúde se dá nesta como em outras situações, em distintos níveis de intervenção, ou seja, individual, comunitário e num nível em que há a necessidade de intervenção dos mecanismos formais expressos pelo papel do Estado (por exemplo, a COHAGRA).

Por um lado, Marte e Mercúrio sentiam-se unidos por este problema comum, e percebiam que iniciativas individuais e isoladas não contribuem para a solução do problema. Mas, por outro, ainda não haviam constatado que a questão do lixo traz uma dimensão de interdependência entre os habitantes deste território e, assim, não sentiram a necessidade de articularem ações entre os vários moradores, predominando de fato ações individuais na tentativa de encaminhamento do problema.

2.1.6. O sobrenatural: a relação da religiosidade e dos pensamentos mágicos com a saúde e a doença

O sentido religioso é parte do sentido comum popular e nele Deus é vontade, e é representado como um pai poderoso e benevolente, que pode proteger e cuidar de seus filhos. A necessidade destes cuidados está acentuada na atualidade, quando a providência divina é o recurso que esses fiéis acreditam que poderá amenizar as agruras decorrentes do processo de globalização e reajustes econômicos, que têm forte impacto na vida das camadas populares por representarem acentuação das desigualdades sociais.

"Tem a justiça divina e a da terra, mas parece que pobre não tem vez! A gente vai ter que esperar o dia da justiça [divina], porque diante desta injustiça [da terra] a gente não pode fazer nada!" (Mercúrio)

Há, segundo Parker apud VALLA (2001, p. 53), uma tendência de que a magia e as superstições sejam revitalizadas, sendo estimulada a criatividade religiosa do povo. A religião seria um *"elemento de identidade coletiva"* que possibilitaria *"a manipulação de eventos ameaçadores, o reforço das energias de sobrevivência, a resistência cultural"*.

As religiões, segundo CHAUI (1987, p.81), não representariam somente paliativo para um cotidiano sem saída – o ópio do povo, mas uma elaboração realista e consciente, *"funcionando como polo de resistência numa sociedade onde a cidadania foi recusada para a maioria e onde a opressão é a regra da existência social das camadas populares"*.

O ritual, por fortalecer e revitalizar o indivíduo, seria uma ação complementar àquelas dirigidas no sentido de buscar soluções concretas para a situação de privação material. Não seria busca somente de compensação *"na outra vida"*, mas uma relação com o sobrenatural de forma a alcançar uma vida melhor neste mundo (CHAUI, 1987, p. 55): *"Deus me deu força e coragem pra trabalhar e eu trabalhei muito aqui, até cansar."*(Marte). A causação sobrenatural foi mais evocada por Marte. Mas por advogarem a fé cristã, tanto Marte como Mercúrio têm em Deus a causa primeira tanto da saúde quanto da cura das doenças: *"A gente pede a saúde, mas quando acontece qualquer coisa na saúde, chama logo por Deus. Deus está em primeiro lugar"* (Marte).

Esta relação com Deus para manter ou recuperar a saúde é mediatizada e, algumas vezes até condicionada pela religião, como nos

fragmentos abaixo:

"Graças a Deus, eu consegui melhorar minha vida pela igreja e também entreguei meus meninos pra Jesus curar" (Mercúrio).

"Se você não tiver fé em Deus e nenhuma religião, você não tem saúde" (Marte).

Em primeiro lugar, estes depoimentos apontam para uma atitude que relaciona intrinsecamente crença e graça. O que os sujeitos da pesquisa referiram que pediram a Deus foi cura de doenças, emprego, regeneração de algum membro da família, alívio da dor, que a vida não seja como é, como em CHAUI (1987, p. 82).

Segundo esta autora e VALLA (2001), estas situações partem do reconhecimento de condições objetivas, tais como: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que permeia o cotidiano dessa gente, como também a busca de alívio e conforto na solidariedade, numa hora em que se está fragilizado. Além disso, trazem embutidos o entendimento de que a prevenção, o tratamento e a recuperação da saúde não são apenas questões de corpo, mas de corpo/mente ou corpo/alma.

Assim, a procura pelas igrejas talvez não signifique somente refúgio ou fuga da crise e da desordem (VALLA, 2001, p. 48). A via religiosa é escolhida porque no presente não há outra e não representaria fruto de alienação. (CHAUI, 1987, p. 83)

A relação das classes populares com a religião, de acordo com VALLA (2001), também tem sido explicada pelo fato de vivenciarem estado emergencial permanente que contribuiria para que desenvolvessem quadro de estresse decorrente de agressões de ordem física e psíquica. Propostas

para combate ao estresse, na atualidade, seriam a introspecção e a meditação, às quais esta população tem acesso através da religião (VALLA, 2001, p. 46). Além disso, as igrejas oferecem um sentido para a vida, criando motivação para resistir à situação de penúria. Estas perspectivas podem nos auxiliar a compreender por que para Marte a importância da fé e da religião reside também no fato de ajudarem a suportar melhor as adversidades presentes no cotidiano que geram sentimentos de medo e raiva, como nas afirmativas abaixo:

"Ia à igreja também pra ver se tirava o sofrimento do meu corpo e o medo (...) (Marte).

"Porque se não tem fé, já acorda aborrecido, briga com homem, com o filho, com os vizinhos" (Marte).

Ainda, para Marte, não basta ter fé e pedir, tem também que existir a preocupação em agradecer as dádivas da vida e da possibilidade do trabalho, para que não haja punição com o adoecimento: *"Não é só pedir as coisas, eu também tenho que agradecer por estar aqui, enxergar, ser perfeita para trabalhar (...) se nunca agradece a Deus, uma hora você pode até se adoecer" (Marte).*

Este depoimento mostra um pai severo, que deu a vida, que cria e prepara para que se alcance o sustento, mas exige reconhecimento e obediência. Ele pode estar reproduzindo as relações familiares presentes no cotidiano desta população.

Reapresentamos o depoimento abaixo porque ele expressa uma das funções que VALLA (2001) atribui à religião nas classes populares, a de que ela seria buscada como forma de viver a vida o mais plenamente possível, representando também a procura pelo lúdico e pela aventura, comparando-a

um clube onde a busca pelo prazer é inconteste: "(...) *quando o cara bebe cachaça, o lazer é só dele. Se ele escolher um clube, uma religião, ele vai dar lazer pra família toda*" (Marte).

O pensamento mágico emergiu somente nas discussões com Marte, sendo representado pela proteção contra a violência conferida pelo pensamento positivo e pela intuição. Para MINAYO (1988), "*esse domínio da causação é um terreno que se realiza e se reproduz num clima de muito medo*", podendo tornar-se real em suas conseqüências. Mas o fragmento abaixo parece apontar mais para uma condição cotidiana com grande possibilidade de se repetir.

"Eu acho importante pensar positivo, pensar coisas boas pra ter saúde, ter personalidade. Mas não tem jeito! (...) Aquele dia eu tava preocupada com o filho da vizinha. Quando foi na quinta-feira santa, aconteceu com meu filho [briga e ferimento com arma branca]. O aniversário dele era na sexta-feira, dia 13. Uma coisa mostrando a outra. Parece que foi um aviso, né?" (Marte)

Aproximarmo-nos das explicações do fenômeno saúde-doença que possuem os participantes desta pesquisa, possibilitou que compreendêssemos suas atitudes e práticas em relação a estes fenômenos. Em várias ocasiões, tivemos a oportunidade de constatar, como VALLA (2001, p.57), que "*a crise de interpretação é nossa*", e seguimos na tentativa de superar nossa postura de dificuldade para aceitar que estas pessoas humildes foram e são capazes de produzir conhecimento, organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, fazendo opções pelo que consideram possibilidade de melhoria para suas vidas.

2. 2. SERVIÇOS COLETIVOS: a dificuldade de acesso e de consumo

Neste tema agrupamos os serviços de consumo coletivo que, no entendimento dos sujeitos da pesquisa, não respondem às demandas do bairro e, por isso, são apontados como problemas que, mediata ou imediatamente, afetam o nível de saúde da população. Foram destacados, em seus depoimentos os serviços de segurança, transporte, educação e saúde.

Observamos que o fornecimento de água e de energia elétrica tem sido suspenso por inadimplência dos moradores, mas não foram relatados por eles durante as reuniões como problemas.

2.2.1. A segurança, o transporte, a creche, a escola: qualificam a vida?

Os moradores apontam uma série de situações envolvendo a possibilidade de consumo e de acesso que certamente poderiam qualificar melhor sua vida e proporcionar melhores condições de saúde. SANTOS (1996) diz que, quando observamos as periferias das cidades, podemos constatar áreas desprovidas de serviços essenciais à vida social e individual, *“como se as pessoas nem lá estivessem (...) um espaço sem cidadãos”* (SANTOS, 1996, p. 43). Esta é a situação semelhante à existente no Residencial 2000.

Os equipamentos públicos ali presentes resumem-se a um centro comunitário e um campo de futebol onde: *“A gente só vê mato, só!”*(Mercúrio)

Estes serviços, bens públicos por definição, não são direitos

inalienáveis e, portanto, deveres da sociedade, mas bens que se passa a adquirir no mercado. Por isso, os pobres carecem de saúde e educação, entre outros, por não terem acesso, ou por falta de recursos ou de tempo. Nos países desenvolvidos, para todos os cidadãos são devidos os serviços essenciais pelo poder público; a distribuição geográfica é adequada à necessidade de provimento, buscando uma equidade social e territorial porque, caso sejam distantes das moradias, há disponibilização de transporte. (SANTOS, 1996, p. 98 - 114).

A segurança

A contradição se faz presente quando o tema é a segurança, presente como problema somente para Mercúrio. Apesar de avaliar o bairro como um lugar calmo, expressa a necessidade premente de um policiamento ostensivo devido aos fatos vivenciados de agressão no bairro e ao temor de um recrudescimento da violência, como atestam os depoimentos abaixo:

"Aqui é mais calmo. Mas eu já levei carreira de dois homens, eram sete horas da noite, eu tampei a gritar, os vizinhos de lá vieram correndo e eles entraram no mato".

"A gente precisava de um plantão direto, antes do asfalto ou da passarela. Daqui uns tempos isso aqui vai estar igualzinho o Rio de Janeiro".

Segundo VASCONCELOS (1999a, p. 63-4), para melhor entendermos estas afirmações aparentemente contraditórias, temos que se considerar o "jogo dos moradores, ora negando, ora ressaltando a violência de acordo com seus interesses". Isto porque tanto temem o preconceito que homogeneiza os moradores de periferia urbana como violentos e agressivos

quanto buscam despertar compaixão quando expressam sua situação. Assim, reivindicam maior presença de policiamento para proteger-se de outros moradores que, violentos, compõem grupo minoritário nas periferias.

Certos comportamentos não são aceitos pelos valores circulantes naquele território. A violência parece ser um deles, principalmente aquela que parte dos homens e se dirige contra as mulheres, nos espaços intra e extra familiar, sendo reiteradamente denunciada por Mercúrio.

Pudemos observar e ouvir também o testemunho de moradores do bairro falando sobre as brigas em família e entre vizinhos, freqüentes nos finais de semana e feriados. A expressão dos acontecimentos é feita com riqueza de detalhes e, aparentemente, como se fosse uma situação tão habitual que não mais comove, mesmo sendo os atos violentos produzidos através da utilização de armas, principalmente as brancas.

Associam a violência à dependência do álcool, mas ele parece não ser o móvel principal para o surgimento de situações de confronto entre os moradores: *"Agora parei de beber, larguei de confusão, mas ainda ando armado. Na época que bebia, com duas palavras virava merda!" (Marte).*

Para MORAIS (1985, p. 33), a violência é mais evidente nos bairros de periferia, mas isso pode significar que a impotência diante da situação os deixa acuados e os atos violentos podem representar possibilidade de liberação e sobrevivência. E este sentimento de impotência pode estar sendo acentuado por um aprofundamento das desigualdades sociais, tornando-se mais evidente em decorrência da transgressão de obrigações mútuas, que orientavam o relacionamento entre as diferentes classes sociais, que aconteceram com o

processo de urbanização e industrialização, gerando indignação e sentimento de injustiça por parte dos dominados. A posse da arma é uma dimensão da revolta contra as condições de vida porque possibilitaria reviravolta nas relações de poder (VASCONCELOS, 1999a, p. 67-8).

O transporte

A questão do transporte foi discutida principalmente por Mercúrio que referiu problemas em relação à frequência e ao trajeto do ônibus. A maioria da população utiliza este serviço para buscar atendimento em unidades de saúde localizadas fora do bairro e não para trabalhar, e como o trajeto do ônibus não contempla esta necessidade, os ônibus andam vazios e a população convive com a possibilidade de sua frequência ser, ainda, mais reduzida. Para evitar esta situação, aponta o que acredita ser uma boa solução tanto para os moradores quanto para a companhia de transporte:

"Nós precisávamos, com urgência, de um [ônibus] que passasse pelo Carangola, descesse a Abílio Borges, passasse na porta do Hospital Escola e depois fosse para o centro. Aí teria mais passageiro e eles não iriam reclamar" (Mercúrio).

Estes fatos nos fazem questionar com SANTOS (1996, p. 47) se a mobilidade das pessoas é um *"direito ou um prêmio, uma prerrogativa permanente ou uma benesse ocasional"*.

A creche

A creche é tida como serviço essencial pelas mães dos dois grupos, uma vez que possibilitaria seu trabalho porque não têm com quem deixar os

filhos e não conseguiram vaga nas creches de bairros vizinhos: *"Como é que vou arrastar menino o dia inteiro caçando serviço? E, se arrumar serviço, aonde vou colocá-lo?" (Mercúrio)*

As famílias teriam que utilizar-se de transporte coletivo se tivessem acesso a creche gratuita mais próxima do bairro, o que por certo inviabilizaria a sua utilização. No bairro existe um terreno que foi doado a uma entidade filantrópica para construção de uma creche há dois anos. Entretanto, a construção ainda não teve início, o que acaba prejudicando os moradores, principalmente mulheres que dela necessitam para poderem se inserir no mercado de trabalho e complementar a renda familiar ou compô-la, visto que a maioria das famílias é nuclear ou tem a mulher como arrimo de família.

"Já que é um bairro para pessoas carentes, o prefeito tinha que construir creche e colocar a gente mesmo pra trabalhar" (Mercúrio).

Esta, talvez, fosse uma forma de possibilitar o trabalho materno no bairro e de legitimar o trabalho de mulheres que já atuam como crecheiras, resolvendo assim dois problemas: assegurar o trabalho da mulher-mãe e aumentar o mercado de trabalho formal das mulheres.

A escola

Há disponibilidade de escola para as crianças, sendo o ensino público a forma de acesso à educação de primeiro e de segundo graus. A quase totalidade das crianças de sete a quatorze anos está na escola, conforme dados obtidos pelo cadastramento da área. Contudo, estudam em escolas distantes, por falta de vagas nas escolas mais próximas, deixando as mães

preocupadas com o que possa acontecer no trajeto.

"Veio uma mulher de uma escola lá do outro bairro, pegou meu filho e, graças a Deus, também consegui ônibus da prefeitura. Só que eu penso: ir de ônibus até lá, no meio dos meninos grandes (...) E se acontecer alguma coisa no meio do caminho?" (Mercúrio)

A exclusão é maior no segundo grau, visto que o acesso a este nível de escolarização é prejudicado pelo fato de a oferta de vagas ser no período noturno e não haver transporte para os adolescentes. O transporte escolar se dirige somente às crianças que estudam na rede municipal e durante o dia. Quem estuda à noite ou em escolas estaduais tem que acrescentar a despesa com transporte ao seu orçamento e correr os perigos inerentes à má iluminação e às barreiras geográficas presentes no acesso ao bairro, como já destacamos anteriormente.

A estas queixas, Marte acrescenta que a distância e os horários definidos para reuniões de pais nas escolas impedem sua participação nas atividades, frustrando-os tanto quanto às suas crianças: *"Eu gostaria muito de ir, minha filha cobra isso de mim porque todas as mães estão lá e eu não"* (Marte).

Cumpre-nos registrar que essa discussão aconteceu no Dia Nacional dos Pais na Escola. Muitos pais do bairro não puderam comparecer às escolas ou por não terem tido com quem deixar suas outras crianças, ou por não terem como se locomover até à escola distante, ou para não faltarem ao serviço.

Estes acontecimentos denotam a importância da escola para estes sujeitos. Segundo GOMES (2000), esta importância se deve à representação da escolarização como fator relevante na luta pela

sobrevivência, a esperança de uma vida melhor. Ressalta também o papel de garantia do trabalho materno enquanto a criança está na escola, aquisição de cidadania e desenvolvimento de sociabilidade. Mas essa autora fala também do desencanto da escola: das dificuldades escolares, da evasão, do trabalho precoce que não exige muito além de uma competência mínima, que conformam a realidade da maioria desta população (GOMES, 2000, p. 70-1).

2.2.2. Serviços de saúde

O bairro conta com ações desenvolvidas por uma equipe do PSF composta por médico, enfermeira, agente comunitária, cirurgiã dentista e auxiliar de cirurgião dentista. O médico atende a população da área às terças-feiras à tarde; a enfermeira comparece três períodos na semana para consulta de enfermagem e vacinação. A agente até julho de 2001 dividia seu tempo entre duas microáreas. A cirurgiã dentista tem feito visitas domiciliares e atendido agendamentos da clientela do Residencial 2000 em uma unidade básica de saúde distante do bairro.

Há também o atendimento em três períodos na semana de um pediatra do Hospital Escola: em dois períodos faz visita domiciliar e no restante atende consultas; suas atividades focalizam a população de crianças desnutridas da microárea.

Como no estudo realizado por COHN *et al.* (1991, p. 136)

“[...] médicos e equipamentos de saúde não foram apontados no conjunto de coisas ou práticas fundamentais para se obter saúde, para se viver uma vida boa e normal (...) dado que a atenção à

saúde é encarada apenas em seu aspecto curativo, no tempo da anormalidade da doença, também é vista como algo que não pertence intrinsecamente ao habitat cotidiano”.

Em relação aos serviços existentes no bairro, há controvérsias quanto a sua suficiência e adequação às necessidades dos moradores. Para alguns, estes serviços oferecidos são avaliados positivamente:

"(...) temos a enfermeira e a agente comunitária de saúde que dão o maior apoio pra gente" (Marte).

"Depois que veio atendimento para cá (...) Melhorou demais! Os meninos não adoecem mais, nem gripe eles estão tendo e eles gripavam direto!" (Mercúrio)

Mas outros participantes de Marte e Mercúrio dizem desconhecer os serviços de saúde existentes no bairro, ou, ainda, tecem críticas contundentes dizendo que estes serviços ou não respondem à demanda da área ou o fazem de forma insuficiente e equivocada:

"Estão me perguntando se tem aqui esse negócio de médico, enfermeiro e tal ir nas casas, mas o caso é que eu nunca vi" (Mercúrio).

"(...) porque se acontecer de adoecer fora da terça-feira, ta ferrado!" (Mercúrio)

"(...) os homens que trabalham não vão ter jeito de ir ao médico" (Marte).

"(...) já teve um senhor que morreu à míngua, sem médico e sem remédio" (Marte).

"Só que, outro dia, eu fiquei com vergonha de dizer pro médico que foi lá em casa e passou uma dieta pro meu menino que, meus filhos quando tem pão comem, quando tem carne, comem. Mas não é todo dia que tem as coisas para eles comerem e eu fiquei sem graça de dizer pra ele: não tenho!" (Mercúrio)

Considerando esse último depoimento, percebemos que a diferença de poder, poder este colocado socialmente, entre o médico e Mercúrio impede

que esse manifeste desaprovação em relação à conduta adotada ou impossibilidade de segui-la. Sente-se julgado e condenado porque é corrente a crítica a quem tem filhos e não pode alimentá-los? Estaria assumindo que esse é um indicativo de que sua família não está respondendo a uma função a ela atribuída pela sociedade, o cuidado de seus filhos? Sente-se mais responsável porque é quem está assumindo perante a instituição saúde esta impossibilidade? ROMANELLI (2000, p. 75 e 83) encaminha sua discussão nessa mesma direção.

O profissional de saúde, formado em outros ambientes sociais e institucionais, para intervir em situações formulando projetos de mudança, muitas vezes, desconhece ou desconsidera os valores e as possibilidades da clientela. Além disso, CHAUI (1987) nos avizinha mais da possibilidade de compreender este fato, ao propor que a ideologia dominante referenda que o especialista, neste caso o médico, detém o saber e a competência que são atributos constitutivos do reconhecimento de seu poder. Mercúrio comporta um discurso onde a tônica da maternidade está presente, até por sua constituição ser essencialmente de mulheres; e vale lembrar que, muitas vezes, a mãe nas camadas populares é considerada como alguém *“desprovida de saber, de fato e de direito, é considerada vazia, passiva, inculta, ignorante, incompetente, precisando ser guiada, dirigida e ‘educada’”* (CHAUI, 1987, p. 29).

Ao discutirmos as opções de atendimento à população do bairro, surgiu o temor de não haver socorro em tempo oportuno, já que a doença é um imprevisto e há dificuldade de acesso aos serviços de saúde para

atendimento médico e odontológico. Porque o bairro é distante, e nem o transporte coletivo e nem os serviços de ambulância da prefeitura prestam atendimento satisfatório, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi queixa freqüente tanto de Marte como de Mercúrio.

"Quando uma pessoa adoecer aqui é um sacrifício!" (Marte)

"Sai de madrugada e, se não tiver ficha [para dentista], pode correr igualzinho condenado que não pega em outro lugar!" (Marte)

"(...) se você liga para o 192 pedindo uma ambulância, tem que mentir pra ela vir. Tem hora que dá até vontade de xingar a moça! Às vezes fica calada, desliga o telefone na cara da gente... Eles gostam de fazer a gente de otário, sabe?" (Mercúrio)

Concordamos com SANTOS (1996, p. 117) quando afirma que um enfermo não pode deixar de ser tratado e, da mesma forma, a distância *"teria que ser minimizada através de um serviço eficaz de transportes, instalado adequadamente para dar resposta às emergências"*.

Além do bairro ser distante dos serviços, a entrada é pouco iluminada, oferecendo perigo a quem se disponha a sair e atravessar a rodovia em busca do atendimento: *"Sair daqui, atravessar a BR à noite, se for mulher ou moça, não chega lá sem ser pega por um camarada no escuro" (Marte)*.

