

CÉLIA MARIA SIVALLI CAMPOS

Necessidades de saúde pela voz da
sociedade civil (os moradores) e do Estado
(os trabalhadores de saúde)

Tese apresentada ao Programa
Interunidades de Doutorado
em Enfermagem das Escolas de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de doutor.

Linha de pesquisa: Bases Teóricas
e Metodológicas dos Saberes e
Práticas do Cuidar em Saúde
Coletiva

Orientadora:

Profª Drª Silvana Martins Mishima

São Paulo
2004

Catálogo na publicação (CIP)

Serviço de Biblioteca e Documentação da EEUSP

Campos, Célia Maria Sivalli

Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) / Célia Maria Sivalli Campos. - São Paulo: C. M. S. Campos; 2004.

193 p.

Tese (Doutorado) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos campi de Ribeirão Preto e São Paulo da USP.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Martins Mishima.

1. Atenção primária à saúde 2. Participação social 3. Saúde pública
I. Título.

CÉLIA MARIA SIVALLI CAMPOS

Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor.

Data: 14 / 4 / 2004.

Banca Examinadora

Profa Dra Silvana Martins Mishima

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa Dra Lilia Blima Schraiber

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa Dra Maria Amélia Campos Oliveira

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa Dra Maria José Bistafa Pereira

Julgamento: _____ Assinatura: _____

A **Ricardo Bruno Mendes Gonçalves**,
pela brilhante construção teórico-conceitual das necessidades em saúde,
que guiou este estudo

Aos **moradores da Vila Dalva**,
enredados no difícil exercício de continuar existindo, pela resistência e
persistência em se manterem vivos e pela clareza na expressão de suas
necessidades de saúde, que guiaram este estudo

Aos **trabalhadores da UBS Vila Dalva**,
pela encruzilhada em que se encontram, entre a prática legitimadora do
Estado e a impossibilidade de deixar de ver a realidade na qual se
encontram aqueles a quem atendem.

AGRADEÇO

A Eduardo Navarro Stotz pelo estudo primoroso das necessidades em saúde realizado em sua tese de doutorado, cuja construção foi fundamental nesta pesquisa.

A todos aqueles com quem partilhei o meu trabalho nos últimos anos:

A todos os trabalhadores do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) na pessoa da Prof^a Renata Ferreira Takahashi, que responde pela chefia de departamento, e aos alunos de graduação em enfermagem da EEUSP

Aos trabalhadores da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã, na pessoa do coordenador, Dr Alexandre Nemes Filho

Aos trabalhadores e alunos de graduação em enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), na pessoa do Prof. Oswaldo Célio Lage.

A todos aqueles que aceitaram embarcar comigo nesta empreitada e aos que foram incluídos no percurso:

À Prof^a Silvana Martins Mishima, pela orientação

À Prof^a Maria Amélia Campos Oliveira, pelo incentivo ao estudo do tema

À Prof^a Cássia Baldini Soares, por tudo

À Profª Marina Peduzzi com quem discuto e partilho há tanto tempo este e outros projetos da vida

À Profª Ana Luisa Aranha e Silva, primeira responsável pela minha adesão ao estudo formal da Saúde Coletiva

Às Profªs Drªs Maria Josefina Leuba Salum e Vilma Machado de Queiroz pela valiosa contribuição teórico-conceitual no âmbito da Saúde Coletiva

Aos amigos e familiares, protagonizados aqui por Solange Miriam Karaoglan Teixeira Coelho e Berenice Campos Fernandes, pela presença amiga e competente

À Cintia Buschinelli, pelo resgate das minhas possibilidades

E aos dois que dividiram comigo todos os ônus e bônus de mais este processo e que representam a minha mais acesa esperança na vida:

Leno e Nina.

As condições de uma sociedade livre, em Marx, só se vislumbram a partir do momento em que o "reino da necessidade" é superado, ou seja, quando cessa o trabalho determinado pelas necessidades. A partir deste momento, o trabalho não será mais a alienação compulsória imposta pela necessidade, mas uma forma de livre exercício da criatividade humana, quando a indústria, a arte e a ciência se unirem numa atividade livre, quando o trabalho se converterá de "meio de vida", em "principal necessidade da vida"

Henrique Carneiro

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde). [tese]. São Paulo (SP): Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da USP; 2004.