E tentam até buscar atendimento no setor privado, só que não conseguem custeá-lo: *"(...) não posso deixar o serviço para levar minha filha no posto; levei na dentista particular, mas não dou conta de pagar, não" (Marte)*.

Se consideramos o critério de acesso como a disponibilidade dos serviços *"não só segundo a proximidade, mas também de acordo com o grau de morbidade da demanda"* para prover o atendimento necessário às

populações (COHN *et al.*, 1991, p. 69), podemos dizer que estes depoimentos atestam que esta população não tem acesso a serviços de saúde e, diante desse fato, fazem a opção de procurar o serviço de saúde somente nos casos de urgência ou emergência.

"E é por isso que só procuro o serviço quando estou doente"
(Mercúrio).

"Dentista você tem que ir só o dia que pode ou o dia que está urrando, aí arranca logo o dente, né? (...) Enquanto isso, vai pregando pelotinha de chiclete, durepox (...)" (Marte).

Nos dois grupos surge, então, a demanda pela instalação de um posto de saúde com atendimento médico e odontológico diário, sendo que Mercúrio questiona o adiamento de tal medida, atribuindo-a ao desconhecimento da demanda já existente no bairro em virtude de seu crescimento; a questão da falta de medicamentos é também pontuada.

"Os outros bairros têm mais acesso [aos serviços de saúde] e aí eu pergunto: eles já vieram aqui para ver o tamanho que está o bairro agora? Tem mais de trezentas famílias".

"Tem que ter farmácia e posto de saúde adequado".

Não poderíamos encerrar este tópico sem registrar as impressões dos participantes de Marte a respeito do Hospital Escola, um dos serviços de urgência e emergência centrais no cotidiano destes moradores.

"(...) eu tenho medo de internar no Hospital Escola porque se tiver um problema escondido, eles acham e, enquanto não curar todos, não soltam a gente (...) de um jeito ou de outro acaba saindo. Não gosto de entrar lá, acho que são açougueiros e lá a infecção é brava!" (Marte)

Apesar do temor expresso em relação ao serviço, ele é procurado porque oferece uma maior possibilidade de atendimento e acesso a meios diagnósticos e terapêuticos, já que esta população refere que só busca

atendimento quando o quadro é agudo. Acreditamos como COHN *et al* (1991, p. 123) que é a partir da interação entre o que entende sobre gravidade da doença ou sintoma, qual tipo de atendimento acredita que vá resolver seu problema, o que espera que represente solução ou cura para o quadro que apresenta e a disponibilidade de equipamentos de saúde que define qual serviço o usuário estará buscando.

2.3. PARTICIPAÇÃO: um caminho possível

2.3.1. Solidariedade: um ensaio para a participação

Marte identificou na solidariedade um determinante da saúde e apontou situações nas quais seu exercício entre os moradores despertou sentimento comparável ao convívio com familiares: *"A gente tem saúde se tem, paz e alegria que vem da união, da convivência e da amizade em casa e com os nossos vizinhos. (...) Quer dizer, é mesmo que uma família porque a minha me abandonou".*

VALLA (2001) afirma que a discussão que se trava hoje no Brasil em torno da questão da solidariedade pode ser melhor compreendida a partir de uma releitura da proposta de apoio social ou *social support*, originada em setores progressistas nos Estados Unidos na década de 80. Este autor define apoio social a partir de Minkler (p. 44) como *"qualquer informação, falada ou não e/ou auxílio material oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos"*.

Os efeitos positivos são gerados reciprocamente e permitem que ambos, quem oferece e quem recebe o apoio, obtenham um maior sentido de coerência da vida e controle sobre ela, apreendendo que as pessoas necessitam umas das outras. VALLA (2001) busca em Cassel a argumentação de que o apoio social pode atenuar as consequências da desorganização social, constituindo o que Minkler diz tratar-se da noção de *empowerment*, *"processo pelo qual, indivíduos, grupos sociais e organizações passam a ter mais controle sobre os próprios destinos e para quem a vida tem sentido"* (p.45).

A solidariedade surge como condição de sobrevivência num mundo neoliberal e extremamente excludente, para amplas parcelas da população, daí uma de suas conexões com a saúde. Uma outra seria aquela dada pelo fato de que a solidariedade, conduzindo à autonomia, possibilitaria a constituição de sujeitos cuja participação é condição para a construção de um outro mundo, mais saudável porque menos desigual.

Pudemos identificar, no Residencial 2000, a existência dos três níveis de rede de solidariedade social identificados por Sposati apud VASCONCELOS(1999a) nas camadas populares: a parental ou conterrânea, a apadrinhada e a missionária. A primeira acontece quando da articulação da família nuclear com a rede de parentes e conterrâneos; a segunda, quando são estabelecidos laços com membros das classes alta ou média que fazem doações de objetos de consumo fundamentais para estas famílias; a terceira representada pelas igrejas e entidades filantrópicas que dão suporte espiritual, material, educativo, emocional, por serem espaços de convivência e de lazer.

A solidariedade acontece entre os moradores, até entre os mais necessitados e também a partir de pessoas ou instituições de outras localidades do município, sendo responsável pelo atendimento de necessidades relacionadas à aquisição de medicamentos, moradia e alimentação.

"Aqui tinha um senhor que não tinha ninguém pra ele. Aí, levei umas rifas pro serviço pra poder comprar remédio pra ele" (Marte).

"Tem também um senhor que nem mora aqui e faz caridade pro povo (...)" (Mercúrio).

A discussão a respeito da solidariedade foi campo de contradição e

ambigüidade, por parte tanto de Marte quanto de Mercúrio: ao mesmo tempo que falam de sua existência, os reclamam da falta de solidariedade, pontuando algumas situações que denotam o descuido com a necessidade do outro e provocam isolamento entre os moradores.

"Esses dias, um homem estava fazendo uma casa e passou mal. Chamamos o homem do fusca, mas ele (...) não levou o homem, que ficou aqui um tempão" (Marte).

"Aqui muito poucos são unidos, não tem solidariedade! Eu nem me movimento aqui no bairro, fico dentro de casa e não vou na casa de ninguém" (Mercúrio).

A falta de solidariedade é expressa também através da prática do roubo e do clientelismo, muito comuns no bairro. Estas situações talvez tenham em comum, naquele cenário, o não reconhecimento de que todos os moradores lutam com dificuldade para levar sua vida.

"(...) aqui tá tendo muito roubo e eu acho que não precisava disso." (Marte).

"(...) quando vem uma pessoa aqui fazer doação, tem gente do bairro que vai ajudar a distribuição e escolhe pra quem vão ser dadas as coisas. (...) Por isso que eu falo que aqui não tem união!" (Mercúrio)

Pudemos constatar, também, por relatos e queixas de outros moradores, que as redes de solidariedade na vizinhança muitas vezes foram bloqueadas por intrigas. Outro motivo levantado por Mercúrio foi o de que talvez a falta de ajuda entre os moradores do bairro seja causada pela vida difícil que levam, reconhecendo que o outro pode estar agindo premido por uma situação adversa, na qual cuidar de seus próprios problemas é questão de sobrevivência: *"Também, ninguém tem condição de ajudar. A situação que todo mundo vive é apertada; tem gente que vive em pior situação, não tem nada pra comer".*

Este reconhecimento pode ser entendido também como solidariedade. Pensamos como SANTOS (1996, p. 77-8) que estes fatos possam estar apontando para o fato desses sujeitos estarem vivenciando o *“dilema entre a realização pessoal a despeito de todos, isto é, contra os outros e a imersão raciocinada e voluntária do indivíduo na comunhão social, isto é, no conjunto de todos, os outros também sendo nós”* e é fundamental *“ultrapassar a reconstrução solitária e transformá-la em ação solidária [pois] a individualidade só se realiza no grupo”*.

2.3.2. O desencontro: preconceito e discriminação

Mercúrio sente que é discriminado e tratado de forma preconceituosa por pessoas que não vivem naquele bairro, que desconhecem seu esforço na lida diária, que o responsabiliza por estar onde se encontra. Até questões de vida e morte são percebidas como tratadas com descaso pelo fato de ser pobre. Aqui percebemos que se identifica com uma parcela da população marginalizada e, nesse momento, transparece nos relatos um misto de vergonha, tristeza, indignação, raiva e perplexidade.

"Eles olham a gente com pouco caso, com abuso; humilham a gente, desdenham do bairro. (...) Xingam a gente de fedido, de sujo, que aqui é tudo porcada, como se nós tivéssemos culpa da poeira que tem aqui. Acham que são melhores que a gente! E aquele projeto do cidadão (...) nunca veio até aqui e a gente precisa também disso. Eu não entendo, sabe!" (Mercúrio)

O projeto do cidadão a que se referem neste depoimento é o Projeto Cidade Viva, itinerante, mantido pela Prefeitura Municipal e que oferece vários tipos de serviços onde é realizado. Oferece atendimento jurídico,

emissão de documentos, cursos profissionalizantes, atendimento das diversas secretarias municipais, inclusive a de saúde, materiais instrucionais referentes a questões ambientais e de segurança pública; oferece ainda cursos profissionalizantes onde a população é atendida (manicura, cabeleireiro) e eventos musicais.

O preconceito acontece também entre os moradores do bairro, daqueles em melhor situação em relação aos mais pobres, como que reproduzindo o sentimento de pessoas que não moram ali, reafirmando a heterogeneidade presente neste território. O preconceito aparece quando as pessoas em situação de maior pobreza são qualificadas como preguiçosas, acomodadas e ignorantes, porque vivem na sujeira e demandam atitude paternalista ou assistencialista de quem detenha algum grau de poder de decisão ou recursos materiais; chegam a identificar a existência de dois tipos de pobre:

"Quando chegam e vêem aquela bagunça, aquela imundície, aquela lixaiada, acha que é pobre demais, muito necessitado. Pobreza não é defeito! E tem dois tipos de pobre: o pobre e aquele que não tem coragem pra nada, o pobre de espírito"(Marte).

"Tem muito desempregado, mas a maioria é acomodado (...) tem muita gente que não trabalha por preguiça" (Marte).

"(...) a maioria do povo daqui é ignorante, não entende e, qualquer coisinha que faltar, vai em cima do presidente [da associação]. Se ele não puder [responder] vão achar que ele é obrigado. Vai dar confusão! E eles não aceitam palavra se não for do presidente" (Marte).

Estes depoimentos refletem o imaginário sobre a população das periferias urbanas: que são acomodados, preguiçosos, ignorantes que armam confusão. Entretanto, autores advertem que, o que aparentemente é

comodismo, falta de iniciativa ou apatia pode ser somente uma avaliação realista dos limites e das possibilidades de melhoria, de mudança de situação (Valla apud VASCONCELOS, 1999a, p. 109).

Podemos perceber, no primeiro depoimento ainda, que foi incorporada uma visão de saúde em relação à higiene centrada na necessidade de adoção de comportamentos individuais, presente no discurso científico contemporâneo, que enfatiza a capacidade do indivíduo controlar os eventos em sua vida. Assim, *“a ênfase na responsabilidade pessoal pela saúde deixa de lado as considerações sobre as limitações que fatores culturais, políticos e econômicos põem na capacidade de resposta dos indivíduos às necessidades e desafios impostos pelo ambiente (...) levando a um processo de responsabilização da vítima”* (VASCONCELOS, 1999a, p. 76).

Além disso, pudemos conviver com o fato de que esta população tem problemas mais urgentes para resolver, tais como a questão da fome. E surge a dimensão do conflito entre *provisão* e *previsão*. O conceito de *provisão*, que nos permite compreender que as dificuldades de sobrevivência com as quais convive esta população, faz com que não se desliguem do que passou, e concentrem energia no provimento para o dia presente. Assim, não conseguem olhar para o futuro e responder ou valorizar ações de *previsão*, ou seja, passos de luta política e prevenção em saúde, intermediações necessárias para se alcançar saúde e qualidade de vida (Valla apud VASCONCELOS, 1999a, p. 210).

“Quem faz graça pro bairro é um ou outro. Só que é como batata podre que não fede num saco - se não pegar o facão e cortar a metade do saco fora, apodrece tudo” (Mercúrio).

Esta afirmação denota a preocupação de alguns moradores que, por sofrerem o preconceito pelo fato de residirem no mesmo local, pensam em livrar o bairro de elementos que julgam macular sua imagem de pessoas capazes de luta e de trabalho. Isto porque o trabalho ainda é um valor central quando se trata da possibilidade de construção de um futuro melhor.

2.3.3. O poder público: sedução, desprezo e medo

A população das grandes cidades segundo CHAUI (1987, p. 58) mora no “centro” ou na “periferia”, não apenas no sentido espacial-geográfico, mas também social, designando bairros afastados onde os serviços básicos (ou “fixos sociais” para SANTOS, 1996) estão ausentes, isto é, nas favelas ou bolsões de pobreza.

Concordamos com COHN *et al.* (1991, p. 52) quando diz que o fato da periferia ser preterida em relação a outras áreas da cidade torna-se mais perverso porque agrava as já precárias condições de habitabilidade e de acesso a equipamentos públicos e, talvez, uma das expressões que melhor sintetizem a relação destes moradores com o poder constituído possa ser expressa no fragmento que revela, ironicamente, o reconhecimento de que são desassistidos: *"Se aqui for as meninas dos olhos do prefeito, ele é cego, porque os olhos são as melhores coisas da vida da gente!" (Mercúrio)*

Para estes moradores, muitos de seus problemas seriam solucionados se o poder público municipal se fizesse presente não somente em época de campanha, onde as cestas básicas e as promessas de prover o bairro com equipamentos e serviços de consumo coletivo são recursos utilizados para seduzir a população e obter votação expressiva que garanta alcançar o

poder. Marte e Mercúrio têm a dimensão desta estratégia, mas reconhecem que, por estarem em uma situação de penúria, acabam se tornando presa destes artifícios.

"Político usa o pobre. Na época de campanha vêm pedir votos, mandam cartas de aniversário, dão muitas cestas básicas, inauguram obras, fazem promessas pra agradar e ganhar uns votinhos! Na hora que ganham, metem o pé na bunda da gente, não dão mais merda nenhuma!" (Mercúrio)

"A pessoa está aqui fragilizada, sem serviço, sem coisas pra comer. (...) Aí o pessoal fala: "Aquele povo ali come na minha mão. Aquilo ali é tudo fragilizado, se eu levar uma cesta básica (...)" (Marte).

Reconhecem que toda proximidade da época da campanha é perdida após o pleito, quando os objetivos dos candidatos são alcançados, perpetuando uma relação de desigualdade e dependência.

"O prefeito jogou a gente aqui, falou que fazia e acontecia e depois nunca mais apareceu aqui - nem ele, nem ninguém (...) não está perto de eleição nem nada pra tirar proveito dos bobos que ficam aqui!" (Marte)

"Quer dizer, na política nós temos força, nós subimos. Depois temos que ficar quietos embaixo, sofrendo (...)" (Mercúrio).

Segundo SANTOS (1996, p. 41), o eleitor não é "forçosamente o cidadão, pois o eleitor pode existir sem que o indivíduo realize totalmente suas potencialidades como participante ativo e dinâmico numa comunidade. O papel desse eleitor não-cidadão se esgota no momento do voto".

Parece-nos ser esta a situação percebida por estes moradores conforme esses depoimentos. A prática do *populismo* é dirigida a esta população e, conforme definido também por esse autor, consiste "em agradar ao eleitor pelas mais diversas maneiras, com promessas de mudanças, setoriais ou localizadas, exercendo dessa forma, aliciamento (...) promessas acenam,

geralmente, para melhorias individuais ou coletivas e realizações não empreendidas em governos anteriores” (SANTOS, 1996, p. 72).

Mesmo em época de eleição, os favorecimentos são marcados por uma relação clientelista, gerando sentimentos de indignação em Mercúrio.

"A gente fica indignada quando um que precisa não recebe terreno, material de construção, bolsa escola porque aqui só ajudam quem tem amizade, quem eles topam com a cara".

Esta reclamação aconteceu quando de uma distribuição de cobertores no bairro, realizada pela SETAS, ciceroneada por liderança do bairro que foi cabo eleitoral do prefeito e que, segundo vários moradores define quem recebe e quem não recebe os benefícios ou doações. Segundo VASCONCELOS (1999a, p. 60), a cultura do clientelismo está presente nas periferias urbanas, onde a tecnoburocracia estabelece negociação com algumas lideranças que lutam por benefícios pessoais, ao invés de estender a discussão às entidades associativas. Este processo pode enfraquecer as organizações comunitárias locais.

Este papel de mediador entre autoridades e moradores, assumido pela liderança, é fonte de prestígio e benefícios pessoais auferidos dos dois lados. Entretanto, como veremos, no caso específico do Residencial 2000, os moradores foram assumindo o encaminhamento dos problemas do bairro através de canais informais ou mesmo formais, de uma forma mais coletiva, afastando-se desses líderes mais envolvidos com o clientelismo na localidade, chegando à expressão de rivalidade e a enfrentamentos.

Estamos entendendo *clientelismo* como SANTOS (1996, p. 71), que o define como “o movimento que confunde o ato de votar com a afinidade

peçoal, diretamente criada hoje por herança, por motivos de gratidão ou interesse sobretudo, mas também por outras razões menos íntimas, como as afinidades éticas, estéticas e gremiais”.

Esta prática está expressa também neste depoimento: *“(...) eu não posso falar do Prefeito: sou doidinha com ele porque ganhei meu lote através dele” (Mercúrio).*

A análise destes depoimentos que falam da relação dos moradores do Residencial 2000 com o poder público pode ser auxiliada também por CHAUI (1987, p. 47). Ela diz que a sociedade brasileira é estruturada de forma hierarquizada e nela *“não só o Estado aparece como fundador do próprio social, mas as relações sociais se efetuam sob a forma da tutela e do favor (jamais do direito)”.*

Estas práticas são consideradas pela autora como forma de violência simbólica, porque *“invisível sob o paternalismo e o clientelismo, considerados naturais e, por vezes, exaltados como qualidades positivas”* (CHAUI, 1987, p. 54).

Com certeza, não se encaminham em direção à emancipação destes sujeitos, como parece ser o desejo desta população. Pelo contrário, Marte aposta que, se o poder público contribuísse com fatos que se encaminhassem em direção a sua emancipação enquanto sujeitos portadores de direitos, não estariam na situação na qual se encontram. Um exemplo que citam é o da cooperativa de tijolos, empreendimento em gestação desde os primórdios do assentamento. Esta cooperativa fabricaria tijolos a um custo sensivelmente mais acessível, contribuindo tanto para

facilitar a construção das casas na área como para geração de renda. A máquina de fabricar tijolos já foi adquirida, entretanto a área no bairro, onde vai ser localizado o empreendimento ainda não foi sequer murada. Estes fatos reforçam o sentimento de desconfiança estabelecido entre os atores responsáveis pelo empreendimento - COHAGRA e população:

"Se tivesse saído essa bendita cooperativa de moradores, já não tinha gente à toa aqui. Parece que na época as pessoas foram se afastando porque achavam que iam pegar o dinheiro, embolsar e não fazer nada" (Marte).

"Eu não acredito nada no povo da COHAGRA, no que eles podem fazer aqui" (Mercúrio).

Mesmo sentindo-se desassistido e, por vezes ludibriado, Mercúrio afirma a necessidade de estabelecer uma relação cuidadosa com os políticos, pelo reconhecimento por algum favorecimento ou para que eles não desenvolvam sentimentos negativos em relação ao bairro e abandonem de vez a possibilidade de intervir em favor da população aí residente: *"Muita gente fala: ah! Porcaria de vereador e aí eles tomam raiva do lugar e fica pior" (Mercúrio).*

Parece-nos que o eleitor não-cidadão do Residencial 2000 *"alimenta-se de parcialidades, contenta-se com respostas setoriais, alcança satisfações limitadas, não tem direito ao debate sobre os objetivos de suas ações, públicas ou privadas"* (SANTOS, 1996, p.42).

Além disso, em nome da virtude da gratidão, renuncia a responsabilidade de cidadão (SANTOS, 1996, p.73). Ou então, numa tentativa de reação, pensam em abdicar do direito devido do voto: *"Sabe o que devemos fazer quando tiver eleição? Não votar em ninguém!" (Mercúrio)*

Existe, em relação à figura do Prefeito, o reconhecimento de que concentra o poder de decisão e estabelece-se assim uma relação assimétrica, marcada também pelo medo, conforme atestam os depoimentos de Mercúrio:

"Porque vereador não pode fazer nada, se o Prefeito não quiser, ele não faz nada, não dá nem resposta!"

"Aqui todo mundo mete o pau no Prefeito, tá todo mundo revoltado, mas eles têm medo do homem e ninguém se organiza, faz uns cartazes para ir lá [falar com ele]".

Em nossa sociedade, de acordo com CHAUI (1987, p. 54-5) "as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdade, e estas em relações de hierarquia, mando e obediência (...) a vontade e o arbítrio são as marcas do governo e das instituições 'públicas'".

Estes fatores podem estar implicados na percepção de Mercúrio, na qual notamos que a sensação de abandono reproduz-se na relação com os representantes do poder constituído que desenvolvem serviços na área. Entendem como falta de compreensão a exigência que fazem de que tentem resolver seus problemas. Seria o pedido maior que sua capacidade de resposta? Assim, não aderem às tentativas de trabalho destes agentes na área: *"E sabe por que ninguém vem nas reuniões da SETAS aqui? Porque eles falaram que não poderia ajudar, que não moravam aqui e nós que tínhamos que nos organizarmos para resolver os problemas. Acho que não deveriam ter falado assim não! A gente já estava amolada, recebe uma resposta dessa, desanima! "*

Entretanto, existia também em Mercúrio a crença de que estes agentes tinham esta atitude como estratégia para envolver os maiores

interessados na questão, os próprios moradores: *"O que queria dizer era pra gente fazer uma associação de bairro, pra gente se reunir, discutir os problemas e levar lá embaixo. Quem mora aqui é que deve se interessar pelo bem-estar da comunidade, o interesse maior é nosso" (Mercúrio).*

Retomando a leitura dos depoimentos que demarcam a relação dos entrevistados e, por extensão, dos moradores do bairro com o poder público, notamos que estes sujeitos da pesquisa percebem a distância que os separa do governo (Prefeito); atribuem ao poder um caráter pessoal (governo, prefeito e poder são equivalentes); o poder é voluntário (o Prefeito quer ou não quer); o poder é tutelar (olha a cidade toda); o poder deveria zelar pelos pobres. Concebem então que o poder é transcendente, por isso esperam que tudo faça, pois ele tudo vê e tudo pode (CHAUI, 1987, p. 167-8).

No presente, seus atributos e características; no futuro do pretérito, o que mais se espera que faça: justiça. No presente ou no futuro, os dois indicativos, ações que se distanciam da possibilidade de contribuir com a cidadania via constituição de sujeitos. Este processo não é unilateral, como pudemos depreender das falas acima, mas é

"uma relação complexa, porque não apenas o senhor domina, como também o dominado se deixa dominar pelo senhor. Há uma certa cumplicidade na relação de poder. (...) o dominado quer a proteção de quem tem o poder, de quem domina (...) ao se submeter, perpetua a situação de dominação" (SOUZA & RODRIGUES, 1994, p. 21).

2.3.4. Participação: a conquista de direitos como um caminho de dificuldades, mas preche de possibilidades

Mercúrio e Marte relataram situações de injustiça em suas vidas, chegando a reconhecer que elas acontecem por falta de humanidade de quem as pratica e de capacidade de vocalização de quem sofre. Entretanto, mesmo denunciando que não têm sido respeitados os seus direitos, diante de situações de iniquidade, às vezes, assumem um papel de aparentes passividade e conformismo.

"A injustiça acontece por falta de humanidade, de união e por não ter voz ativa. Não resolve nada a gente ficar falando dela" (Mercúrio).

"A gente não ta enfrentando nada, só sofrendo. Vai passando, sobrevivendo, que aqui a gente não vive, tá é sofrendo mais que tudo. A gente não tem jeito de fazer mais nada!" (Mercúrio)

Segundo SANTOS (1996, p. 68)

"para os pobres, a justiça é mais barreira intransponível que uma porta aberta. As manifestações de desalento e descrença quando uma ofensa ao direito é constatada são muitas vezes mais numerosas que as palavras ou gestos de confiança ou, pelo menos, respeito pelo aparelho judicial".

Marte, diante de nosso questionamento já na última reunião, acerca da existência de tentativas anteriores de reunião de moradores para discussão dos problemas do bairro, foi enfático: *"Nunca! A respeito de nada, nada, nada, nada. Isso eu falo porque eu tenho consciência disso"*(Marte).

Emergiram várias explicações para a dificuldade de se mobilizar a população do bairro no sentido de irem assumindo seus problemas, encaminharem propostas e se compromissarem para solução dos mesmos.

Em Marte encontramos argumentos que passaram por aspectos, tais como, falta de união e de amor, que impulsionariam as pessoas na direção ou de defesa de seus interesses particulares ou de tomarem iniciativas isoladas do restante das comunidade. Outro movimento é o de considerarem as outras pessoas do bairro acomodadas, e se reunirem somente para “arengas”. Reconhece, entretanto, que as pessoas também podem estar descrentes por receberem pessoas com conversas inúteis:

"O povo daqui é desunido, só quer pra si, só pensa no lado dele (...) não tem amor, que une (...) Tem gente que quer ajudar, não tem preguiça de correr atrás das coisas para o bairro, mas faz sozinha.(...) A maioria das pessoas se acomoda (...) Vemos muita reunião pra fazer arenga, cochicho ou quando tem uma briga. Mas também tem muita gente que é descrente porque está calejada de tanto chegar gente na sua porta e só falar baboseira" (Marte).

Outros motivos seriam questões de horário e clientela da reunião:

"Algumas vezes não vêm às reuniões por causa do horário ou porque são convidadas pessoas das quais elas têm raiva" (Marte).

Mercúrio assume que não vai às reuniões e alega para o não comparecimento que ou as pessoas não são avisadas ou fazem opção por não ir: *"Não nos reunimos para enfrentar os problemas. (...) porque dizem que não são avisadas (...) a maioria do povo aqui sabe e não vem porque não querem e se fazem de desapercebidos" (Mercúrio).*

A não aderência às propostas de participação foi justificada de forma distinta à de Marte. Além da questão da falta de união, apontaram que ela pode estar relacionada ao não entendimento da proposta da reunião, ao imediatismo, à descrença em relação aos resultados destes encontros no que se refere à solução de problemas, ao desânimo ou cansaço pelo

trabalho. Outras explicações para a não participação, segundo este mesmo grupo, são a circulação pelo bairro de comentários acerca do que ocorreu na reunião e o receio de represálias por parte das autoridades constituídas em relação à tomada de atitudes definidas nos encontros.

"Tem gente que não participa porque não entende o que acontece na reunião (...). Querem que vá direto ao assunto, (...) estão desanimados: (...) todo mundo sabe o problema do Residencial (...) e isso aqui está do mesmo jeito! (...) cansados do serviço (...) se fala alguma coisa que desagrada alguém, sai comentário (...) tem gente que não quer fazer as coisas porque lá na COHAGRA vão achar ruim" (Mercúrio).

Mas Marte e Mercúrio grupos enfaticamente afirmam que, se houver algo a ser doado, o comparecimento é certo.

"(...) se for pra ganhar alguma coisa, todo mundo vem!" (Mercúrio)

"(...) pode ser bala pros meninos, num instantinho todo mundo vai" (Marte).

Somente quando se mobilizam através de formas tradicionais é que as lutas populares são reconhecidas. Mas, segundo alguns autores, a não participação nas reuniões, o silêncio, a ironia, a desaprovação, a aceitação de compromissos que não são levados a cabo podem significar também resistência e, portanto, luta política contra um projeto que acreditam não responder às suas necessidades (VASCONCELOS, 1999a, p. 109; CHAUI, 1987, p. 74).

Estas formas de manifestação de poder e de luta política estiveram presentes durante todo o tempo naquele território, contribuindo para que desconstruíssemos a imagem inicial de que aquela população não se articulava para fazer valer seus interesses e reconhecessemos uma rede de

moradores ativos por onde cumplicidades, apoios e resistências faziam circular o poder.

Mas na história do bairro também encontramos tentativas espontâneas de organização mais formal. Marte e Mercúrio referiram que se reuniram para discutir questões relativas à constituição de uma Associação de Moradores. Marte de maneira mais informal, em reuniões em um bar, tendo desistido da idéia porque não conseguiram definir um nome para ser o presidente da chapa: *"Comentávamos direto no boteco, mesmo sem beber. Chegamos a montar a chapa, mas aí um não queria ser presidente de bairro e o outro saltava de banda" (Marte).*

Mercúrio relatou também tentativa de organização frustrada pela ordem de que deveriam parar com as reuniões porque não conseguiriam se organizar sozinhos: *"Nós fizemos três reuniões de associação de moradores, escrevemos um bocado de coisas num livro que continua guardado (...) vieram falar que era pra gente não tocar a frente as reuniões, porque a gente não daria conta de organizar e quem iria organizar seria a COHAGRA junto com a SETAS".*

Entretanto, Marte e Mercúrio reconhecem a necessidade de uma Associação de Moradores como forma de encaminhar com maior facilidade os problemas da localidade: *"Não adianta ir na COHAGRA ou na prefeitura resolver problemas se não tem associação de moradores" (Mercúrio).*

O elemento central de preocupação para ambos é a figura do presidente de bairro, que tem que apresentar certo perfil: ser uma pessoa de liderança, que se conduza com seriedade, que tenha determinação e seja justo, educado, humilde e sincero. Acredita Mercúrio que só poderão fazer

uma boa escolha se se reunirem para se conhecerem:

"Pra isso tem que ter não só uma, mas várias reuniões para aproximar as pessoas e irmos conhecendo as idéias. (...) Vamos discutindo quem vai concorrer à chapa, que será eleita por nós, através de voto" (Mercúrio).

"(...) moradores sérios, educados, humildes, que a gente conheça, que olhem as coisas, que sejam sinceros e não conversem demais. Que construam pra eles, mas para os outros também" (Marte).

"(...) que tenha determinação, garra, força de vontade de resolver os problemas e vá se preocupar com todo mundo que mora aqui ..." (Mercúrio).

Houve discordância entre os participantes de Mercúrio quanto ao sexo do presidente: alguns afirmavam ser necessário ser um homem, porque se conduzem com maior firmeza diante de outras pessoas, falam menos e fazem mais e são mais organizados e coerentes que as mulheres.

"Eu acho também que não pode ser uma presidenta mulher, tem que ser um homem (...) se impõe mais (...) todas mulheres metem pau no prefeito mas, na hora que fala assim: 'Vamos lá embaixo?' Todas tiram o corpo. Os homens são mais organizados" (Mercúrio).

Este posicionamento foi imediatamente rebatido por outros participantes deste grupo: *"(...) tanto o homem quanto a mulher têm competências, capacidades iguais para ser um presidente de bairro!" (Mercúrio)*

Para Marte não será fácil alguém se dispor a encabeçar uma chapa de Associação. Para Mercúrio, a dificuldade vai ser a de conquistar a confiança do restante dos moradores:

"(...) não vai ser fácil achar uma pessoa aqui que queira mexer com essa coisa de presidente de bairro" (Marte).

"(...) acho muito difícil eleger uma pessoa pra presidente do bairro porque aqui ninguém confia em ninguém." (Mercúrio)

No entanto, há disputa no bairro e, se “o pessoal lá de cima” lançar candidato, há maior possibilidade, segundo Marte, de que se organizem e formem uma chapa para concorrer. Justifica esta atitude por acreditar que aqueles moradores não possuem perfil para conduzir as questões do bairro, por não terem compromisso com a totalidade dos moradores.

"Existem dois lados aqui. Se o pessoal lá de cima se candidatar, qualquer um se candidata pra não deixar eles ganharem! Esse pessoal não serve porque fica questionando de fora, não entra na roda, não tem interesse de continuar com todo mundo" (Marte).

Mas, mesmo diante de todas estas dificuldades, Marte e Mercúrio afirmam a necessidade de que a população se una, lute pelo que acredita, e não fique só esperando ou reclamando; e que, enquanto não conseguem organizar a associação de moradores, utilizem-se de canais mesmo que informais, para se fazerem ouvir, na tentativa de encaminharem a resolução de problemas já existentes.

"[Porque se for esperar a associação de moradores], nesse meio tempo, como a saúde não espera, vai ficar todo mundo banguela ou morrer à míngua como aquele senhor" (Marte).

"(...) Temos que dar em cima e não ficar só esperando. Ir todo mundo junto, puxando a corda para um só lado, cercando o Prefeito, indo ao rádio desabafar, colocando a boca no trombone, chamando a TV e mostrando a situação em que estamos, organizando a associação de moradores" (Mercúrio).

Temos a relatar que, logo após o início dos grupos de discussão no bairro, a SETAS, através da Seção de Apoio e Integração Comunitária do Departamento de Seção de Organização Comunitária, deflagrou um processo de reuniões semanais com os moradores do bairro, com o objetivo de constituir uma associação de moradores. Participamos de cerca de dez

dessas reuniões, não só como observadores, mas também atuávamos junto aos atores aí presentes, sugerindo, colaborando com as estratégias e dinâmicas utilizadas para sensibilização dos moradores.

No início do processo de pesquisa, como podemos depreender dos argumentos acima, Marte e Mercúrio mostravam-se receosos e esquivavam-se da reuniões junto a SETAS, movidos por sentimentos de desconfiança e de contrariedade. O assunto da participação foi discutido em diversas ocasiões com Marte e Mercúrio, até porque se constituía numa das questões norteadoras da pesquisa.

Acreditamos que a simultaneidade dos processos – os grupos de discussão na pesquisa e as reuniões para conformação da Comissão de Moradores, atuaram sinergicamente, contribuindo para a mobilização de sujeitos naquele espaço. Alguns dos participantes da pesquisa mais resistentes à participação organizada, configuraram-se como lideranças expressivas e tomam assento na Associação de Moradores recentemente eleita.

Através de nossa participação nas reuniões junto à SETAS, pudemos constatar que os problemas levantados e discutidos durante o processo de pesquisa, foram levados pelos sujeitos que participavam dos dois processos como demandas da coletividade para a Comissão de Moradores, sendo então encaminhados. Este fato aponta para a importância de que as ações de saúde se integrem à dinâmica da vida das populações e de que a abordagem de problemas aconteça intersetorialmente. Porque, mesmo tendo origem fora do setor saúde, muitos problemas terminam por dele exigir intervenção, já que se materializam na doença dos corpos e, em assim não sendo, muito difícil será a

atuação embasada na promoção da saúde, mesmo tendo os serviços, ações e estratégias se deslocado da unidade de saúde para o domicílio.

SANTOS (1996, p. 75) nos adverte que as sociedades de moradores têm papel organizativo, mas podem deixar intacto o estrutural, caso se ocupem somente de questões de defesa de interesses ligados à propriedade.

Por fim, julgamos oportuna a transcrição de um trecho de SANTOS (1996) que aposta que uma das vias possíveis para a transformação da realidade através da desalienação, com o conseqüente exercício da cidadania no sentido pleno da expressão, está presente nas classes mais pobres.

“Os que vivem em casas improvisadas nas pontas de rua ou se acotovelam nos cortiços, os que vivem o dia-a-dia da ocupação provisória ou mal paga, os que não têm um amanhã programado, são, afinal os que têm direito à esperança como direito e o sonho como dever. (...) [porque] o que eles aspiram sobretudo é alcançar, pelo menos, aqueles bens e serviços que tornam a vida mais digna. E é diante da consciência das impossibilidades de mesmo atingir aquele mínimo essencial que os pobres descobrem o seu verdadeiro lugar, na cidade e no mundo, isto é, sua posição social”(SANTOS, 1996, p. 67).

2.4. ESPAÇO DE RELAÇÕES: em cena, a família

Não teremos, neste trabalho, a possibilidade de aprofundar a discussão acerca das relações familiares que se dão naquele território. No entanto, precisamos pontuá-las dada a ênfase com que foram vivenciadas, verbalizadas e debatidas por Marte e Mercúrio nos grupos de discussão. Acreditamos que este material mereça um estudo em profundidade a *posteriori*.

Emergiram das discussões aspectos de relações familiares diádicas, principalmente as de gênero e entre pai ou mãe e filhos.

As relações de gênero apareceram principalmente nos grupos de discussão com Marte. Destacaram-se depoimentos que se encaminharam na direção ora de troça, ora de embevecimento, mas ambas denotando relações de poder.

"Acho que ela [esposa] está ótima duas vezes se você diz que, quando está bem, engorda" (Marte).

"Saía sozinho, ia pro forró dançar com mulheres dos outros (...) pensei que um Ricardão poderia dançar com a minha aqui, resolvi parar com isso (...) Hoje, essa menina que fez com que eu parasse em Minas Gerais, não pode sair de perto de mim" (Marte).

"Eu não queria ficar aqui[morando no bairro]. Estou aqui por causa do meu esposo" (Mercúrio).

Como já referimos anteriormente, pudemos constatar uma dimensão da violência dirigida contra mulheres no âmbito da família, através do relato de brigas no bairro, havendo até ocorrido um caso de homicídio – uma mulher matou o companheiro após sucessivos episódios de agressão por ela sofridos.

VASCONCELOS (1999a, p. 145) e ROMANELLI (2000, p. 76) nos

alertam que a família é o local onde se vive a intimidade, e os focos de tensão são produto de divergências entre os objetivos do grupo e os desejos individuais. Como na família a expressão de sentimentos e emoções é mais livre pode tornar-se um local de catarse, às vezes violenta, de frustrações, desejos e ilusões em relação ao cotidiano sofrido: porque se é violentado no espaço público, violenta-se a outrem – esposa, filho, irmão - no privado.

Quanto à relação com os filhos, a discussão também passou pelas questões de gênero, dado que a ênfase foi na atribuição de papéis no cuidado das crianças, papel da mulher, como podem demonstrar os relatos abaixo:

"Agora, nunca levei meus filhos no ponto [do ônibus da escola] e nem fui perguntar se estavam se comportando ou não porque isso deixo pra mulher, que é serviço dela mesmo" (Marte).

"Quando faço uma faxina na minha casa, deixo ela limpinha, o quintal limpinho, meus filhos com banho e unha cortadinha, tomo aquele banho e deito na minha cama, tenho uma noite maravilhosa! Dizem que por isso sou uma legítima dona de casa" (Marte).

Na modernidade houve a consolidação da família e foi engendrada a função social das mulheres, o que se esperava delas para que fossem atendidas as exigências da sociedade. As idéias e valores foram disseminados a partir da burguesia para as demais classes sociais, e a divisão sexual do trabalho está presente em sua forma tradicional nas classes populares. As mulheres têm se responsabilizado pelas tarefas domésticas (limpeza da casa) e pelo cuidado das crianças. Os cuidados com as crianças compreendem alimentação, higiene, tratamento de doenças e proteção contra acidentes, educação, formação de hábitos, acompanhamento escolar e orientação de atividades de lazer. Além disso,

responsabilizam-se pela manutenção da força de trabalho dos maridos ou sujeitam-se a dupla jornada quando trabalham fora para complementar renda familiar (VASCONCELOS, 1999a, p. 102; FONSECA, 1999, p. 5).

É uma questão cultural, é forte nos fragmentos, mas indica uma contradição e, ao mesmo tempo, reitera na negatividade estes aspectos. No Residencial 2000, Marte já identificou, na discussão sobre trabalho, que, na realidade, ocorre a saída da mulher e a presença da criança no trabalho.

Segundo CHAUI (1987, p. 145), a dinâmica familiar insere-se na dinâmica da sociedade como um todo, e as relações familiares representam uma mescla de conformismo e resistência às relações de dominação presentes na sociedade. Há subordinação das mulheres e filhos, mas proteção destes contra a violência urbana; é um espaço de dominação masculina, mas para os homens, espaço de liberdade; é espaço de tradição, mas também de elaboração de projetos; espaço de obtenção de prazer apesar de local onde há tensão e conflito.

A falta do pai pode justificar o quadro de depressão diagnosticado em uma criança do bairro: *"Ela sente falta, tem carência de um pai ao lado dela. Isso altera o sistema nervoso e ela fica deprimida."* (Marte), apontando para a dinâmica interna da instituição familiar, na qual mudanças significativas têm ocorrido envolvendo especialmente o relacionamento entre o genitor e seus filhos: maior proximidade nos planos social e afetivo. Segundo ROMANELLI (2000, p. 77-9), para estas mudanças têm contribuído questões como o trabalho feminino, a construção e difusão de novas representações sobre o papel masculino e vínculos entre pais e filhos, o questionamento da postura

masculina pelo movimento feminista, entre outras.

Marte e Mercúrio reconhecem a dificuldade para criar os filhos na atualidade. Para Marte, é porque os filhos são menos responsáveis que os de antigamente; Mercúrio desconfia que possa existir algo errado no meio, que faz com que as crianças se tornem rebeldes e, muitas vezes, aparecem falas expressando temores e crenças velados, relacionadas ao abuso de drogas.

"Antigamente, era mais fácil criar os filhos. Hoje eles não são responsáveis nem por eles mesmos (...) se deixar sozinho dentro de casa, acontece tragédia. As crianças de hoje são terríveis!" (Marte)

"Aqui não é bom pra criar menino, criança ou adolescente. Não sei o que tem de ruim aqui que os meninos ficam agressivos e respondões dentro de casa, passam a não obedecer mais, a ficar dia e noite na casa dos outros" (Mercúrio).

"Graças a Deus, eu não sei o que é droga, não conheço isso. Mas o cheiro é diferente, eu não sabia se aquilo era cigarro ou o que era; meu menino disse que era cheiro de vela e eu disse que não, porque vela eu conheço" (Mercúrio).

2.5. PROCESSO DE PESQUISA: o exercício de um espaço com potência para melhor andar a vida

Os grupos de discussão aconteceram com a participação dos moradores, de dois observadores e de profissionais da equipe do PSF da área (médico ou enfermeira e dois agentes comunitários, pelo menos).

No início do processo de pesquisa, havia por parte de Marte e Mercúrio a desconfiança acerca dos métodos que utilizávamos para conduzir a reunião, de nossas intenções em relação a eles, questionando-nos se não seria esta mais uma pesquisa que não traria impacto na sua situação de vida.

"Ela vai dar cãibra nos dedos! Estamos proibidos de pensar porque se pensarmos, ela escreve" (Marte).

"Essas reuniões vão ficar só na conversa ou vocês vão ajudar a gente a solucionar os problemas? (...) Fizeram um bocado de pesquisa e nós aqui, até hoje, comendo poeira, os meninos todos doentes!" (Mercúrio)

Já na primeira reunião, Marte identificou a possibilidade de se aprofundar o entendimento de um aspecto até então não pensado ou de uma situação vivida, a partir da escuta do outro.

"Eu estava pensando, aqui, que, a cada fato que um cita, a gente vai observando que sempre tem um detalhe a mais pra falar a respeito" (Marte).

Havia também a expectativa de que estávamos lá para fazer um apanhado dos problemas e encaminhá-los para autoridades que eles julgavam competentes.

"Vocês estão lá perto, têm mais condições de estar lá dentro pedindo ajuda pra gente. Leva a fita pro Prefeito ou alguém que se interesse em ver a insatisfação da gente, o que a gente tá vivendo aqui!" (Mercúrio)

Esta solicitação pode estar representando o reconhecimento de que “a *distância geográfica é duplicada pela distância política (...) estar na periferia significa dispor de menos meios efetivos para atingir as fontes e os agentes de poder*”, que “*quanto mais longe dos centros de poder, mais difícil é fazer ouvir a própria voz*” (SANTOS, 1996, p. 91-2).

Entretanto, desde o início sempre pontuamos que nossa proposta era a de sermos facilitadores de um processo de conhecimento e reconhecimento da realidade local, num espaço de interação onde pudessem refletir acerca de sua vida, apropriando-se não só de seus problemas mas também de suas possibilidades de enfrentamento.

Muito de nossa ação se concentrava em contribuir para o estabelecimento do diálogo entre os sujeitos envolvidos na discussão dos problemas, valorizando seus saberes e suas formas de enfrentamento constituídos nesse território. Apostávamos, como VASCONCELOS (1999a, p. 130) que, através da discussão dos problemas locais, se houvesse esclarecimento de sua complexidade e dinâmica, poderíamos contribuir para que os sujeitos desta pesquisa fossem produtores de ações que resgassem sua auto-estima, contribuindo para alteração do jogo de forças aí presentes que os situava como polo dominado.