RESUMO: O objeto deste estudo diz respeito às necessidades de saúde de moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva, do Distrito de Saúde Escola do Butantã, no município de São Paulo. Tomou como referência o modo como essas necessidades são incorporadas aos processos de trabalho dessa unidade. O objetivo geral foi investigar as necessidades de saúde reconhecidas como objeto do trabalho em saúde. Para isso identificou e analisou o que os moradores reconhecem como necessidades de saúde e o que propõem para responder a essas necessidades. Quanto aos trabalhadores da UBS, identificou e analisou o que tomam por objeto do trabalho em saúde. Trabalhadores da UBS Vila Dalva e moradores da área de abrangência da unidade constituíram os sujeitos desta pesquisa. Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como técnica para a coleta dos dados e a análise temática como estratégia para a apreensão da realidade. A análise permitiu nominar categorias empíricas - necessidade da presença do Estado, necessidades de reprodução social, necessidade de participação política - que responderam como são reconhecidas as necessidades de saúde pelos moradores do território. A análise mostrou que os moradores atribuem ao Estado a responsabilidade pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem estar social e a responsabilidade de interpor-se e de regular as relações entre capital e trabalho para promover a reprodução societal regida pelo direito de desfrutar da cidadania. A análise apontou também que os processos de trabalho da unidade têm sido instaurados de maneira prévia ao reconhecimento das necessidades dos grupos sociais homogêneos do território, limitando-se aos agravos e conduzidos pela lógica da política de focalização da atenção à saúde. A superação dessas reduções será viável quando os processos de trabalho forem instaurados a partir do reconhecimento das necessidades de saúde desses grupos, tomando-as pela ótica da saúde coletiva, ou seja, respeitando a concepção da determinação do processo saúde-doença e a conquista política do direito à saúde.

Palavras chave: Necessidades de saúde; Processo de trabalho; Atenção primária à saúde; Participação política.

Campos, C.M.S. Health needs by the voice of the civil society representatives (the residents) and of the State (health workers) [thesis]. São Paulo (SP): Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da USP; 2004.

ABSTRACT: The aim of this study has to do with the health needs of UBS Vila Dalva embracing area residents, of the Butantã Health School District, in São Paulo County. It has taken as reference the way how these needs are incorporated to this unit's work procedures. The general goal was to investigate the health needs recognized as object of work in health. In order to do that it has identified and analyzed what the residents recognized as health needs and what they propose as answer to these needs. As to the UBS Vila Dalva workers it has identified and analyzed what they take as object of work in health. UBS Vila Dalva workers and residents of the unit's embracing area constituted the research subjects. The semi-structured interview was used as technique to collect the data and the thematic analyses as strategy to the reality apprehension. The analyses allowed to nominate empiric categories - State presence needs, social reproduction needs, political participation needs - which answered how the health needs are recognized by the residents of the area. The analyses showed that the residents attribute to the State the responsibility for the variety of services guarantee which promotes the social well-being and the responsibility to interpose itself and to regulate the relations between capital and work in order to promote social reproduction ruled by the right to enjoy citizenship. The analyses also showed that the units work procedures have been established in a previous manner to the area homogenous social group needs recognition, refraining from the damages and conducted by the attention to health focalization policy logic. The overcoming of these reductions will be practicable when the work procedures are established from the recognition of these groups health needs, under the collective health view, in other words, respecting the conception of the social determination of the health-illness process and the right to health political conquest.

Key-words: Health needs; Work procedures; Primary attention to health; Political participation.

Campos, C.M.S. Necesidades de salud expresadas en la voz de los representantes de la sociedad civil (los habitantes) y del Estado (los trabajadores de la salud) [tesis]. São Paulo (SP): Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da USP; 2004.

RESUMEN: El objeto de este estudio se relaciona con las necesidades de salud de los habitantes del área de cobertura de la Unidad Básica de Salud-UBS Vila Dalva, del Distrito de Salud Escuela del Butantã, en el municipio de São Paulo. Se tomó como referencia la forma como esas necesidades son incorporadas a los procesos de trabajo de esa unidad. El objetivo general, fue investigar las necesidades de salud reconocidas como objeto de trabajo en salud. Para ese fin, se identificó y analizó lo que los habitantes reconocen como necesidades de salud y lo que proponen para responder a esas necesidades. Con relación a los trabajadores de la UBS, se identificó y analizó lo que toman por objeto del trabajo en salud. Los sujetos de esta investigación fueron los trabajadores de la UBS Vila Dalva y los habitantes del área de cobertura de la unidad. Se utilizó la entrevista semiestructurada, como técnica para la recolección de los datos y el análisis temático, como estrategia para la aprehensión de la realidad. El análisis permitió designar como categorías empíricas: la necesidad de la presencia del Estado; la necesidad de reproducción social y la necesidad de participación política. Esas categorías evidenciaron como son reconocidas las necesidades de salud por los habitantes del territorio. El análisis mostró, que los habitantes atribuyen al Estado la responsabilidad por la garantía de los diversos servicios que promueven el bienestar social y la responsabilidad de interponerse y de regular las relaciones entre el capital y el trabajo para promover la reproducción social regida por el derecho de disfrutar de la ciudadanía. El análisis también reveló que los procesos de trabajo de la unidad han sido instaurados de manera previa al reconocimiento de las necesidades de los grupos sociales homogéneos del territorio, limitándose a las enfermedades y conducidos por la lógica de la política de focalización de la atención de la salud. La superación de esas limitaciones será viable cuando los procesos de trabajo fueren instaurados a partir del reconocimiento de las necesidades de salud de esos grupos, tomándolas a través de la óptica de la salud colectiva, o sea, respetando la concepción de la determinación social del proceso salud-enfermedad y la conquista política del derecho a la salud.