Também como no trabalho desenvolvido por VASCONCELOS(1999a) a discussão de problemas nos grupos colaborava para a percepção de seu caráter coletivo, contribuindo para a superação do sentimento de fracasso e de culpa, possibilitando a emergência de sentimentos de solidariedade e amizade, gerando novo ânimo e a possibilidade de engajamento em

estratégias de enfrentamento coletivo (VASCONCELOS, 1999a). Assim, os posicionamentos iniciais foram cedendo lugar a outros, que refletiam vinculação com esse espaço onde puderam desabafar e reclamar, tornando-se mais alegres e esperançosos.

"Acho que vale a pena. A gente pelo menos reclama, desabafa, solta os cachorros, tira um pouco do peso que a gente tem por dentro (...) Serve também pra distrair (...). Está sendo uma terapia, o astral está melhorando, estou ficando mais otimista! Quero a paz e a união desse conjunto porque unidos nós chegaremos lá, vamos conseguir as coisas!" (Mercúrio)

Este fragmento de discurso também pode estar revelando o que CHAUI (1987) denomina de "utopia do 'todo mundo unido' e anseio de mudança". Os depoimentos apresentados anteriormente neste trabalho apontaram para o sentimento explícito ou implícito de que existe, na relação entre os moradores do Residencial 2000 (que se reconhecem como pobres) e outros sujeitos, a prática da injustiça. Ora, segundo CHAUI (1987, p. 76), o desejo da mudança desta ordem de coisas implica a necessidade de que se unam. Se *"são mais fracos que os opressores, só poderão alterar a ordem vigente pela união de todos, formando uma comunidade verdadeira e nova, indivisa, protótipo do mundo que há de vir"*.

Na penúltima reunião, Mercúrio aventou a possibilidade de se tentar trabalhar com artesanato, mas a proposta foi rapidamente esquecida, após a constatação da dificuldade de levar adiante o projeto.

"Estava pensando outro dia que cada pessoa aqui sabe fazer alguma coisa (...) Só que ninguém tem dinheiro pra comprar matéria prima" (Mercúrio).

Mercúrio retomou a idéia na última reunião de pesquisa e foi elaborado um plano de ação. É importante frisar que a gestação de algo

novo estava de certa forma inscrita num movimento que se iniciou quando da aceitação dos moradores em estar presentes no processo de pesquisa. Apesar da desconfiança, da possibilidade de se chegar na outra reunião sem nenhum participante, sempre o grupo de pesquisadores foi surpreendido com a presença, com a “animação” de Mercúrio, principalmente. É neste sentido que a “gestação de um plano de ação” se apresenta como a “objetualização” de uma necessidade que se foi fazendo necessária para estes moradores.

"Cada pessoa poderia fazer e ensinar para as outras aquilo que sabe (...) montaríamos, em grupo um bazar, onde eles seriam vendidos e o dinheiro repassado" (Mercúrio).

A afirmação da impossibilidade de obter o material necessário para a tarefa, a tônica da reunião anterior, foi substituída pelo diálogo e as alternativas foram se configurando:

"(...) pesquisar onde sai mais barato, ver se alguém doa ou se a SETAS pode ajudar nisso também" (Mercúrio).

Mercúrio revelou também a intenção de convidar outros moradores para participar do projeto, explicitando mecanismos para atingir tal objetivo, colocando como condição que assumissem sua parcela de responsabilidade.

"(...) poderíamos fazer cartazes, ir nas casas e pesquisar quem quer entrar, falando com todos, homem ou mulher (...) diríamos que ela não pode roer a corda, começar e largar no meio do caminho, se não, não adianta" (Mercúrio).

Ao final da coleta de dados, Mercúrio demonstrou desejo de que as reuniões continuassem porque através delas estavam obtendo informações úteis para o encaminhamento de seus problemas. Mas, principalmente, porque elas eram espaço de encontro que, por permitir a circulação de

idéias e palavras, contribuindo para o aprofundamento de sua consciência e o exercício da solidariedade, abrindo a perspectiva de engajamento numa luta comum.

"As reuniões devem continuar porque agora estamos tomando consciência de pra que elas servem e dos objetivos que queremos atingir. Lutando juntos, devagarinho, chegaremos lá" (Mercúrio).

Marte não compareceu a duas reuniões, não formulou nenhuma proposta de intervenção concreta e concertada em sua realidade. VASCONCELOS (1999a, p. 205) nos chama atenção para o fato de que todo grupo social possui regras informais de convivência que, se transgredidas, resultam em distanciamento ou fechamento posteriores; que os moradores não assumem ou explicam para o estrangeiro que o desinteresse ou o fechamento aconteceram por não terem sido observadas estas regras.

Entretanto, pudemos estabelecer estratégias que permitiram a Marte explicitar que o não comparecimento às reuniões se deveu a um incidente envolvendo abuso de álcool e agressão contra mulher, numa das ocasiões, e ao fato de não termos esperado os moradores na subsequente.

"A única reunião que cê devia ter feito mesmo, que foi dois [encontros] que falhou, foi essa passada agora. Que a outra falhou por causa do homem que chegou com bola cheia, não foi? (...) não tinha mais condições, não tinha assunto para poder conversar a respeito da nada. E esse agora nós baixou pra fazer as compras. Se cê tivesse esperado aqui, (...) embora que não venha freqüentemente, porque o horário dele não dá, o trabalho dele não dá, mas se eles vêm, dava os quatro" (Marte).

Devemos registrar que, na segunda reunião adiada, esperamos pelos moradores por uma hora e meia após o combinado para o início das

atividades; o ambiente estava intranquilo e transpirava desconfiança. Teria sido pelo fato de, na reunião anterior, termos nos aproximado bastante do cotidiano destes moradores através do incidente?

Naquela ocasião, discutimos questões referentes ao abuso de drogas e relações entre casais e Marte assumiu a existência do problema na família. Talvez tivéssemos sido pouco cuidadosos na abordagem do tema, uma vez que o acontecido foi marcado por dor e agressão verbal que mexeu com os sentimentos não só de Marte, mas com os nossos também.

No último encontro, contudo, Marte avaliou positivamente o processo de pesquisa, uma vez que possibilitava o encontro, a busca de entendimento através da discussão dos problemas, caminhando na direção da constituição de uma comunidade.

"É muito bom fazer essas reuniões porque junta as pessoas, é uma forma de entendermo-nos uns aos outros e discutirmos os problemas. Precisa de união para formar uma comunidade e, conversando, a gente vai se entendendo" (Marte).

Reiteramos que aqui não estamos tomando o termo comunidade como um conjunto homogêneo de pessoas que compartilham um território. Nem mesmo Marte tem essa noção. O que apreendemos aqui foi o significado já apontado acima, a partir de uma discussão de CHAUÍ (1987) de que somente a *"utopia do 'todo mundo unido' e anseio de mudança"* poderia fazer frente à situação de opressão em que se encontram. Mas quando Marte toma o termo comunidade, dizendo que *"Precisa de união para formar uma comunidade"* e que *"conversando, a gente vai se entendendo"* também pode estar expressando que é na relação que vai se estabelecendo entre as pessoas, na medida em que suas distinções e divergências vão sendo reconhecidas,

e em que o “outro” vai sendo reconhecido como parte igual e parte diferente de mim, é que é possível se formar uma comunidade.

Quando falam em “comunidade” no sentido acima estão falando na possibilidade de se fazerem sujeitos que portam projetos. O fragmento que se seguirá reitera isto quando Marte atribuiu ao tempo e ao trabalho a presença futura de outros moradores na reunião e reconheceu que, só com a participação da comunidade, é que se poderia chegar a algum lugar.

"Tem muita gente que poderia estar aqui, mas com tempo e trabalho, as pessoas vão formar uma roda bonita, vão vindo, gostando e voltando (...) depende da comunidade do Residencial 2000 porque sem ela não adianta vocês virem" (Marte).

As reuniões continuaram a acontecer semanalmente após o término da coleta de dados para a pesquisa. Marte foi convidado a compor, na medida de suas possibilidades, um grupo com Mercúrio para encaminhamento de algumas questões que já vinham sendo pontuadas por ele. Para isso, seriam programadas reuniões conjuntas.

Mais uma vez acreditamos ter violado os códigos de convivência, pois o impasse surgiu quando da definição do local para o encontro dos dois. As reuniões não poderiam ter acontecido nem num nem noutro local, como pudemos constatar posteriormente. Marte queria que as reuniões continuassem acontecendo em sua casa, mas houve resistência por parte de Mercúrio e vice-versa. Marte participou de um ou dois encontros com Mercúrio e depois não mais compareceu. Depois de quatro meses, admitiu, de forma muito reservada, que o não comparecimento relacionou-se à animosidade e diferenças presentes entre eles.

Mas o espaço, mesmo assim, foi se configurando como iniciativa

orientada pelo apoio solidário entre as pessoas, contribuindo para a constituição de sujeitos sociais que prosseguem assumindo cada vez mais o controle de suas vidas e da vida daquela coletividade, através do fortalecimento do diálogo, da explicitação e troca de sentimentos, superando a ética individualista e possibilitando a elaboração de soluções mais apropriadas para seus problemas.

As dificuldades existentes não foram de todo superadas, mas o imobilismo e a sensação de impotência e pequenez vem sendo substituído por sensação de que são capazes de agir e que são sujeitos de direitos, o que tem contribuído para que, individual e coletivamente, venham ocupando espaços formais e informais na mídia e junto ao poder público, denunciando seus problemas. Autoridades municipais e representantes de companhias de serviços que atuam na área têm comparecido ao bairro e, junto com os moradores, encaminhado soluções para alguns dos problemas já mencionados.

Existe uma contradição na literatura quanto à possibilidade de que, a partir de um espaço capaz de contribuir com autonomia e a autoconfiança daqueles que vivem em situação de subalternidade, possa ser alterada sua suas condições de vida na sociedade. SOARES (2000, p.17) receia que estejamos retrocedendo

"a uma visão 'comunitária' onde as pessoas e as famílias passam a ser as responsáveis últimas por sua saúde e bem-estar. Por trás de um falso e importado conceito de 'empowerment' está o abandono por parte do Estado de seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, principalmente quando parcelas majoritárias e crescentes da mesma estão na

mais absoluta pobreza".

Por outro lado, VALLA (2001) baseado em Cassel e Minkler argumenta que o apoio social pode atenuar as consequências da desorganização social, constituindo o que diz tratar-se desta mesma noção de *empowerment*. E que *"não que o fato de reivindicar uma política mais coerente dos governantes não seja necessário, mas talvez haja outras dimensões do problema a serem vistas."* Aposta que *"(...) um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas"* (VALLA, 2000b, p. 4).

Este segundo posicionamento parece ser mais coerente e próximo à experiência que ainda estamos vivenciando no espaço Residencial 2000.

Observamos a advertência de VASCONCELOS (1999b, p.13) de que somente àqueles que se interessam em encobrir conflitos de qualquer ordem presentes na sociedade contemporânea, negando a relação entre os problemas pessoais e a forma de organização do Estado e da economia é que *"buscam colocar a família como centro absoluto da abordagem dos problemas sociais"* e que *"o desafio é encontrar formas de abordagem dos problemas familiares integradas em outras dimensões da luta política dos diversos movimentos sociais"*.

Pensamos, entretanto, que se abordarmos as pessoas, as famílias, os sujeitos, antes mesmo do que a seus problemas de forma a que se sintam acolhidos, respeitados, reconhecidos pelo esforço que vêm empreendendo na labuta cotidiana, eles mesmos vão estabelecendo as pontes com "as

outras dimensões da luta política dos diversos movimentos sociais” (VASCONCELOS, 1999, p.13). E aí, apostamos com TELLES (1999, p. 180), como já explicitado anteriormente, que, nesta época de crise e por causa dela,

“(...) esses personagens comparecem na cena política como sujeitos portadores de uma palavra que exige o seu reconhecimento – sujeitos falantes, que se pronunciam sobre questões que lhes dizem respeito, que exigem a partilha na deliberação de políticas que afetam suas vidas e que trazem para a cena pública o que antes estava silenciado, ou então fixado na ordem do não pertinente para a deliberação política”.

Quanto à participação da equipe do PSF no processo junto à comunidade, podemos dizer que foi entremeada por sentimentos e posicionamentos ambíguos e contraditórios mas, nem por isso, menos intensos. Necessário destacar que compartilhamos de muitos deles. No início, estavam expectantes e meio incrédulos, ao que nos pareceu. Demonstravam também muita preocupação, pois temiam que o processo de pesquisa levantasse demandas impossíveis de serem atendidas por uma equipe que já estava sobrecarregada.

Houve expressão de contrariedade quando o assunto foi o serviço de saúde, por exemplo. Nestes momentos, os embates eram duros, e foi importante contemporizar as discussões, para que não chegássemos a um impasse que poderia comprometer a continuidade do processo; não só o processo de pesquisa, mas do próprio processo de criação de um espaço de discussão e participação dos moradores do Residencial 2000.

Buscamos preservar um espaço onde os dois lados pudessem se

manifestar, trazendo o argumento de que naquele espaço não havia certo nem errado, que lidávamos com posicionamentos distintos acerca de um mesmo objeto, que dependiam da posição onde se colocava o ator que emitia o discurso. E que, portanto, não faríamos e não estava em jogo nenhum tipo de julgamento.

Em determinadas situações, pudemos observar também atitudes que denotavam impaciência por parte da equipe - mexer-se constantemente nas cadeiras, respirar ruidosamente, sacudir a cabeça, nas quais ou não conseguiam se conter e ditavam soluções para os problemas ou mesmo identificavam os problemas por Marte e Mercúrio. Quando seu posicionamento ia de encontro aos interesses de Marte e Mercúrio, logo eram por eles advertidos, ou subliminarmente, ou através de repreensão verbal cautelosa ou por expressão corporal com as quais expressavam que os profissionais não conheciam tão bem a área quanto eles.

Os profissionais manifestaram também sentimentos de tristeza e angústia diante das situações de vida que Marte e Mercúrio relatavam nas reuniões. Havia também a sensação de impotência que os abatia ainda mais. Pareceu-nos que, mesmo estando na área há cerca de um ano, visitando as casas e atendendo os moradores individualmente, não tinham se apercebido de como Marte e, principalmente, Mercúrio estavam sofrendo com a vida que levavam. Não que desconhecêssemos os problemas, mas era como se, anteriormente, eles não os tocassem tanto.

VALLA (2000, p. 24) citando Gramsci nos fez entender um pouco mais esta constatação ao afirmar que *"(...) o elemento intelectual sabe, mas nem*

sempre compreende, e muito menos sente".

Depois das sete reuniões com Marte e Mercúrio, a equipe foi se afastando paulatinamente. Como já dissemos, as reuniões continuam, os projetos têm sido encaminhados, e a nossa expectativa era a de que a equipe senão total, ao menos parcialmente, participasse, não somente porque os consideramos parte de todo o processo, mas porque se fizeram presentes durante o processo e de certa forma foram estabelecendo relações de proximidade e de reconhecimento com Marte e Mercúrio.

Não pretendemos esgotar a discussão em relação à equipe neste momento, até porque não foi esse o foco central desta pesquisa. Mas isto nos alertou para a possibilidade de que este afastamento tenha ocorrido porque este não foi um processo tomado como *"objeto de investimento"* por esta equipe, por razões que não nos cabe agora aprofundar. Estamos entendendo *"objeto de investimento"* como CAMPOS (2000, p. 78-84 e 235) o define, ou seja, como *"entes ou fenômenos sobre os quais o Sujeito ou o Coletivo Organizado conseguem investir afetos"*.

Para finalizar este capítulo, gostaria de relatar ainda uma última situação: Mercúrio e Marte compareceram ao *"Grito dos Excluídos"* no dia sete de setembro de 2001, levando em seus braços os projetos, os desejos, as demandas para o bairro e para o Brasil, em cartazes e em trajes, para serem apresentados ao restante da sociedade civil e aos políticos da cidade. Compuseram o último bloco do desfile, ao lado de outros atores também excluídos da possibilidade de uma vida digna. Alguns políticos e pessoas que estavam do lado de lá do cordão viraram as costas e foram embora.

Mas, outros engrossaram as fileiras, de forma sutil, como quem estivesse indo embora para o mesmo lado. Uns sorriam, outros batiam palmas, outros estavam visivelmente emocionados. É preciso que se diga que foi a primeira vez que o movimento conseguiu participar do desfile. Tudo isso ***nos*** tem feito crer, como Betinho¹ que:

“Há uma tremenda força de mudança no ar, na terra. Há um movimento poderoso, tecendo a novidade através de milhares de gestos de encontro. Há fome de humanidade entre nós, por sorte ou por virtude de um povo que ainda é capaz de sentir, de mudar, de impedir que se consume o desastre, o suicídio social de um país chamado Brasil” (SOUZA&RODRIGUES, 1994, p.25).

¹ O Betinho em letras minúsculas, sem o “rigor acadêmico” da citação bibliográfica, traduz a proximidade afetiva; representa a solidariedade traduzida, não nas palavras, mas na atitude de compartilhar da mesma idéia, não do autor, mas do sujeito que procurou colaborar para que outros sujeitos se constituíssem neste imenso território chamado Brasil.

Capítulo VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS – afinal podemos construir espaços coletivos para constituição de sujeitos?

Partimos da preocupação em identificar ferramentas para a atuação em atenção primária que pudessem potencializar o trabalho em saúde, buscando criar possibilidades de ampliação de intervenções que tivessem potência em impactar uma dada situação. Apostamos no PSF, no diagnóstico, no planejamento. Mas, durante o processo, percebemos que apostávamos mesmo era no encontro de sujeitos. As ferramentas para o trabalho em saúde estão dadas ou se dando, os saberes constituídos ou em constituição, podendo um ou outro serem utilizados em direção à equidade ou em direção ao aprofundamento das desigualdades. Depende de como vamos utilizá-los, de qual nossa intencionalidade.

Muitos aspectos se evidenciaram no processo. A despeito dos “saberes” hegemônicos presentes na conformação do setor saúde – desde a formação dos profissionais até a forma como se organiza a prestação de serviços, a população tem clareza e, ao definir saúde-doença, amplia as possibilidades de compreensão deste processo para além do recorte que fazemos de atenção ao corpo físico.

"É uma coisa que eu achei importante nas reuniões foi que apesar deles não terem assim uma cultura, não ter um conhecimento com relação à saúde, mas eles definiram muito bem o que é a saúde, que cada um falava de um jeito e no final quando você fechava, eles... O que eles definiram? (...) No final, eles não definiram saúde só... não ter doença, mas eles

definiram num todo, e a gente pôde conhecer um pouco a realidade”(Vênus).

São, então, capazes de identificar caminhos, “descobrem o fio” para puxar e desenrolar, são capazes dentro de suas limitações e possibilidades de identificar e apostar nas saídas.

“(...)Mas eles já pensam sozinhos, eles já sabem (...) Já estão chegando no fio da meada, a gente deu, colocou o fiozinho lá para eles irem puxando, então eles já estão, já caminham sozinhos, já pensam, já tem condições de ... Pensavam, mas não acreditavam neles” (Urano).

Este processo evidenciou estes aspectos, aqui declarados a partir da narrativa de membros da equipe de Saúde da Família. E, se estas considerações, que são finais somente no nome, são mais interrogações que afirmações parciais e temporárias, não poderiam estar aqui escritas somente por nós, que pensamos inicialmente o projeto. Até porque ele foi se conformando no caminho, adquirindo a impressão de cada um daqueles que participaram da pesquisa.

Acreditamos que nosso encontro com Marte e Mercúrio já tenha acontecido com intensidade no último capítulo. Necessário abrir espaço para outros sujeitos que, se não foram foco principal da pesquisa, foram fundamentais para que o processo acontecesse no Residencial 2000. Para escrever este capítulo, então, continuamos partindo de algumas considerações feitas por profissionais que compuseram a equipe de Saúde da Família que participou do trabalho de campo, que optamos por identificar utilizando também nomes de planetas.

Fizemos a opção por apresentar este texto considerando a cronologia dos fatos. Assim, perguntamo-nos e à equipe de saúde: como foi sair para o

campo, quais as expectativas, quais as dificuldades; qual a avaliação em relação aos objetivos que nos propusemos; quais as possibilidades e as dificuldades de pensar processos semelhantes acontecendo em outras microáreas.

No início, havia a descrença na possibilidade da aderência dos moradores às atividades propostas e o receio do que poderia surgir do processo, já que estaríamos trabalhando levantando demandas, e a equipe sabia disso:

"No início eu achava que não ia virar nada porque tinha notícia que o pessoal não participava, só se desse algo em troca"(Terra).

"No começo a gente tinha medo: íamos mexer com as pessoas, jogar lá e pronto?"(Júpiter)

Mas a equipe aderiu e tiveram a possibilidade de ver aquela realidade já mapeada anteriormente por outros ângulos:

"(...) porque a gente tem uma sistemática nossa de diagnóstico de saúde, de elaborar uma proposta de ação em cima do nosso diagnóstico que às vezes não é... o mesmo que a comunidade tem"(Plutão).

"A gente pôde conhecer um pouco mais, uma nova realidade sob um novo aspecto"(Vênus).

Reconheceram que, talvez por este motivo, algumas vezes o diagnóstico realizado pela equipe culminava em ações às quais a comunidade não aderiu e a equipe não compreendia o porque dessa não aderência. O processo lhes permitiu reconhecer que outros diagnósticos de uma mesma realidade são possíveis, conforme o ator em cena, e que a

partir do reconhecimento deste outro, de sua capacidade de também reconhecer sua realidade, poderia se avançar na compreensão e na direção de propostas mais adequadas e, portanto, com maior chance de participação.

"Às vezes pode ter alguma coisa que pode ser igual, mas tem coisas que esbarram e que eles não participavam e que nós não compreendíamos e que nós não sabíamos"(Plutão).

A aproximação com a realidade trazida por *Marte* e *Mercúrio*, sem ser resposta a uma matriz preconcebida de questões, que pudesse embaçar a visão da equipe ou embotar seus sentimentos, trouxe a possibilidade de ouvir e de entender, mas trouxe o sofrimento também:

"Aprendemos a ouvir mais e entender um pouco melhor, a sentir o sofrimento daquelas pessoas, as dificuldades" (Plutão).

"Senti muita tristeza de ver a necessidade assim, tão cruel"(Vênus).

E, ao se aproximarem de uma outra forma da realidade, perceberam a importância do papel de cada um no processo. E essa constatação fez emergir sentimentos de solidariedade e responsabilização:

"(...)acho que todo mundo aqui, sem tirar nem pôr, deu uma grande contribuição naquele fiozinho e que, de repente, virou um fiozão..." (Netuno)

"(...) tem até aquela frase do Pequeno Príncipe: 'Tu te tornas eternamente responsável pelo que cativas', então a gente cativou, agora a gente se torna por ele responsável também..." (Plutão)

A equipe afirma e reconhecemos que, para que *Mercúrio* e *Marte* chegassem aonde chegaram, houve necessidade de muito empenho, mas que o processo possibilitou o crescimento de todos os envolvidos.

Entretanto, em determinado momento, quando a aproximação da realidade já havia se dado em sua maior parte - ou em sua parte mais cruel, usando terminologia da própria equipe - e, a partir dela, Mercúrio já conformava propostas de intervenção, a equipe afastou-se do processo. Para este afastamento alegaram que:

"Teve um momento que eu me afastei não fugindo da obrigação, mas porque eu senti que a comunidade precisava caminhar um pouco sozinha também. Senti que nós estávamos pegando muito na mão deles" (Plutão).

"(...) me afastei porque achava que se as pessoas ficassem vendo a equipe, falavam só de médico e de doença" (Saturno).

Não concordamos muito com estes argumentos, até porque não foi esta a nossa leitura dos fatos. Mercúrio e Marte não foram aonde não quiseram ir, e foram a muitos locais sem nossa presença; sempre fomos cautelosos no sentido de não exercermos a tutela sobre qualquer um deles. Já afirmamos, anteriormente, que, quando o assunto era os serviços de saúde, os embates tornavam-se, às vezes, ríspidos.

Porém, mesmo considerando que não podemos descartar a leitura que fizeram estes atores da equipe, pensamos que o afastamento não tenha se dado por estas razões somente, mas poderia ter outras explicações. E nos aproximarmos delas talvez também possa nos auxiliar a compreender porque, às vezes, fica difícil trabalhar com a promoção da saúde no PSF. Isto sem entrarmos na discussão acerca da adequação do perfil do profissional disponível no mercado, porque acreditamos que a saída não seja a mistificação do generalista como bem apontaram FRANCO & MERHY(1999). Um trabalho deste porte exige uma disponibilidade que a

equipe reclama que não tem. Ela tem atribuições estabelecidas que amarram seus vãos:

"Nós temos um limite: temos que estar atendendo a comunidade, temos que estar levando a saúde só que ao mesmo tempo nós temos que seguir objetivos traçados para atuação de PSF. (...) Nós já temos já nossas tarefas básicas: prevenção, prevenção de saúde, a parte de vacinação, a parte de orientação, higiene, parte de cuidados gerais, de vigilância até sanitária, vigilância epidemiológica, tem a parte curativa, de consulta, de curativo, ou seja, de medicação"(Plutão).

"(...) a gente não tem oportunidade de estar trabalhando do jeito que a gente queria estar, a comunidade é muito grande (...) a equipe está crescendo"(Vênus).

Uma outra argumentação que surgiu durante nossas discussões é que a ênfase, pelo menos inicialmente, no PSF é para as atividades curativas e que, para o desenvolvimento de outras atividades, a equipe demandaria ajuda externa.

"A parte social também é uma meta do PSF, mas o PSF é uma coisa para ficar. O que caiu para nós de início, foi a parte das doenças, da saúde física. Sem ajuda a gente não vai conseguir fazer tudo"(Saturno).

E, talvez o fato de não reconhecerem como atribuição da equipe do PSF este tipo de atividade mesmo quando constatarem que o tempo despendido possa ser recompensado, explique também o afastamento:

"(...) coisas que estão ligadas à saúde e que são saúde também mas que ao mesmo passo são parte de outras secretarias, da prefeitura e de outros setores também da comunidade e que estão ligados e que nós podemos estar inter-relacionados, mas foge um pouco da nossa visão enquanto atuação de equipe de PSF"(Plutão).

"Ao ouvirmos e chamarmos para participar ativamente, a gente divide a resolução das questões do diagnóstico"(Plutão).

Teríamos mais algumas interrogações. Desde o início do processo, fomos surpreendidos pela instabilidade das equipes de Saúde da Família. Esta equipe, que estava há um ano constituída na área, que participou de todo o processo, está em reformulação. Como fica a questão do vínculo com a comunidade?

E, nesse espaço de contradição e ambigüidades, provisório e instável, a equipe vai elaborando o processo vivido, driblando as dificuldades e deflagrando processos em outras microáreas:

"(...) a gente já está com a proposta de começar aqui, aqui já é mais fácil, na comunidade tem mais condições..."(Vênus).

"(...) teve um outro grupo que já começou lá preparando o material para fazerem uma feira, né? É, vão fazer a quermesse ..."(Vênus).

Pudemos vivenciar um processo em que fomos todos, ao mesmo tempo, constituindo-nos sujeitos de um devir, em meio às nossas contradições, conflitos e diferenças: Marte, Mercúrio, equipe de saúde, equipe inicial da pesquisa. Não existíamos sujeitos prontos para este ou aquele processo. E não existíamos enquanto sujeitos com capacidade para constituirmos outros sujeitos. Esta possibilidade se deu no encontro. E a opção pelo encontro foi dada por todos, mesmo que não tivéssemos a dimensão do risco da expressão da ambigüidade, do conflito e da contradição. Pensamos que, se não tivéssemos nos arriscado, não teríamos avançado.

Foi um processo que nos permitiu o reconhecimento do outro e de nós mesmos através do outro, dentro da possibilidade de cada um e cada um a

seu tempo. Foi um exercício de aceitação do outro, com suas possibilidades e suas limitações, como as temos todos nós.

Foi um processo doloroso, sofrido, desgastante... Mas, ao mesmo tempo, excitante e alegre, porque nos permitiu a ousadia do novo e do impensado. Não estávamos sozinhos com projetos próprios, mas abrindo a possibilidade da escuta do outro, do seu projeto, da sua vontade, da sua força. Não abdicarmos dos nossos projetos, mas promovermos o encontro com outros, construindo um outro ainda, não foi um exercício fácil.

Acreditamos no PSF enquanto espaço de possibilidade de acontecer a constituição de sujeitos porque é feito por homens. E homens que se encontram, apesar de todos os entraves e dificuldades postos e presentes no e para o exercício desta estratégia. E não só o exercício desta estratégia, mas o exercício deste processo que ora apresentamos.

Pensamos que estas dificuldades e entraves não devam ser relegados, mas interrogados para serem melhor enfrentados caso se credite ao PSF a missão da promoção da saúde. Entendemos que a promoção da saúde consiste em proporcionar meios necessários para que as pessoas possam melhorar a saúde e exercer um maior controle sobre a mesma, portanto, possibilitando autonomia para que melhor possam andar a vida.

Para finalizar, não há como não apostar no PSF, que parece ter a potência de criar espaços de convivência, espaços coletivos de discussão, onde se fazem presentes conflitos, contradições, porque é feito por pessoas como essa agente comunitária que, com simplicidade, narra um fato singelo no qual o encontro foi desafio, possibilidade e aposta:

"Eu tinha(...) eu tinha começado no PSF há quatro meses... Eu comecei há quatro meses e meio no PSF e eu não tinha noção do que seria o 2000, era... era um bicho de sete cabeças para mim e eu morria de medo de lá. Aí eu precisava de saber como que era a realidade, não conhecia e comecei a pensar e um dia eu cheguei ao consenso de que queria ir lá e iria sim. Aí eu fui, passei pela rodovia e subi o morro. Falei: 'Nossa! Isso aqui é... se isso aqui é o começo, imagina o fim!' Aí eu cheguei e... tinha uma criança assim, brincando perto de uma árvore. Acho que tem um banquinho lá, não tem? Então, o menino estava brincando, você vê que inocência, com um carrinho. Quer dizer, ainda assim preserva a inocência de brincar de carrinho, com todas as dificuldades que existem lá. E a criança com o maior assim... olhou para mim e sorriu. Quer dizer, eu não estava oferecendo nada para eles, porque ele tinha... você vê que coisa gratificante e eu... eu sei que eu andei dando uma volta lá eu vi que, nossa, a realidade é muito diferente mas, quer dizer, moram pessoas ali. E, se de repente a diferença existe, quer dizer, só fica naquela parte ali das casas, do sem asfalto, do sem energia, do sem esgoto, mas que de repente se você bater na porta quem vai atender é uma pessoa, igual à gente"(Netuno).

ANEXO A – SITUAÇÃO GEOGRÁFICA DO RESIDENCIAL 2000

Mapa Geral do Município

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr(a):
Endereço:

Estamos realizando uma pesquisa para tentar identificar formas de acontecer maior participação da comunidade na discussão de seus problemas de saúde e formas de enfrentá-los. A pesquisa será realizada junto à equipe do Programa de Saúde da Família, para que o trabalho da equipe atenda melhor às necessidades de saúde do bairro. Esta pesquisa tem o título: “Diagnóstico situacional em saúde: a possibilidade da constituição de sujeitos”.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação nas entrevistas coletivas que serão realizadas com moradores do bairro. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente, transcritas.

As suas informações e opiniões não lhe causarão prejuízo nenhum e serão tratadas com sigilo. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse continuar a participar, poderá retirar este consentimento.

Atenciosamente,

Silvana Martins Mishima
Professora Doutora do Departamento
Materno Infantil e de Saúde Pública
EERP – USP
Orientadora

Maria Isabel Gondim Borges Moreira
Pós Graduanda junto ao Programa
de Enfermagem em Saúde Pública
EERP – USP
Pesquisadora do Projeto

Eu, _____
_____, aceito participar da entrevista da pesquisa
“Diagnóstico situacional em saúde: a possibilidade da constituição de
sujeitos”, em data e local a serem definidos antecipadamente. Estou ciente
de que a entrevista será gravada, seus resultados tratados sigilosamente e,
caso não queira mais participar da pesquisa, tenho liberdade de retirar este
consentimento.

Uberaba, _____ de _____ de 2000.

Assinatura

ANEXO C

ROTEIRO DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO

1. O processo saúde-doença

- Para vocês, o que é ser saudável, ter saúde?
- O que pode nos mostrar que uma pessoa tem saúde?
- O que é necessário para se ter saúde?
- E o que é estar doente?
- O que pode nos mostrar que uma pessoa está adoecida?
- O que torna uma pessoa doente?

Importa saber, pelo menos:

- Conceito de saúde e doença
- Determinação social do processo saúde-doença
- Intersetorialidade

2. Problemas de saúde

- Quais são os problemas que vocês identificam no bairro?
- Quais os problemas de saúde que vocês identificam no bairro?
- Por que eles existem? Quais fatores podem estar contribuindo para que eles existam?

Importa saber, pelo menos:

- Definição de problema
- Relação individual x coletivo
- Intersetorialidade
- Contradições consumo e acesso a serviços de saúde
- Possibilidade x dificuldade de intervenção
- Autonomia x assistencialismo
- Iniquidade, desigualdade

3. Organização e participação popular

- Como os moradores deste bairro fazem para enfrentar os problemas que vocês identificaram?
- Quais as possibilidades e dificuldades para enfrentarem os problemas?
- Tem existido alguma forma de tentarem, juntos, discutir e enfrentar os problemas? Vocês já tentaram se reunir?
- Quais as dificuldades para se juntarem e discutirem seus problemas?

Importa saber, pelo menos:

- Direito x cidadania
- Redes de convivência
- Redes de solidariedade
- Redes de apoio
- Intersetorialidade
- Emancipação x assistencialismo
- Estratégias para resolução dos problemas
- Atores: vereador, religiosos, PSF – papéis
- Relação individual x coletivo
- Canais formais x canais informais

4. Propostas de intervenção

- Vocês têm alguma proposta para agir sobre os problemas que identificamos?

A REUNIÃO COM A POPULAÇÃO

A. Introdução

- Agradecimentos pela vinda
- Sua presença é importante
- Descrever o que é um grupo de discussão: um encontro de pessoas que vão dar suas opiniões acerca de alguns assuntos

B. Finalidade

- Discutiremos alguns assuntos relacionados à saúde
- Estamos interessados em todas as suas idéias, comentários e sugestões
- Não há respostas certas ou erradas
- Aceitamos todos os comentários, positivos ou negativos
- Tenham liberdade para manifestar opinião contrária à de outros participantes. Gostaríamos de ter muitos pontos de vista

C. Procedimento

- Explicar o uso do gravador. Todos os comentários são confidenciais, utilizados somente para fins de investigação.
- Gostaríamos que este encontro fosse uma espécie de debate em grupo, por isso não é necessário esperar que seja dada a palavra. Falem um de cada vez, para que o gravador registre tudo o que será dito.
- Temos que discutir vários tópicos em cada reunião, por isso, teremos, às vezes, que mudar o tema ou mudar de assunto. Mas vocês podem interromper, caso julguem que algo importante ainda tem que ser dito.

D. Apresentações

- Pedir a cada participante que se apresente: nome, há quanto tempo mora no bairro, porque escolheu este bairro para morar

A REUNIÃO COM A EQUIPE DO PSF

A. Introdução

- Agradecimentos pela vinda
- Sua presença é importante
- Descrever o que é um grupo de discussão: um encontro de pessoas que vão dar suas opiniões acerca de alguns assuntos

B. Finalidade

- Discutiremos alguns assuntos relacionados à saúde
- Estamos interessados em todas as suas idéias, comentários e sugestões
- Não há respostas certas ou erradas
- Aceitamos todos os comentários, positivos ou negativos
- Tenham liberdade para manifestar opinião contrária à de outros participantes. Gostaríamos de ter muitos pontos de vista

C. Procedimento

- Explicar o uso do gravador. Todos os comentários são confidenciais, utilizados somente para fins de investigação.
- Gostaríamos que este encontro fosse uma espécie de debate em grupo, por isso não é necessário esperar que seja dada a palavra. Falem um de cada vez, para que o gravador registre tudo o que será dito.
- Temos que discutir vários tópicos em cada reunião, por isso, teremos, às vezes, que mudar o tema ou mudar de assunto. Mas vocês podem interromper, caso julguem que algo importante ainda tem que ser dito.

D. Apresentações

- Pedir a cada participante que se apresente: nome, há quanto tempo trabalha na equipe, como e porque escolheu este trabalho.

ANEXO D – O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

O DISCURSO DE MARTE

Tema 1. Porque foi para o bairro e avaliação do impacto da mudança sobre a vida

1. DSC da satisfação apesar das dificuldades

IC. *Gostamos muito do bairro, em vista de onde a gente estava, está 100% melhor.*

Vim morar nesse bairro porque estava passando dificuldade financeira, não tinha moradia certa, morava em casa de aluguel. Às vezes chegava a chorar. Ai ficamos sabendo que estavam entregando terreno, fui à COHAGRA e consegui. É uma coisa que a gente paga mas vai ser nossa.

Estou muito feliz aqui, não temos nada pra reclamar, gostamos muito do bairro. É um bairro que está sendo construído por nós e, em vista de onde a gente estava, tá 100% melhor. Isso aqui foi uma benção! Falta tudo de melhor, todo mundo tem dificuldades mas nós estamos na luta prá vencer. Do que é bom todo mundo gosta, né?

2. DSC da insatisfação pela falta da família e pela localização do bairro

IC. *A prefeitura colocou a gente aqui, mas estou muito longe de tudo, até da minha família; um dia vou voltar pra lá.*

Vim pra cá porque morava em área de risco. A prefeitura retirou a gente de lá, a COHAGRA deu o direito aqui e colocou a gente nos dois cômodos que ajudou a construir no começo.

Estou aprendendo a gostar daqui, mas fico muito sozinha, minha família fica toda pra lá, eu não saio. Quando consegui o terreno, briguei pra que ele fosse perto de minha família queria ter morado a vida toda num bairro, ter raiz. Não consegui, mas um dia vou voltar pra lá.

Olha! Se você arrumar um serviço lá pra baixo, você não tem condição de ir porque tem que pegar um ônibus aqui e outro lá na praça. Aqui é tudo desregulado! Quando mudamos pra cá, minha mulher trabalhava mas ela teve que sair. Ela também gosta de estar fazendo os cursos dela, mas agora está tudo muito longe e está muito difícil.

Tema 2. Saúde

DSC sobre o que é ter saúde

IC. *Saúde é a pessoa estar com disposição; nem sempre um corpo físico bonito, bem aparentado é sinal de saúde; saúde física e a mental têm que estar equiparadas*

Saúde é a pessoa estar com disposição, animada pra enfrentar a realidade, fazer aquilo que tem que fazer: correr atrás de seus objetivos e ajudar outras pessoas se for preciso.

Se você não tem saúde, seu corpo não fica bem, pode ficar assim pálido. Mas nem sempre um corpo físico bonito, bem aparentado é sinal de saúde. Por exemplo, o camarada malhado usa muitos medicamentos, vitaminas e outros métodos para suportar, e seu metabolismo e seu organismo não funcionam de maneira adequada.

A saúde física e a mental têm que estar equiparadas para que a pessoa esteja bem. Todo mundo tem altos e baixos, tem problemas e a saúde pode estar alterada, desequilibrada porque você não está em paz, está nervosa. Num outro momento, com a cabeça mais arejada, você raciocina melhor e se alimenta melhor. Tem que funcionar a cabeça e o corpo porque se a cabeça estiver ruim, o corpo também fica e cai.

Eu acho mais que a ansiedade é genética porque minha filha é ansiosa, teve até depressão e eu também sou ansiosa, ansiosa.

DSC sobre as relações entre saúde e trabalho

IC. *A maioria que trabalha firme são as mulheres; se tiver um emprego você não vai ficar estressado, só se no meio aparecer doença e não puder ir trabalhar; mas o emprego também desgasta fisicamente e tem que ter atenção; trabalhei muito aqui, até cansar e o médico falou que de tanto cansaço eu ia morrer.*

A maioria que trabalha firme são as mulheres, os maridos ficam em casa. O pessoal é muito carente mas, a maioria dos pais que não trabalham, tem crianças que vão lá pro centro da cidade pedir. Aí, o trocadinho que o menino ganha e a cesta básica vão dando pra se virar.

Se tiver um emprego pra poder pagar as prestações em dia, você não vai ficar estressado. Eu fiquei desempregado, perdi noites de sono, caçava serviço até na hora do almoço e chegava estressado mesmo, preocupado com o dia de amanhã que não nos pertence.

Agora, se tiver o emprego, só tem preocupação se no meio aparecer doença e não puder ir trabalhar. Aí a preocupação é maior ainda. O emprego tira a gente da depressão: às vezes você está quebrando pedra mas está feliz.

Mas o emprego também desgasta fisicamente. Eu mesmo não tenho horário pra dormir, almoçar, jantar, pra nada! Só de pegar o ônibus para ir trabalhar. E ainda chega no final do mês, camarada paga só o que está na carteira, não dá o que você trabalhou por fora, fica enrolando. Como o cara vai chegar a ter saúde desse jeito?

Se vai trabalhar, tem que ter atenção porque senão [pode se machucar]. Nunca gostei de trabalhar com luva, capacete, caneleira, botina ... Eu punha na hora que o cara mandava e, quando saía, eu tirava porque incomodava. Mas se não fosse uma bendita luva, minha mão tinha ido embora. Quando avisa e não segue, se acontece alguma coisa, o problema não é de quem avisou. Aconteceu um acidente com meu filho e mesmo sendo criança, é culpado porque tem que prestar atenção em tudo que fizer na vida. Corrigi agora para não cometer o mesmo erro que eu.

Deus me deu força e coragem pra trabalhar e eu trabalhei muito aqui, até cansar. O médico falou que um dia eu ia deitar e não ia acordar, de tanto cansaço eu ia morrer. Esgotei de tanto trabalhar. Ninguém diz, mas sou uma pessoa muito doente.

DSC sobre as relações entre saúde e lazer

IC. *Para ter saúde a pessoa precisa de momentos de lazer.*

A saúde está ligada à [possibilidade da] pessoa ter momentos de lazer, espaço para arejar a cabeça. A pessoa não pode só pensar no trabalho e nas contas. “Meu nome é trabalho, meu lema é serviço e eu vivo pra isso”. Nem sempre você dá conta de pagar porque o salário não deu, a conta de energia subiu. Tem é que passear, jogar futebol, ver televisão.

Só que a televisão de hoje é muito pesada; as novelas ainda são lazer, mas tem só notícia ruim e programa forte demais tipo “Linha Direta” e “Documento Especial”. Então, pra arejar minha cabeça, saio de casa.

Outra coisa: tem gente que não sai do boteco, mas quando o cara bebe cachaça, o lazer é só dele. Se ele escolher um clube, uma religião, ele vai dar lazer pra família toda.

DSC sobre as relações entre saúde e alimentação

IC. *Ter saúde é alimentar-se adequadamente, o que varia com o hábito e o metabolismo de cada um.*

Ter uma alimentação adequada e apetite para poder comer o necessário, faz parte da saúde. Eu como muito e gosto de arroz, feijão e carne como a maioria dos brasileiros. Mas penso que o hábito e o metabolismo de cada pessoa influenciam a quantidade e o que se come.

Comer demais ou não comer pode ser ansiedade, depressão ou pode ser porque a pessoa passou uma raiva na vida.

DSC sobre as relações entre saúde e sono

IC. *Para ter saúde é preciso dormir bem, para contentar o corpo e descansar a mente.*

Dormir faz parte da saúde, pra contentar o corpo e descansar a mente. Aí a pessoa acorda cedo e age na vida. Quando durmo bem, levanto bem humorada. Pode ver que quando você acorda numa canseira, numa indisposição foi porque dormiu mal, mesmo tendo dormido a noite inteira.

Uma pessoa que não dorme ou dorme demais, pode não ser sadia, pode estar com stress; pode ser também porque teve um dia péssimo, porque tem saudade ou trabalha demais.

Tem gente que toma calmante para dormir, [mas acho que] o organismo acostuma e fica dependente.

DSC sobre as relações entre saúde e higiene

IC. *A higiene é importante para ter saúde.*

Higiene é uma coisa importante pra ter saúde. Não adianta a pessoa ter trabalho, dinheiro, tudo e não cuidar do próprio corpo e do quintal, pegar o lixo e jogar nos lotes vagos ou debaixo das árvores. É preciso também ter cuidado na hora de preparar os alimentos, cortar as unhas, tomar banho.

DSC sobre as relações entre saúde e meio ambiente

IC. *Precisa de asfalto porque a poeira está deixando todo mundo doente; os terrenos vagos vivem cheios de mato, ratos e cobras.*

Aqui é assim: precisa de asfalto porque tem muita terra. A poeira está acabando com todo mundo, deixando todo mundo doente, com gripe e bronquite. Se passar um carro ou um ônibus, fica tudo vermelho de poeira, você não vê nada!

Em cada rua tem três a quatro lotes vazios, que vivem cheios de mato, dando trabalho por causa de ratos que vão pra dentro das casas e trazem doença. Esses tempos atrás, um menino viu uma cobra ali e o rapaz da bola foi quem matou. Como a gente pode ficar sossegada com esse tanto de mato e de menino?

Eu meto é fogo no mato, direto. (...) Põe fogo no mato, o lixo é jogado na rua pro lixeiro levar, e pelejando com esse tipo de coisa aí. Tem que deixar o mato tomar conta e por fogo (...) Quando a pessoa põe fogo, põe fogo. Se não põe, fica do mesmo jeito.

Outro problema serio que eu acho também é nego abandonar casa fechada, um ano, um ano e pouco no bairro. Isso já ta acontecendo também, tem muita casa. Já tem nego que chamou a rádio que tem nego que ta invadindo. Vieram e chegou aqui, não acharam o dono. Tem duas casas aqui na rua paralela que estão abandonadas.

DSC sobre as relações entre saúde crenças mágico-religiosas

IC. *Deus está em primeiro lugar e, para ter saúde é preciso ter fé, ter uma religião e agradecer o que temos. Precisa pensar positivo, mas eu não consigo.*

Deus está em primeiro lugar e a religião tem muita coisa a ver com a saúde. A primeira coisa que precisa para ter saúde é ter fé em Deus. Porque se não tem fé, já acorda aborrecido, briga em casa, com os vizinhos. A gente pede a saúde mas, quando acontece qualquer coisa na saúde, chama logo por Deus.

Muitas coisas que as pessoas acham que podem não conseguir com o médico, buscam através de promessas ou de outro jeito se é espírita ou crente. Se está doente, pede pra abençoar o remédio para que ele valha para a doença. Já fui à igreja também pra ver se tirava o sofrimento do meu corpo e o medo, livrando das coisas horrorosas que estava vivendo. Até se a gente ligar a televisão no Rede Vida e assistir o programa do padre Marcelo, a gente fica boa.

Se você não tiver fé em Deus e nenhuma religião, você não tem saúde. Quando eu tirei um tempo prá religião, minha vida mudou 50, 100%, ela se transformou: fiz mais amigos, aprendi a conviver melhor com a sociedade. Vivia doente, com problema de fígado, barriga inchada, rosto inchado, tudo inchado. Bebia demais e fumava. Vivia bebendo no boteco, todo dia, todo dia eu estava ali. Agora parei de beber, larguei de confusão mas ainda ando

armado. Na época que bebia, com duas palavras virava merda! Agora que tenho uma religião, tenho saúde, não bebo e não fumo mais.

Mas também não é só pedir as coisas, eu também tenho que agradecer por estar aqui, enxergar, ser perfeito para trabalhar. Tendo fé, confiando muito em Deus, você tem saúde mas, se nunca agradece a Deus, uma hora você pode até se adoecer. Não temos nada, mas temos tudo pra enfrentar a vida, se Deus permite. Então, temos que agradecer o que temos que é muita coisa. Agora, se a gente ganhar na Azulzinha, a gente agradece muito mais.

Tem uma coisa também: eu acho importante pensar positivo, pensar coisas boas pra ter saúde, ter personalidade. Mas não tem jeito! O dia inteirinho fico pensando em coisas que aconteceram e que eu tenho medo que aconteçam novamente [violência].

Teve um dia que eu tava preocupada com o filho da vizinha. Quando foi na quinta-feira santa, aconteceu com meu filho [briga e ferimento com arma branca]. O aniversário dele era na sexta-feira, dia 13. Uma coisa mostrando a outra. Parece que foi um aviso, né? [Também tenho uma amiga que] não pode sonhar ou sentir alguma coisa que acontece. Um dia ela pediu para eu não ir a uma festa que ia dar briga. Ô! Mas deu uma briga feia!

Tema 3. Os serviços de consumo coletivo: creche, escola e serviços de saúde

DSC sobre a falta de creche e a escola distante

IC. *Não tem jeito de trabalhar porque estou esperando vaga na creche; a escola é muito longe.*

Tem dois anos que estou esperando vaga na creche. Passa o tempo, fico esperando e não sai. Não tem jeito de trabalhar e deixar filho em casa!

Outro problema é que aqui tem escola perto mas, assim que mudamos pra cá, falaram que as crianças todas tinham que ir para o CAIC, porque só essa escola aceitaria as crianças daqui. A maioria tirou as crianças das escolas aonde estavam e colocou no CAIC. Agora, a escola é muito longe!

Você não pode faltar, porque é uma coisa importante pra gente também! Eles marcam reunião, não levam no ônibus da escola. Se pegar ônibus, tem que ir até o centro e chega atrasado. Ir de bicicleta, carregando os meninos que não estudam ainda não tem jeito.

Fora as mães que trabalham! Hoje em dia serviço tá difícil e, se uma mulher falhar do serviço ou sair mais cedo pra tratar de escola, é mandada embora. Eu gostaria muito de ir, minha filha cobra isso de mim porque todas as mães estão lá e eu não.

Quem coordena essas atividades poderia ver um horário, local e condução para o pessoal daqui ir às reuniões. Quando era aqui perto, eu participava!

DSC sobre a falta de atendimento odontológico e médico

IC. *Dentista só quando está urrando, é um sacrifício chegar ao hospital ou ao posto do Carangola, por isso precisamos de médico e dentista aqui.*

Dente eu acho que é a primeira coisa que a gente [tem que cuidar]. Mas como o tratamento é longe e a gente não tem tempo de ir lá, mexer no dente todo dia, só vai tratar quando não está mais agüentando de dor. Tem que ir só o dia que pode ou o dia que está urrando, aí arranca logo o dente, né? Aí você vai lá, arranca e acabou porque aí não tem jeito de estragar e não vai mais incomodar. Enquanto isso, vai pregando pelotinha de chiclete, durepox ...

Porque tudo quanto vai fazer é longe e tem que esperar a vontade dos outros! Sair daqui, atravessar a BR à noite, se for mulher ou moça, não chega lá sem ser pega por um camarada no escuro.

Como não tem mais tratamento de dente na escola, e eu não posso deixar o serviço para levar no posto, levei minha filha na dentista particular, mas não dou conta de pagar, não.

Bom, então queremos um dentista, com urgência, que venha atender aqui mesmo todos os dias. Se o dentista não estiver no bairro, a gente não tem dentista. Sai de madrugada e, se não tiver ficha, pode correr igualzinho condenado que não pega em outro lugar! E esse dentista tem que agüentar atender muita gente, não pode ficar “cozinhando o galo”.

Mas a saúde tem uns probleminhas. Eu mesmo e meus filhos já sofremos, mas temos a enfermeira e a agente comunitária de saúde que dão o maior apoio pra gente. Só que, quando uma pessoa adoecer aqui é um sacrifício! Este ônibus não passa no Postinho

Carangola e nem no Hospital Escola– tem que pegar dois ônibus! Quando acha uma Cidade Viva pra levar, tudo bem! Se precisar visitar uma pessoa internada, não tem jeito!

Graças a Deus, só fui em médico quando era moleque! Tem que levantar cedinho pra levar menino no médico. Tem que esperar dez anos pra ambulância chegar aqui e ainda passa e pega fulano pra aproveitar a viagem. Vai de ambulância e volta a pé. Chega na hora do almoço!

Hoje eu tava aqui à toa e vi um clínico geral (atendendo). Só que os homens que trabalham não vão ter jeito de ir ao médico. Tem gente de idade aqui e já teve um senhor que morreu à míngua, sem médico e sem remédio. Talvez se esse senhor tivesse sido achado há mais tempo e se tivesse um médico que pudesse vir direto e remédio, ele pudesse ter se recuperado.

Não falo por mim, não, porque, como já disse, desde que me entendo por gente, vou ao hospital só pra ajudar os outros. Mas eu tenho medo de internar no Hospital Escola porque se tiver um problema escondido, eles acham e, enquanto não curar todos, não soltam a gente. Enquanto não cura, vai ficando lá. Sei que de um jeito ou de outro a gente sempre acaba saindo de um hospital. Mas não gosto de entrar lá, acho que são açougueiros e lá a infecção é brava! Graças a Deus que nunca fiquei internado!

Tema 4. Participação

DSC sobre a solidariedade

IC. *Pra gente ter saúde precisa de união com a família e com os vizinhos; o povo daqui é bom, mas às vezes falta recurso de carro e aqui está tendo muito roubo.*

A gente tem saúde se tem, paz e alegria que vem da união, da convivência e da amizade em casa e com os nossos vizinhos. O povo daqui é bom, socorre quem não está com saúde, olha meninos de mulheres que trabalham. E ainda bem que tem elas aqui! A gente convive há muitos anos. Quer dizer, é mesmo que uma família porque a minha me abandonou.

Minha mãe e meu pai achei aqui, porque o pessoal de lá não era meu pai e minha mãe. Minha patroa é minha mãe! Até levei umas rifas pro serviço pra poder comprar remédio pra tinha um senhor que não tinha ninguém pra ele.

Mas olha, quem tem carro não dá recurso pra ninguém. Esses dias, um homem estava fazendo uma casa e passou mal. Chamamos o homem do fusca, mas ele pegou os meninos que estavam brincando, botou no carro e não levou o homem, que ficou aqui um tempão.

E tem mais uma coisinha: o mundo seria bem melhor se cada pessoa procurasse trabalhar, porque aqui tá tendo muito roubo e eu acho que não precisava disso.

DSC sobre a pobreza, sua preguiça, sua acomodação e sua ignorância

IC. *Tem dois tipos de pobre: o pobre e o pobre de espírito, que tem preguiça e vive na imundície, é acomodado e ignorante.*

Quando chegam e vêem aquela bagunça, aquela imundície, aquela lixaiada, acha que é pobre demais, muito necessitado. Pobreza não é defeito! E tem dois tipos de pobre: o pobre e aquele que não tem coragem pra nada, o pobre de espírito. É preguiça falar que porque não tem asfalto, não vai adiantar tomar banho porque vai sujar os pés na terra ou que não vai limpar a casa porque logo já vai estar suja de novo. Mas, se deixar acumular, fica pior. Por isso, tem que limpar a casa todo dia!

Os caras estão desempregados porque querem. Teve neguinho que falava prá eu ir ver os armários deles como é que estavam, e que por isso não precisavam trabalhar. Tem um bocado de gente que não é chegada no trampo!

Tem muito desempregado, mas a maioria é acomodado. Tem muitos aqui que não tem coragem para trabalhar, nasceram sem coragem, acostumaram a ficar na base da cesta básica.

A cesta básica e a bolsa escola fazem as pessoas ficarem acomodadas. Tem gente que fala assim: “Não trabalho mesmo, não, pra que eu vou trabalhar? Ganho minha cesta básica todo mês!” Quase todo mundo aqui pega cesta: tem a cesta da SETAS que não vem todo mês; do Fórum que vem sempre mas é só para quem tem mais de cinco filhos; de vereadores e de pessoas ricas que não sabe quando vem e ainda as que dão no final do ano.

Mas mudaram o programa da SETAS e só estão dando cesta básica pra quem trabalha, porque viram que tem muita gente que não trabalha por preguiça.

Agora, eu que trabalho, ganho uma conta de luz de noventa reais por mês. O cara tem cesta básica, mora numa casa de dois cômodos, tem dois fios de luz. Quando muito gasta dez reais de água e energia. Se trabalhar um dia no mês, paga e pode ficar de bunda pra cima ou pra baixo o dia inteiro. E eu? Passam aqui, olham meu padrão e me jogam noventa reais de energia. Eu não aguento essa vida não!

A gente pensa que tem que ser um por todos e todos por um mas a maioria do povo daqui é ignorante, não entende e, qualquer coisinha que faltar, vai em cima do presidente. Se ele não puder [responder] vão achar que ele é obrigado. Vai dar confusão! E eles não aceitam palavra se não for do presidente. Se estiver só o vice, não vão querer saber, porque o que o vice vai resolver?

Quem faz graça pro bairro é um ou outro. Só que é como batata podre que não fede num saco – se não pegar o facão e cortar a metade do saco fora, apodrece tudo.

DSC sobre o poder público

IC. *O prefeito e os vereadores nunca mais apareceram. Pensam assim: aquele povo ali come na minha mão!*

O prefeito jogou a gente aqui, falou que fazia e acontecia e depois nunca mais apareceu aqui – nem ele, nem ninguém. Os vereadores não estão vindo porque não está perto de eleição nem nada pra tirar proveito dos bobos que ficam aqui. Porque aqui, se der uma cesta básica, o cara vale muita coisa.

A pessoa está aqui fragilizada, sem serviço, sem coisas pra comer. Chega uma pessoa com cesta básica na mão, o cara não vai falar que não quer. Até eu, que não estou sem serviço, digo que pode trazer. Aí o pessoal fala: “Aquele povo ali come na minha mão. Aquilo ali é tudo fragilizado, se eu levar uma cesta básica.

Antes cadastrava para receber cesta básica pelo “projeto cidadão por cidadão”. Preenchi uma ficha na SETAS, fizeram uma visita pra ver se eu precisava mesmo e eu

comecei a receber. Depois da época de eleição, acabou, não cadastraram mais na SETAS.

O prefeito falou numa reunião aqui, e tem testemunha, que se ganhasse as eleições esse ano iria quitar os terrenos, que ninguém mais precisaria pagar. Estou esperando!

Mas olha, se tivesse saído essa bendita cooperativa de moradores, já não tinha gente à toa aqui. Parece que na época as pessoas foram se afastando porque achavam que iam pegar o dinheiro, embolsar e não fazer nada.

DSC sobre as dificuldades e possibilidades de participação dos moradores para resolver os problemas do bairro e formar uma Associação

IC. *Aqui a maioria é desunida, desanimada acomodada e não quer agir. Já falamos de presidente aqui, tem que ser sério, educado, humilde e sincero, mas vai ser difícil alguém se candidatar. Enquanto isso, se não ficarmos falando aqui, o problema nunca vai ser conhecido.*

Não adianta vocês virem aqui e bater de porta em porta pra chamar fulano e sicrano pra ir à reunião. O povo daqui é desunido, só quer pra si, só pensa no lado dele.

É porque não tem amor, que une e faz com que uma pessoa que vê outra triste deseje chegar perto dela e conversar, alegrando sua alma. Se não tem amor, fica cada um dentro da sua toca, como se não tivesse mais ninguém em volta.

Tem gente que quer ajudar, não tem preguiça de correr atrás das coisas para o bairro, mas faz sozinha. Às vezes tem a pessoa que pensa em pegar essa coisa aí, outra ali e não trabalha junto. Se tem algo, não corre atrás e nem vem na reunião. A maioria das pessoas se acomoda em dois cômodos e não procura melhorar nada, não quer agir. O povo não se interessa em entender as coisas, discutir pra tentar melhorar o bairro, ninguém quer nada, ninguém vai, ninguém age!

Algumas vezes não vêm às reuniões por causa do horário ou porque são convidadas pessoas das quais elas têm raiva. Mas também tem muita gente que é descrente porque está calejada de tanto chegar gente na sua porta e só falar baboseira.

Vemos muita reunião pra fazer arenga, cochicho ou quando tem uma briga. Agora, se você falar que vai dar alguma coisa, pode ser bala pros meninos, num instantinho todo mundo vai.

Então, [a gente nunca se reuniu pra discutir os problemas do bairro] Nunca! A respeito de nada, nada, nada, nada. Isso eu falo porque eu tenho consciência disso.

No ano passado, falamos a respeito de arrumar presidente de bairro aqui. Comentávamos direto no boteco, mesmo sem beber. Chegamos a montar a chapa, mas aí um não queria ser presidente de bairro e o outro saltava de banda.

Agora, não vai ser fácil achar uma pessoa aqui que queira mexer com essa coisa de presidente de bairro. Nós vamos bater na reunião de quinta-feira o tempo que for, mas vai demorar. Tem que ter paciência pra lutar com Associação de Bairros e ainda paga muita coisa! Está tendo reuniões às quintas-feiras!

Existem dois lados aqui. Se o pessoal lá de cima se candidatar, qualquer um se candidata pra não deixar eles ganharem! Esse pessoal não serve porque fica questionando de fora, não entra na roda, não tem interesse de continuar com todo mundo. Eles prejudicam a reunião porque não participam e, quando vai às reuniões, pega o que é conveniente e sai conversando. E já saiu da boca deles que o presidente da associação teria que ser uma pessoa que não trabalha, pra ficar a disposição. Que absurdo!

O que precisa é que sejam moradores sérios, educados, humildes, que a gente conheça, que olhem as coisas, que sejam sinceros e não conversem demais. Que construam pra eles, mas para os outros também.

Não sei se adianta sem organizar a Associação de Bairros, a gente ficar discutindo dentista pra vir pra cá, botar uma cadeira e um consultório pra gente porque tem que ter alguém pra ir atrás disso.

Mas se não ficarmos falando a respeito da saúde aqui, cutucando, tipo uma goteira em cima de um torrão de terra ou beija-flor apagando incêndio na floresta, que vai pingando até derreter ali, nunca vão vir aqui, nunca o problema vai ser reconhecido. Tem saída, é difícil e cada um tem que fazer sua parte. E nesse meio tempo, como a saúde não espera, vai ficar todo mundo banguela ou morrer à míngua como aquele senhor.

Tema 5. Relações familiares

DSC sobre as relações entre gêneros

IC. *Essa menina não pode sair e perto de mim; mas se voltar pra mim deixo ela fazer uma catira.*

Saia sozinho, ia pro forró dançar com mulheres dos outros porque, na época, achava que era melhor que dançar com a minha. Quando pensei que um Ricardão poderia dançar com a minha aqui, resolvi parar com isso, ficar em casa e, se for sair, saio com a minha. Hoje, essa menina que fez com que eu parasse em Minas Gerais, não pode sair de perto de mim.

Acho que minha mulher está ótima duas vezes se você diz que, quando está bem, engorda. E, se voltar prá mim, deixo ela fazer uma catira mais a fulana que diz que dorme pouco, porque ela dorme muito.

DSC sobre as relações entre mãe e filhos

IC. *Antigamente era mais fácil pra criar os filhos, mas sofri muito para criar os meus. Hoje os meninos São terríveis. Mas não prometo o que não posso dar.*

Criança sente quando você promete alguma coisa e depois não cumpre, ela fica na expectativa, esperando, cobrando o tempo que for. E, se não vem, fica triste mesmo. Então, eu nem falo quando é assim.

Sofri muito para criar os seis filhos. As mulheres não, porque me ajudavam, mas o filho homem me deu muito trabalho, tanto que fiquei desorientada e larguei ele pra lá. Trabalhei e ele não deu valor; isso foi triste e me deixou doente, com problema de coração. Nunca deixei meus filhos na casa de ninguém, onde ia era com eles. Sofri mas dei conta do recado. Agora peço a Deus pra [minha filha] dar conta dos filhos dela que são seis também.

Antigamente, era mais fácil criar os filhos. Eu não tinha ninguém e criei os meninos com Deus e os amigos. Um filho protegia o outro, dava banho, levava pra escola, cuidava da

casa pra mãe, até trabalhava fora pra ajudar. Hoje eles não são responsáveis nem por eles mesmos, tem que pagar alguém para olhá-los. Se deixar sozinho dentro de casa, acontece tragédia. As crianças de hoje são terríveis.

DSC das relações entre pai e filhos

IC. *Tem coisa que é serviço da mulher, mas a carência de um pai faz a criança ficar deprimida.*

Nunca levei meus filhos no ponto [do ônibus da escola] e nem fui perguntar se estavam se comportando ou não porque isso deixo pra mulher, que é serviço dela mesmo. Mas acho que a carência de um pai faz alterar o sistema nervoso de uma criança e ela fica deprimida.

Tema 6. Avaliação do processo de pesquisa

DSC sobre o processo de pesquisa

IC. *Estamos proibidos de pensar mas a cada detalhe que um cita, tem um detalhe pra falar. Tem que levar os problemas lá embaixo. As reuniões possibilitam que a gente forme uma comunidade.*

Ela vai dar câimbra nos dedos! Estamos proibidos de pensar porque se pensarmos, ela escreve. Mas mesmo assim eu estava pensando aqui que, a cada fato que um cita, a gente vai observando que sempre tem um detalhe a mais pra falar a respeito.

Só que desanima se não tiver alguém, na minha opinião pode ser uma de vocês, pra levar os problemas para serem resolvidos. Vocês podem fazer isso!

É muito bom fazer essas reuniões porque junta as pessoas, é uma forma de nos entendermos uns aos outros e discutirmos os problemas. Precisa de união para formar uma comunidade e, conversando, a gente vai se entendendo.

Tem muita gente que poderia estar aqui mas, com tempo e trabalho, as pessoas vão formar uma roda bonita, vão vindo, gostando e voltando. As pessoas precisam de uma conversa amiga e vocês estão com amor na gente.

Quero ver onde isso vai parar, por isso venho e participo. Sei que depende da comunidade do residencial 2000 porque sem ela não adianta vocês irem. Quero que vocês voltem muitas vezes!

O DISCURSO DE MERCÚRIO

Tema 1. Porque foi para o bairro e avaliação do impacto da mudança sobre a vida

1. DSC da satisfação apesar das dificuldades

IC. *Vim porque não tenho escolha: é o lugar que consegui para amparar meus filhos! Por muito ruim, é melhor que a situação que estava.*

Na minha vida, o meu sonho era ter a minha casa. Quando eu descobri que ia ser aqui, vim mesmo assim porque eu não tenho escolha de ir para outro lugar. Tinha necessidade porque morava de aluguel, meu marido estava desempregado e estava sendo despejada. Bate gente na porta falando: “Sai da sua casa!” Eu já passei por isso. Vinha até debaixo da lona, eu não tinha aonde morar. Se eu tivesse uma situaçãozinha melhor, eu teria feito mais, construído mais. É o lugar que eu consegui para amparar os meus filhos!

Por muito ruim que seja, é melhor que a situação que a gente estava. Sabia que seria muito difícil, que não teria nada, que eu ia sofrer. Nas reuniões que a gente ia foi avisado que não ia ter as quatro coisas: asfalto, água, luz e esgoto. Eu nem pensava que eu ia ter aquela casa que eu moro e nem que nesse tempo já ia ter um postinho de saúde aqui. Então, pra mim foi uma boa coisa, um lugar maravilhoso de bom, graças a Deus!

3. DSC da insatisfação e da vontade de sumir

IC. *Minha vida virou um inferno! Tenho vontade de torrar esse trem e vazar!*

Achei que quando mudasse pra cá minha vida ia melhorar, mas só que ela ficou pior, virou um inferno, um pesadelo! Eu achei aqui um lugar horrível! Aqui tudo é difícil! Se eu achar outro lugar estou saindo daqui. Eu tenho é vontade de pegar esse asfalto e sumir, sumir! Vontade de torrar esse trem aí e vazar!

Tema 2. O problema da rodovia, da ponte e das escadinhas

IC. *O bairro precisa de uma passarela que aqui é muito perigoso: são duas escadinhas de terra, a ponte e duas rodovias para a gente atravessar e chegar do outro lado!*

Outra coisa que eu estou vendo que o bairro está precisando é de uma passarela. Eu estou achando isso aqui meio perigoso.

Pra sair do bairro tem que descer uma escadinha de um lado ou de outro. Quando chove, se não escorrega, atola. Podia por um “trem” pra facilitar, pelo menos para o pedestre. Já caiu um homem aqui, nem sei se escapou, o resgate veio levar. Outra já ia despencando lá de cima; sorte dela que já vinha vindo um motoqueiro e segurou ela - ela ia arrebentar a cabeça no asfalto ali. Na escada está faltando degrau, você já reparou? E ali na direção da escada tem uma freada de pneu de caminhão. Não sei se alguém hoje passou lá e viu, porque ontem eu passei e tinha.

É que depois da escadinha, tem que passar naquela ponte lá. E é o seguinte: ou passa um caminhão ou a gente. E quando a gente passa, tem que ser correndo.

Por último, [tem que atravessar a] 262 e a outra pista também. Tem menino daqui que sai daqui pra ir lá naquela quadra que tem ali perto do Maringá, vai sozinho na pista. Eu mesma fui atravessar a rodovia e ali na curva, se eu e a menina não nos jogássemos no mato! O carro fez a curva muito aberta!

Tema 3. Saúde

DSC sobre a saúde de hoje

IC. *Saúde hoje não está muito boa.*

Saúde hoje não está muito boa mais. Antigamente, as pessoas viviam 80, 100 anos. Hoje você vê uma pessoa de 40 anos e fala que está morrendo. É difícil você olhar para uma pessoa e falar: “Ela é muito sadia!” Parece que não tem nada, mas vai ver e no fundo tem: um está sentindo uma fraqueza, outro com dor no corpo, o corpo doendo sem saber o porque.

DSC sobre as relações entre saúde e trabalho

IC. *Ter saúde está em primeiro lugar, porque estando sadio você pode trabalhar. Meu sonho é um emprego de carteira assinada porque eu não quero depender de cesta básica.*

Ter saúde é importante, está em primeiro lugar de tudo, inclusive do dinheiro, porque sem a saúde a gente não faz nada. Estando sadio você pode trabalhar, conseguir seu dinheiro e comprar aquilo que você está precisando para sobreviver e manter os filhos.

Todo mundo tem suas necessidades e o núcleo é o emprego pra gente viver bem, mesmo que seja no pior lugar do mundo. Por isso, meu sonho é conseguir um emprego de carteira assinada, porque senão num dia tem e no outro não. Preciso desta solução pra ontem, pra não morrer de fome.

“Ah! A prefeitura vai dar cesta básica”. Mas não é isso que eu quero. E a hora que não tiver cesta básica, como é que faz? O emprego é firme, deu trinta dias vai lá e recebe de novo...

Uma pessoa na hora que vai deitar fica com a cabeça tranqüila se tem lugar pro filho estudar, creche, geladeira com o que comer... Eu ando com a minha cabeça! Tem dia que não tenho ânimo pra nada, nem pra tomar um banho! Pra viver bem de saúde, precisa de paz tanto de espírito quanto materialmente.

DSC sobre as relações entre saúde e lazer

IC. *Não dá pra ter saúde mental nem pensar em lazer com esse tanto de problema. Aqui não tem nada pro adolescente fazer. Tem é depressão aqui.*

De saúde estou bem, nada assim de corpo, de saúde física. Tem gente que quando sente alguma coisa pode ser psicológico e é seríssimo! Mas como pode ter uma saúde mental boa com esse tanto de problema? Como pode lembrar de ter tempo ou de cuidar da saúde mental? Como vai pensar no lazer, no passear?

Aqui não tem nada nem pro adolescente fazer! Fica o dia inteirinho dentro de casa, quando sai é pra ir à aula. Aqui é ruim demais! Se sai de casa, chega falando que apanhou. Então, prefiro trancar os meninos em casa direto. Fim de semana mando os meninos passarem fora daqui, nas casas das colegas. Fazer o que aqui? A gente só vê mato, só!

Aqui tem até depressão porque nesse lugar não tem nada pra fazer.

DSC sobre as relações entre saúde e alimentação

IC. *Alimentar-se bem é ter saúde, só que a maioria aqui tem criança e não tem emprego e a gente passa dificuldade de boca.*

Alimentar bem é ter saúde, mas a maioria das pessoas no residencial 2000 não se alimenta adequadamente. Quem tem um filho já tem muita dificuldade, imagina quem tem vários – três, quatro, cinco – como a maioria aqui.

Eu acho que o pobre não se alimenta igual devia ser. A gente pode dar arroz, feijão ou macarrão e precisa de arroz, feijão, carne, verdura, leite e pão. Tem menino aqui que, no dia que não tem leite, toma água doce e vai para a escola. Eu acho que é por isso que os filhos dos pobres pegam bastante doença. E aí, chega num ponto, com 30 anos, que fica uma pessoa muito doente – não se alimenta direito, trabalha demais, fica desanimado e nem gripe há meio de curar.

DSC sobre as relações entre saúde e higiene

IC. *A higiene protege a saúde da gente.*

A higiene protege a saúde da gente e a sujeira traz problema. Os postos de saúde dão muita orientação: lavar as verduras, lavar as mãos quando for ao banheiro, não vestir roupa molhada... Não pode também por as calcinhas pra secar no banheiro e, antes de usar, tem que passar o fundo pra não pegar doença.

Eu fico doidinha porque tenho medo de aparecer doença, enfermidade através do lixo. Falo assim: cuidado pra não pegar alguma coisa que está suja por aí.

DSC sobre as relações entre saúde e meio ambiente

IC. *Aqui tem dois problemas: poeira e barro; a poeira está provocando doença em todos. Aqui tem ratos, insetos e baratas e não adianta veneno porque aqui é sujo.*

Aqui você tem dois problemas nesse bairro: quando é sol aquela poeira e quando chove, e aquele barro, a gente fica ilhada dentro de casa. Mas pior é a poeira, que está provocando doença em todos, desde criança até a gente, fazendo todo mundo gripar, os pés rachando, trincado na pele, provocando alergia e coceira. Até o cabelo da gente fica duro de pó em dois dias!

Tem muita gente reclamando, querendo o asfalto por causa da poeira que está uma tristeza! Mas parece que vão asfaltar só esse pedaço aqui. A coisa tá feia!

Estou pensando: como que ainda tem que pagar o asfalto se tinha uma placa na entrada do conjunto que dizia que aqui era uma doação do governo, dois milhões e tanto?

Se não bastasse a poeira, o que você acha de filhote de rato não é brincadeira! Tem também insetos, baratas... Você joga veneno e quando passa três ou quatro dias, volta tudo de novo, porque aqui é sujo. Teria que limpar esse mato pra acabar com os bichos. Acho que a COHAGRA deveria exigir que o pessoal limpasse.

DSC sobre as relações entre saúde e crenças mágico-religiosas

IC. *Para ser sadio tem que pedir pra Deus.*

A pessoa, a primeira coisa que tem que pedir pra Deus, é a saúde. Tem muita doença que tem agora, igual dengue e AIDS que não tem vacina, nem remédio e nem tratamento.

E olha, graças a Deus, eu consegui melhorar minha vida pela igreja! Daí, também entreguei meus meninos pra Jesus curar. Tem os psicólogos da terra, nós não podemos desprezar. Mas tem que ser os dois, um ajuda o outro porque eu creio que Deus também pode ser o psicólogo da gente.

Tema 2. Acesso a segurança, transporte, creche, escola e serviços de saúde

DSC da falta de policiamento, de ônibus, de creche e escola

IC. *Aqui precisava de policiamento direto, antes do asfalto e da passarela. O ônibus anda vazio e eles não iriam ter do que reclamar se ele passasse no Hospital Escola e no posto da Carangola. A gente fica de pé e mão atada porque não tem creche; também não tem vaga em escola próxima.*

Aqui falta muita coisa: policiamento, ônibus, creche e escola perto para os meninos!

Não tem policiamento aqui de jeito nenhum! Policiamento só quando acontece algum crime, um assalto ou por causa de briga de família. A gente precisava de um plantão direto, antes do asfalto ou da passarela. Daqui uns tempos isso aqui vai estar igualzinho o Rio de Janeiro. Aqui é mais calmo, mas eu já levei carreira de dois homens, eram sete horas da noite, eu tampei a gritar, os vizinhos de lá vieram correndo e eles entraram no mato. Noutro dia tinha um moço com uma peixeira deste tamanho e ele fez questão de levantar a blusa e mostrar pra mim em pleno dia!!

E o ônibus? No começo, não tinha ônibus. Agora está melhorando mas realmente está difícil. Nós pelejamos com essa história de não ter ônibus em determinados horários. Tem

ônibus de meia em meia hora, mas eles falaram que iam colocar por três meses e se as pessoas não pegassem o hábito de andar de ônibus eles iam cortar. Sabe o que acontece? Aqui o ônibus vai e pega uma ou duas pessoas, ele vai e volta vazio. A maioria do povo que mora aqui não pega o coletivo para ir trabalhar, a gente anda de bicicleta ou a pé. Nós precisávamos, com urgência, de um ônibus que passasse pelo Carangola, descesse a Abílio Borges, passasse na porta do Hospital Escola e depois fosse para o centro. Ai teria mais passageiro e eles não iriam reclamar. Ah! O ônibus vem só até o meio do bairro, não vai até o final!

Não é só o ônibus! A hora que mudou pra cá pesou: a gente fica de pé e mão atada porque não tem creche. Como é que vou arrastar menino o dia inteiro caçando serviço? E, se arrumar serviço, onde vou colocá-lo?

Na escola mais próxima, não tinha conseguido vaga para o outro menino. Veio uma mulher de uma escola lá do outro bairro, pegou meu filho e, graças a Deus, também conseguiu ônibus da prefeitura. Só que eu penso: ir de ônibus até lá, no meio dos meninos grandes... E se acontecer alguma coisa no meio do caminho?

DSC sobre a falta de atendimento médico e odontológico

IC. Tem gente que não acha, mas eu prefiro posto de saúde e farmácia aqui porque a doença não tem hora de aparecer, sair à noite é difícil e a ambulância demora. O bairro é retirado e até hoje estou esperando uma dentista.

Tem umas pessoas que dizem que não precisa de postinho e nem de médico aqui porque preferem ir lá no Hospital Escola, mesmo tendo que caçar uma pessoas pra levar. O estudo dos médicos também é importante para a saúde e a gente agradece muito a eles e pede para que eles continuem estudando cada detalhe lá no Hospital Escola.

Mas eu prefiro médico e postinho aqui porque quando está próximo da gente pode facilitar o serviço, não precisa ficar caçando. Depois que veio atendimento para cá, só vou ao Hospital Escola em caso de urgência, pronto socorro ou para fazer exames. Melhorou demais! Os meninos não adoecem mais, nem gripe eles estão tendo e eles gripavam direto!

Agora, a doença não tem hora para aparecer. A gripe ta demais, a maioria das crianças tem bronquite e as que não tinham têm agora; também tem as crianças desnutridas.

Eu rezo todos os dias pra esse menino não adoecer e dar febre porque ele já teve convulsão duas vezes.

Por isso falo que a gente precisa de médico todos os dias, nem que seja meio dia, um clínico geral e um pediatra. Tem que ter farmácia e posto de saúde adequado, porque se acontecer de adoecer fora da terça-feira, ta ferrado! E assim mesmo, vim na terça-feira passada, era umas três e meia e o médico já tinha ido embora.

Tem outro negócio também, se você liga para o 192 pedindo uma ambulância, tem que mentir pra ela vir. Tem hora que dá até vontade de xingar a moça! Às vezes fica calada, desliga o telefone na cara da gente... Demora, acaba vindo, mas eles gostam de fazer a gente de otário, sabe?

E pra você conseguir falar no Cidade Viva é um milagre! Mas quando levo minha filha pra consultar no Hospital Escola, sempre arrisco o Cidade Viva pra voltar. Sempre deu certo, mas uma hora que não der sorte, tenho que vir a pé!

Só que, outro dia, eu fiquei com vergonha de dizer pro médico que foi lá em casa e passou uma dieta pro meu menino que, meus filhos quando tem pão comem, quando tem carne, comem. Mas não é todo dia que tem as coisas para eles comerem e eu fiquei sem graça de dizer pra ele: não tenho! Mas também, quando a gente vai no médico, ele passa um remédio caro e eu fico sem dar ou falo pra ele e ele diminui a dose e eu ainda controlo bastante. Não adianta só consultar e não ter o remédio, porque aqui nós não temos condição de comprar.

O bairro é retirado da cidade e sair à noite para tratar de dentes ou para consultar no bairro vizinho é difícil por causa da iluminação e das rodovias. Dava até para ir de bicicleta, mas eu não tenho coragem de arriscar.

Até hoje estou esperando uma dentista que disse que tava rondando por aqui. Minha obturação caiu, estou com a gengiva todinha inflamada. Sair nesse sol quente aqui e parar lá longe, periga o dente cair mas não vou.

Os outros bairros têm mais acesso e aí eu pergunto: eles já vieram aqui para ver o tamanho que está o bairro agora? Tem mais de trezentas famílias. E é por isso que só procuro o serviço quando estou doente.

Tema 5. Participação

DSC sobre a solidariedade

IC. *Aqui no bairro tem ajuda dos amigos daqui e lá de baixo, do projeto João de Barro, do centro espírita, apesar de ter gente que acha que aqui não tem solidariedade.*

A (...) ficou com dó de mim e, como sobrou tijolo de uma casa, ela conversou com eles [de um centro espírita] e eles me deram. O projeto João de Barro também ajudou. Tem também um senhor que nem mora aqui e faz caridade pro povo: se a pessoa não tiver ele arruma o vaso, os canos a pia e deixa toda a parte de encanamento prontinha!

Quando as coisas acabam, não fico esperando não. Vou quebrando o galho indo nos amigos aqui ou lá embaixo. Na família mais humilde daqui já encontrei ajuda!

Aqui muito poucos são unidos, não tem solidariedade! Eu nem me movimento aqui no bairro, fico dentro de casa e não vou na casa de ninguém. Acho que todos os moradores precisam e quando vem uma pessoa aqui fazer doação, tem gente do bairro que vai ajudar a distribuição e escolhe prá quem vão ser dadas as coisas. Eu pegava as coisas aqui e não pego mais porque se você pega falam que você não precisa. Por isso que eu falo que aqui não tem união!

Acho bom fazer amizade, mas ajuda de um pelo outro aqui não tem. Quando precisei, não achei um pra me ajudar. Ninguém vende fiado. E aqui, se você ajuda, ainda é maltratado, fica falado e eu falei pra mim mesma: não ajudo mais ninguém!

Mas também, ninguém tem condição de ajudar. A situação que todo mundo vive é apertada, tem gente que vive em pior situação, não tem nada pra comer.

DSC sobre a discriminação e o preconceito

IC. *Morro de vergonha, a gente é humilhado, não pode falar que mora aqui nem o projeto do cidadão vem aqui.*

Quando entrei no ônibus, morri de vergonha! Outros, que são do outro bairro, ficaram passando a mão [no assento] e falando pra nós: “O prefeito tem que dar um jeito de asfaltar aquele bairro, a gente se suja aqui!” Eles olham a gente com pouco caso, com abuso;

humilham a gente, desdenham do bairro. E são pessoas iguais à gente, que estavam num conjunto como o nosso no começo. Parece que nunca passaram por dificuldade na vida! Xingam a gente de fedido, de sujo, que aqui é tudo porcada, como se nós tivéssemos culpa da poeira que tem aqui. Acham que são melhores que a gente! Discriminação! As pessoas não podem falar que moram no 2000 porque senão não conseguem emprego!

Sabe que nem aquele projeto do cidadão, que reúne as pessoas para tirar documentos, cortar cabelo, fazer brincadeiras, nunca veio até aqui? E a gente precisa também disso. Eu não entendo, sabe!

Muitas pessoas aqui com o vendaval perderam telhado, caiu casa... Se alguém morresse iam tomar providência? Não! Porque é pobre e pobre foi feito pra pisar!

DSC sobre as relações com o poder público

IC. *Se aqui for a menina dos olhos do prefeito, então ele é cego! Cansei de procurá-lo, mas na época de política talvez isso mude. Vereador depende do prefeito. Ninguém se organiza pra falar com o prefeito por medo. Não vou votar em ninguém! Não acredito na COHAGRA e a SETAS diz que não pode ajudar.*

Se aqui for as meninas dos olhos do prefeito, ele é cego, porque os olhos são as melhores coisas da vida da gente! Primeiro ele falou que ele queria entregar esse bairro com toda infra-estrutura, até que começaram as invasões porque o povo não tava agüentando pagar aluguel. Depois, na campanha, prometeu novamente que, em fevereiro, assim que ganhasse, ia colocar asfalto. Até ontem, nem satisfação! O povo não é bobo, né? Isso aqui é coisa de campanha, vai sair daqui a cinco anos esse asfalto!

Na época da política isso daqui talvez mude, porque eles só lembram de pobre nessa época. São interesseiros e falam de nós porque pedimos isso ou aquilo pra sicrano. Político usa o pobre. Na época de campanha vêm pedir votos, mandam cartas de aniversário, dão muitas cestas básicas, inauguram obras, fazem promessas pra agradar e ganhar uns votinhos! A gente ainda fica indignada quando um que precisa não recebe terreno, material de construção, bolsa escola porque aqui só ajudam quem tem amizade, quem eles topam com a cara.

Na hora que ganham, metem o pé na bunda da gente, não dão mais merda nenhuma! Ninguém veio aqui depois das eleições, a não ser um vereador que veio um dia. O prefeito

tinha que passar pelo menos uma semana aqui. E será que o presidente comeria aqui um prato de feijão que eu desse?

Quer dizer, na política nós temos força, nós subimos. Depois temos que ficar quietos embaixo, sofrendo; sofrendo e votando neles de novo, porque pobre é idiota, não enxerga. Pisam na gente, a gente vai lá e vota. Mas político é tudo igual, depois que entra pega pra roubar! Não vou votar em ninguém! Sabe o que devemos fazer quando tiver eleição? Não votar em ninguém!

Muita gente fala: ah! Porcaria de vereador e aí eles tomam raiva do lugar e fica pior. Se os vereadores adotassem o residencial 2000, levassem os problemas daqui e juntassem em cima do prefeito, talvez ele fizesse alguma coisa. Porque vereador não pode fazer nada, se o prefeito não quiser, ele não faz nada, não dá nem resposta! O doutor podia ter candidatado a vereador, né? Já tocamos no assunto de vereador mas umas pessoas falaram que aqui não podia ter candidato porque era zona rural. Agora não é mais, mas penso que a gente não vai conseguir fazer vereador.

Trouxe um vereador pra resolver o problema dos estudantes. Ele marcou de vir, passou da hora, liguei pra ele e ele tava numa reunião e prometeu vir na segunda. O povo já saiu... Na segunda, vieram três pais. Ele falou que a van já estava arrumada, só que o prefeito ta viajando e o secretário tem que conversar com ele. Cansei de ir lá procurar o prefeito, não consigo falar com ele, a não ser se ficar esperando ele lá na porta ou marcar uma audiência. Você chega lá, o prefeito ta viajando.

Aqui todo mundo mete o pau no prefeito, ta todo mundo revoltado mas eles têm medo do homem e ninguém se organiza, faz uns cartazes para ir lá [falar com ele]. Tem gente que fala que tem que ter paciência, que o prefeito não tem só a gente, só esse conjunto pra olhar, tem a cidade inteira e a gente entende isso. Mas tem gente que não pode falar do prefeito porque é doidinha com ele porque ganhou lote através dele.

E outra: eu não acredito nada no povo da COHAGRA, no que eles podem fazer aqui. E nem na SETAS. Nós vamos na Ação Social e eles falam que não tem verba, que não podem arrumar nada, nem remédio, nem óculos e nem o leite. Não adianta ir lá. E sabe por que ninguém vem nas reuniões da SETAS aqui? Porque eles falaram que não poderia ajudar, que não moravam aqui e nós que tínhamos que nos organizarmos para resolver os problemas.

Falaram que o que queria dizer era pra gente fazer uma associação de bairro, pra gente se reunir, discutir os problemas e levar lá embaixo. Quem mora aqui é que deve se

interessar pelo bem-estar da comunidade, o interesse maior é nosso. O papel da SETAS seria o de promover as reuniões para aproximar as pessoas. Não moram aqui mas querem ver a gente bem, estão tentando ajudar, estendendo a mão, puxando. Mas acho que não deveriam ter falado assim não! A gente já estava amolada, recebe uma resposta dessa, desanima! Devia falar que pelo menos ia tentar ajudar a gente. Por que faz reunião aqui, então?

DSC sobre as dificuldades e possibilidades de participação dos moradores para resolver os problemas do bairro e formar uma Associação

IC. *Parece que pobre não tem vez e a gente vai ter que esperar o dia da justiça. Mas somos seres humanos e temos os mesmos direitos que todos. Não nos reunimos ou porque não somos avisados ou porque não queremos ir. Já fizemos reuniões para associação de moradores e a possibilidade é eleger um presidente, homem ou mulher, mas competente, que tenha garra. Enquanto isso, tem que arrumar uma comissão pra reivindicar o que a gente precisa pro bairro. Não podemos desanimar!*

Tem a justiça divina e a da terra, mas parece que pobre não tem vez! A gente vai ter que esperar o dia da justiça, porque diante desta injustiça a gente não pode fazer nada! A gente não ta enfrentando nada, só sofrendo. Vai passando, sobrevivendo, que aqui a gente não vive, tá é sofrendo mais que tudo. A gente não tem jeito de fazer mais nada! A injustiça acontece por falta de humanidade, de união e por não ter voz ativa. Não resolve nada a gente ficar falando dela.

A gente é pequeno mas somos seres humanos e temos os mesmos direitos que todos têm. Então, eu acho que deveria ter aqui, que é bairro da prefeitura, o mesmo que tem em outros conjuntos: colégio, igreja, luz, água, asfalto, médico, dentista, remédio, tudo! Agora a gente ta precisando muito mais de pessoas que possam fazer alguma coisa.

Não nos reunimos para enfrentar os problemas. Quando tem uma reunião com o pessoal da Ação Social vem só cinco ou seis pessoas, mesmo que seja colocado um assunto que é do interesse de todos. Muitas vezes não participam porque dizem que não são

avisadas e não ficam sabendo das coisas que acontecem no bairro. Só que a maioria do povo aqui sabe e não vem porque não querem e se fazem de desapercebidos. Acho que é por falta de união!

Tem gente que não participa porque não entende o que acontece na reunião, as brincadeiras os rodeios. Querem que vá direto ao assunto, que se resolva logo algum problema. Acho isso falta de compreensão! Outros não participam porque estão desanimados. Pensam que todo mundo sabe o problema do residencial 2000 e entre semana, sai semana e isso aqui está do mesmo jeito! Tem ainda os que chegam cansados do serviço e querem mais é descansar.

Tem aqueles que falam que não participam porque o pouco que se fala é aumentado; que, se fala alguma coisa que desagrade alguém, sai comentário, fica todo mundo cercando. E tem gente que não quer fazer as coisas que todos acordaram porque lá na COHAGRA vão achar ruim. Agora, se for pra ganhar alguma coisa, todo mundo vem!

Nós já fizemos três reuniões de associação de moradores, escrevemos um bocado de coisas num livro que continua guardado, fizemos abaixo-assinado pra tudo quanto há nesse residencial: asfalto, escola, posto de saúde, posto policial, passarela... Daí vieram falar que era pra gente não tocar a frente as reuniões, porque a gente não daria conta de organizar e quem iria organizar seria a COHAGRA junto com a SETAS. Eu sou tão decepcionada, não adiantou nada!

Mas ainda acho que a possibilidade é eleger um presidente de bairro, com um comandante formando uma chapa que vai trabalhar com todo mundo aqui no bairro. Não adianta ir na COHAGRA ou na prefeitura resolver problemas se não tem associação de moradores. Pra isso tem que ter não só uma mas várias reuniões para aproximar as pessoas e irmos conhecendo as idéias. Cada um chama dois vizinhos, fazemos reuniões e, mesmo que distorçam e falem, temos que continuar batalhando. Vamos discutindo quem vai concorrer à chapa, que será eleita por nós, através de voto. Temos que por pessoa séria, que se preocupe com todos do bairro, que ajude pessoas em dificuldade e não um que se preocupe só com meia dúzia ou só com seus problemas.

Eu acho também que não pode ser uma presidenta mulher, tem que ser um homem (...) Eu acho que um homem se impõe mais. Um homem tem medo de outro homem; não vai ter medo de uma mulher. Assim, mesmo assim, não vai ter mais respeito. O, aqui vira conversa, um ti-ti-ti, uma briga com uma, outra grita com a outra, um fala umas coisas, outro

fala outra... Sabe, aqui e assim.... Todas mulheres reclamam da poeira, todas mulheres metem pau no prefeito mas, na hora que fala assim: 'Vamos lá embaixo?' Todas tiram o corpo. Os homens são mais organizados. Até na reunião deles aqui de futebol aí, o, eles são muito mais organizados do que as mulheres!

Mas acho que tanto o homem quanto a mulher têm competências, capacidades iguais para ser um presidente de bairro, desde que tenha determinação, garra, força de vontade de resolver os problemas e vá se preocupar com todo mundo que mora aqui e não ver só o amigo; perguntar antes de fazer uma doação, ver os armários como é que estão.

Às vezes penso que mesmo se fizerem mil reuniões, não vão conseguir eleger candidato aqui [associação de moradores] porque ninguém confia em ninguém!

Mas tinha que arrumar um grupo de pessoas com garra para reivindicar o que a gente precisa para o nosso conjunto, uma comissão. Não adianta só cruzar os braços e criticar, tem que levar o problema lá na câmara, com abaixo-assinado reivindicando pro nosso conjunto aquilo que a gente tá precisando. As pessoas quando querem não tiram até presidente?

A gente não pode desanimar, temos que lutar por nossos ideais. Sonho que esse bairro vai ser melhor do que é, vai crescer. Temos que dar em cima e não ficar só esperando. Ir todo mundo junto, puxando a corda para um só lado, cercando o prefeito, indo ao rádio e colocando a boca no trombone, chamando a TV e mostrando a situação em que estamos, organizando a associação de moradores. Só o que eu quero é ir desabafar lá embaixo no rádio. No dia que eu tiver condições de pegar um ônibus eu vou!

Estou pensando: tem gente aqui que não deu conta de pagar o terreno porque está desempregada, tem criança pequena. Eles tinham que entender e deixar morar. Vieram numas casas e falaram que as pessoas que não estão pagando o terreno em dia têm que descer na COHAGRA pra falar o motivo de não estar pagando, acertar ou entrar em acordo com eles. Estou esperando pra ver se eles vêm na minha casa. Agora, como vão obrigar a gente a pagar o terreno se não estamos tendo o que comer? Se tem gente que consegue terreno numa noite pra outra e vende no outro dia? O negócio é o seguinte: é ficar todo mundo unido e ninguém pagar porque está difícil pra todo mundo. A união faz a força!

Tema 6. Relações familiares

DSC sobre as relações entre gêneros

IC. *Estou aqui por causa do meu esposo*

Eu não queria ficar aqui. Estou aqui por causa do meu esposo. Se ele quisesse, não precisava estar trabalhando naquilo não porque ele tem estudo. Mas não adianta eu falar!

DSC sobre a criação de filhos

IC. *Aqui não é bom pra criar menino, daqui uns tempos, vira ponto de droga.*

Aqui não é bom pra criar menino, criança ou adolescente. Não sei o que tem de ruim aqui que os meninos ficam agressivos e respondões dentro de casa, passam a não obedecer mais, a ficar dia e noite na casa dos outros. Precisei mandar meu filho pra outro bairro pra tirar ele dessa situação.

Graças a Deus, eu não sei o que é droga, não conheço isso. Mas o cheiro é diferente, eu não sabia se aquilo era cigarro ou o que era; meu menino disse que era cheiro de vela e eu disse que não, porque vela eu conheço. Quando eu passei lá de noite, cheguei a ficar tonta com eles tudo fumando droga no beco, passei até mal. Agora, se o povo ta começando a fumar trem lá dentro, é um perigo e pode se tornar um caso sério: daqui uns tempos, vira ponto de droga. Às vezes, nove e meia aqui não tem mais movimento, o bairro fica em silêncio, cada um dentro de casa e aí a tendência é aumentar, os que não estão dentro da droga vão acabar entrando. A COHAGRA não trata desta questão não!

Tema 7. O processo de pesquisa

DSC sobre o processo de pesquisa

IC. *Vale a pena: se não resolver alguma coisa, pelo menos alegre estou ficando; mas vocês podiam levar as fitas pro prefeito; vai ficar só na conversa ou vocês vão ajudar a gente a solucionar os problemas?*

Vocês podiam levar as fitas pro prefeito. Vocês estão lá perto, têm mais condições de estar lá dentro pedindo ajuda pra gente, pro prefeito ou alguém que se interesse em ver a insatisfação da gente, o que a gente tá vivendo aqui!

Acho que vale a pena. A gente pelo menos reclama, desabafa, solta os cachorros, tira um pouco do peso que a gente tem por dentro. Serve também pra distrair, pra esquecer um pouquinho a luta do dia a dia.

Só de estar orientando e da gente estar desabafando já está ajudando mas, essas reuniões vão ficar só na conversa ou vocês vão ajudar a gente a solucionar os problemas? Já estou cansada e com raiva de receber gente na minha casa! Fizeram um bocado de pesquisa e nós aqui até hoje, comendo poeira, os meninos todos doentes!

Se não resolver alguma coisa, pelo menos alegre estou ficando. Está sendo uma terapia, o astral está melhorando, estou ficando mais otimista! Quero a paz e a união desse conjunto porque unidos nós chegaremos lá, vamos conseguir as coisas!

DSC sobre uma proposta de ação do grupo

IC. *Cada pessoa poderia fazer e ensinar para as outras aquilo que sabe. Vamos fazer em grupo um bazar para vender, ter um certo lucro. Vamos falar com todos, homem ou mulher só não pode começar e largar no meio do caminho. Pedir apoio pra SETAS, pesquisar onde sai mais barato, ver se alguém doa material. Sem Deus não adianta: ele é o professor e cada um tem que ter boa vontade.*

Eu acho que cada um aqui sabe fazer alguma coisa: bordado, bijuteria, salgado, trabalho com cerâmica, pintura de panos de prato. Outro dia, vi na televisão aquele artesanato com jornal. Mesmo quem diz que não sabe fazer nada pode ajudar o outro a fazer.

Mas tem é que tentar, porque tentando é que vamos ver se vai pra frente. Cada pessoa poderia fazer e ensinar para as outras aquilo que sabe. Mas não adianta aprender algo se não tiver material pra trabalhar depois. Eu sei costurar, mas o gasto é muito e eu não tenho máquina por isso não posso ensinar. Depois de feitos os trabalhos, montaríamos, em grupo um bazar, onde eles seriam vendidos e o dinheiro repassado. Vamos fazer e fazer bem caprichado para vender, ter um certo lucro. Não é para guardar em casa, hein?

Para convidarmos as pessoas para participarem, poderíamos fazer cartazes, ir nas casas e pesquisar quem quer entrar, falando com todos, homem ou mulher. Ao chamar a pessoa para montar um negócio desse, diríamos que ela não pode roer a corda, começar e largar no meio do caminho, se não, não adianta.

A gente tinha que saber primeiro se a SETAS nos dá os cursos. Nessa hora entraria a SETAS porque ela só apoia quem faz curso lá. E a SETAS poderia depois fazer nosso cadastro e arrumar um lugar pra gente vender lá na praça Jorge Frange. A maioria das pessoas aqui não tem condições de comprar material pra começar a fazer. Seria necessário pesquisar onde sai mais barato, ver se alguém doa ou se a SETAS pode ajudar nisso também. E, olha, sem aquele professor lá de cima, sem Deus não adianta. O professor é Deus e cada um tem que ter boa vontade.

Achei ótima a reunião porque deu muitas informações e idéias pra gente. Agora temos que nos unir e continuar firmes pra ver se vai dar certo o grupo de trabalho do 2000. Tenho certeza que desta reunião vão sair bons frutos. As reuniões devem continuar porque agora estamos tomando consciência de pra que elas servem e dos objetivos que queremos atingir. Lutando juntos, devagarinho, chegaremos lá.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACÚRCIO, F. A.; SANTOS, M. A. ; FERREIRA, S. M. G. A aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In MENDES, E.V. (org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo, Hucitec, 1998.

BAREMBLITT, G. Sociedades e Instituições. In: _____. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 4 ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1998, p. 27-39.

BRANDÃO, C.R. (org.) **Pesquisa Participante**. 5 ed. São Paulo, Brasiliense, 1985.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

_____ Leis etc. Lei 8080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

_____ Leis etc. Lei 8142 de 28/12/1990. Emite disposições referentes à participação comunitária nas atividades do Sistema Único de Saúde (SUS) e à transferência intergovernamental de recursos financeiros na área da saúde. Cria a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, e se refere aos recursos do Fundo Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

_____ Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa.** Brasília, setembro de 1994. 18 p.

_____ Leis etc. Portaria 1886 de 18/12/1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 dez. 1997. p. 12.

_____ Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1998, p. 19

BREILH,J.; GRANDA, E. Produção e distribuição da saúde-doença como fato coletivo. In: _____. **Saúde na sociedade.** São Paulo, Inst. Saúde São Paulo/ ABRASCO, 1986, p. 35-52.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** 2 ed. São Paulo, Hucitec,1997a , p. 29-87.

_____ **Reforma da reforma: repensando a saúde.** 2 ed. São Paulo, Hucitec,1997b.

_____ Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In MEHRY,E.; ONOCKO, R.(org.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo, Hucitec,1997c.

_____ **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo, Hucitec, 2000.

CARDOZO, E.E. **Grupos focais e técnicas afins**. Ribeirão Preto, 1999.
[Mimeografado]

CHAUI, M. **Conformismo e resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. 2 ed. São Paulo, Brasiliense, 1987.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo, Cortez, 1991.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1987, Brasília. Anais. Brasília : Ministério da Saúde, 1987. 429 p.

DEMO, P. **Combate à pobreza**: desenvolvimento como oportunidade. Campinas, Autores Associados, 1996.

_____. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 4 ed. São Paulo, Cortez, 1999.

DI VILLAROSA, F. N. **A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário**: manual de instruções. Brasília, OPS/Cooperação Italiana em Saúde, 1993.

FONSECA, R. M. G. S. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. In **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 2, p.3-32, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em : < <http://www.datasus.gov.br> > . Acesso em: 11/11/1999.

GENRO, T.; SOUZA, U. **Orçamento participativo**: a experiência de Porto Alegre. 3 ed. São Paulo, Ed. Fundação Perseu Abramo, 1999.

- GOMES, J. V. Família: cotidiano e luta pela sobrevivência. In: CARVALHO, M.C.B.(org.) **A família contemporânea em debate**. 3 ed. São Paulo, EDUC, 2000. p. 61-71.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.(org.) **Pesquisa Social** . São Paulo, HUCITEC, 1994. p. 67-80.
- GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, CEFOR, 1992.
- HAGUETE, T. M. F. Pesquisa-ação e pesquisa participante. In: _____ **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3 ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992. cap. 11, p. 109-170.
- HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. O acesso e a descentralização na análise de sistemas de saúde. **Saúde em Debate**, v. 24, n. 56, p. 57-66, 2000.
- KADT, E.; TASCA, R. **Promovendo a equidade**: um novo enfoque com base no setor saúde. São Paulo/Salvador, Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1993.
- LAURELL, A.C A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D.(org.) **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983. p. 133-158.
- LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. Trad. Amélia Cohn, Ana Pitta-Hoisel, Ana Isabel Paraguay, Lucia Helena Barbosa. São Paulo, Hucitec, 1989.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE A. M. C.; TEIXEIRA V. J. J. T. **O Discurso do Sujeito Coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul, EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **A fala do social II**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>> . Acesso em: 25/6/2000a.

_____ **DSC passo a passo**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>> . Acesso em: 25/6/2000b.

_____ **Discurso do Sujeito Coletivo**: breve apresentação da proposta. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>> Acesso em: 25/6/2000c.

_____ **O processo de desparticularização dos discursos e o resgate do sujeito social**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/~flefevre>> . Acesso em: 25/6/2000d.

MAGALHÃES, R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. **Cadernos de Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>> . Acesso em: 01/09/2001.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Fundação Altadir/ILPES, 1987.

MERHY, E. E. Planejamento ascendente: será que os municípios têm algo a dizer sobre isto para a montagem do SUS? **Saúde em Debate**, n. 39, p. 42-7, 1993.

_____ Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.) **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1995.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde in MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 113-149.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial em defesa da vida. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-9, 1991.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Metodologia de Pesquisa Social Qualitativa em Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993.

_____. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. In **Cadernos de Saúde Pública**, v. 4, n. 4, p. 363 - 381, 1988.

MONTALI, L. Família e trabalho na reestruturação produtiva: ausência de políticas de emprego e deterioração das condições de vida. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 02/09/2001.

MORAIS, R. **O que é violência urbana**. São Paulo, Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania: a obsessão com a saúde. In VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo, Hucitec, 2001.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Orientaciones estratégicas y programáticas** – 1999-2002. Disponível em: < <http://www.paho.org/>> . Acesso em: 25/03/2000.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Programacion de la salud**: problemas conceptuales e metodológicos. Washington, Cendes-Venezuela, 1965. (Publicacion cientifica de la Opas, n.111).

_____ **Desarrollo e fortalecimiento de los sistemas locales de salud**. Washington, 1989.

PALHA, P. F. **Vivências do cotidiano**: a promoção da saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério - Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, 2001, 264 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. In VALLA, V.V. (org). **Saúde e educação**. Rio de Janeiro, DP&A, 2000. p. 61-85. (Coleção O Sentido da Escola).

RIVERA, F. J. U. (org.) **Planejamento e programação em saúde**: um enfoque estratégico. São Paulo, Cortez, 1989.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M.C.B. (org.) **A família contemporânea em debate**. 3 ed. São Paulo, EDUC, 2000. p. 73-88.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-80. 2 ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1995.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo, Nobel, 1996.

SILVA E SILVA, M. O. S. **Refletindo a pesquisa participante**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1991.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v.53, n.especial, p. 17-24, 2000.

SOUZA, H.; RODRIGUES, C. **Ética e cidadania**. São Paulo, Moderna, 1994. (Coleção Polêmica).

TELLES, V.S. Direitos sociais: afinal do que se trata? In: _____ **Direitos sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte, Editora UFMG, 1999. p. 169-194.

TESTA, M. **Planificação estratégica no setor saúde**. CENDES/UCV, 1981. Trad. Elizabeth Artmann. In RIVERA, F. J. U. (org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo, Cortez, 1989.

_____ **Pensar em saúde**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

_____ **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1995.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 3 ed. São Paulo, Cortez, 1986.

UBERABA. Secretaria Municipal do Trabalho, da Assistência Social, da Criança e do Adolescente. **Projeto Social Lotes Urbanizados Residencial 2000** - Uberaba/MG. Uberaba, 1997. /Mimeografado/

_____. Secretaria de Saúde. **Justificativa para implantação de equipes do PSF**, março, 2001. /Mimeografado/

_____. PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Uberaba em Dados**. Uberaba, 2000. Disponível em < <http://www.uberaba.mg.gov.br> > Acesso em: 18 out. 2000.

VALLA, V. V. Educação, saúde e cidadania. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 1, p. 30-40, 1992.

_____. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998.

_____. Procurando compreender a fala das classes populares. In: _____. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro, DP&A, 2000a. p. 7-32. (Coleção O Sentido da Escola).

_____. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.scielo.org>> Acesso em: 29/12/2000b.

_____. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência das classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (org.) **A saúde nas palavras e nos gestos** : reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo, Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo, Hucitec, 1999a.

_____. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em debate**, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999b.

ZIONI, F. **Pesquisa participante**: relato e avaliação de uma experiência. São Paulo, 1994. 194p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Health diagnosis as a tool of Family Health Program – possibility of building collective spaces for subjects constitution?

SUMMARY

In this qualitative study, we intended to identify tools that can be used to improve the primary attention work, focusing the diagnosis in health. The study was carried out in the Residencial 2000, a suburban district in Uberaba, with the contribution of the Family Health Program (FHP) professionals of the area. The objectives were: analyze the health diagnosis construction in FHP, as a tool to improve the community participation in discussing and suggesting solutions to cope health problems; identify and analyze the understanding of the Residencial 2000 population about the health-disease process, the health problems and the interventions proposed in the discussion groups; make discussions possible, with enhanced expression and problematizing of the contradictions present in this population reality, based upon the population report of their reality and the changing possibilities. The participation research principles were considered in the whole process. Documentary fonts and interviews with the key informers contributed to give a closer look at the field and deepen the knowledge about the area. Two discussion groups were constituted with 23 participating subjects of the district. The discussions of the seven meetings were registered, and then organized based on the Collective Subject Discourse methodology, that intends to understand the social speech through the individual reports. The produced speech was submitted to Thematic Analysis and five themes were identified: health-disease process: how is health and how the disease starts in Residencial

2000; communitary services: the difficulties of access and consume; participation: a possible way; relationships: the family in scene; research process: finding a way to improve quality of life. Matching these five themes showed that the population has a knowledge about the health-disease process beyond the physical body, and identifies ways to cope with the problems. Thus, we believe that FHP can make possible the subjects' organization, although problems and difficulties exist to this strategy.

Keywords: diagnosis of health situation; family health; collective health; consumer participation

Diagnostico en salud como una herramienta de lo Programa de Salud de la Familia – posibilidad de formarse espacios colectivos para constitucion de sujetos?

RESUMEN

Con esta investigación de abordaje cualitativo buscamos identificar herramientas que potencialicen el trabajo en atención primaria, enfocando el diagnóstico en salud. Este estudio fue realizado en el Residencial 2000, barrio periférico del município de Uberaba, y contó con la participación de profesionales de un equipo que actua en el Programa de Salud de la Familia (PSF) en el área. Tuvimos por objetivos: analizar la construcción del diagnóstico en salud en el PSF, como una herramienta con potencial para generar mayor participación de la comunidad en relación a la discusión y elaboración de propuestas para enfrentamiento de los problemas de salud; identificar y analizar la comprensión de la población del Residencial 2000 acerca del proceso salud-enfermedad, los problemas de salud y las intervenciones propuestas en los grupos de discusión; viabilizar espacio de discusión que posibilitara expresión amplia y problematización de las contradicciones presentes en la realidad de esta población, a partir de la manifestación acerca de su realidad y posibilidades de transformación. Consideramos los principios de la investigación participante en todo el proceso. Fuentes documentales y entrevistas con informantes-clave fueron utilizados para aproximación al campo y profundización de nuestro conocimiento al respecto de la área. Fueron constituidos dos grupos de

discusión totalizando 23 sujetos participantes, moradores del barrio. Las declaraciones de los siete encuentros fueron registradas y, posteriormente, organizadas conforme metodología del Discurso del Sujeto Colectivo, que busca rescatar el discurso del grupo social a partir de los discursos individuales. El discurso producido fue sometido a Análisis Temática, e identificamos cinco temas: proceso salud-enfermedad: como se encuentra la salud y por qué surge la enfermedad en el Residencial 2000; servicios colectivos: la dificultad de acceso y de consumo; participación: un camino posible; espacio de relaciones: escenario la familia; proceso de investigación: ejercicio de un espacio con potencial para andar la vida mejor. La articulación de estos cinco temas apuntaron que la población elaboran un saber sobre salud-enfermedad ampliado más allá del recorte de atención al cuerpo físico, identificando caminos para enfrentamiento de sus problemas. Así, consideramos que en el PSF pueden formarse espacios que posibiliten la constitución de sujetos, a pesar de las dificultades colocadas para el ejercicio de esta estrategia.

Palabras clave: Diagnostico de la situación en salud, salud de la familia, salud colectiva, participacion comunitaria.