Palabras Clave: Necesidades de salud; Proceso de trabajo; Atención primaria de la salud; Participación política.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1	INTRODUÇÃO: O OBJETO E O PROBLEMA DE ESTUDO	1
1.1	Identificação na produção científica do conceito de necessidades de saúde	5
1.1.2	Necessidades de saúde como conceito abstrato	5
1.1.3	Necessidades de saúde como conceito operacional na área de Planejamento em Saúde	7
1.2	Pressuposto, finalidade e objetivos	13
2	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS: PROCESSO DE TRABALHO E NECESSIDADES	15
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.1	O campo do estudo	36
3.1.1	O município de São Paulo e o processo de conformação dos distritos administrativos e de saúde.....	36
3.1.2	O Distrito de Saúde Escola (DSE) Butantã	38
3.1.3	O local do estudo – a unidade selecionada - UBS Vila Dalva	40
3.1.4	O DA Rio Pequeno e a UBS Vila Dalva	42
3.2	A coleta de dados	44
3.2.1	Os sujeitos da pesquisa	46
3.2.1.1	<i>Representantes das instituições e organizações da sociedade civil: os moradores.....</i>	<i>48</i>
3.2.1.2	<i>Representantes do Estado: os trabalhadores da UBS Vila Dalva</i>	<i>49</i>
3.2.2	Procedimentos para a coleta de dados	50
3.3	Os procedimentos de análise	52
4	CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES PELA ÓTICA DOS ENTREVISTADOS.....	55
4.1	Trabalho e vida dos moradores	55
4.2	Trabalho (âmbito da produção) – no que trabalham	56
4.3	Trabalho (âmbito da produção) - quanto ganham	58

4.4	Condições de vida (âmbito do consumo) – como vivem	59
4.5	Condições de vida: as residências (espaço privado)	63
4.6	Condições de vida: o bairro (espaço público)	65
5	RESULTADOS E ANÁLISE: NECESSIDADES DE SAÚDE PELA VOZ DOS MORADORES E DOS TRABALHADORES DE SAÚDE	68
5.1	Necessidade da presença do Estado.....	68
5.1.1	Recursos utilizados pelos moradores para o enfrentamento dos problemas de saúde	73
5.1.2	A UBS Vila Dalva como recurso de enfrentamento dos problemas de saúde.....	74
5.1.3	Ações, possibilidades, efetividade e limitações da UBS	76
5.1.3	Expectativas de mudanças no trabalho da UBS.....	101
5.2	Necessidades de reprodução social	106
5.2.1	Concepção do processo saúde-doença.....	109
5.2.2	Perfis saúde-doença	121
5.3	Necessidade de participação política	127
5.3.1	Participação política da população	128
5.3.2	A criação do Conselho Gestor	135
6	DISCUSSÃO.....	144
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	177
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	180

ANEXOS

INTRODUÇÃO

O OBJETO E O PROBLEMA DE ESTUDO

1 INTRODUÇÃO: O OBJETO E O PROBLEMA DE ESTUDO

Este estudo tomou como objeto as necessidades de saúde de moradores da área de abrangência de uma unidade que integra a rede básica de assistência à saúde de um determinado território, tendo como referência o modo (forma e conteúdo) como são incorporadas no desenvolvimento do trabalho nessa unidade de saúde pelos agentes que aí atuam.

A complexidade de que se reveste a relação entre necessidades de saúde/satisfação dessas necessidades, exige a revisão, ainda que sucinta, da articulação Estado/Sociedade/Política Pública para favorecer a compreensão da natureza do objeto eleito como foco desta investigação.

Fundamentando-se nos estudos de Engels, Salum (1998) aponta que historicamente a noção de Estado, como gestor dos diferentes interesses existentes entre as diferentes classes que compõem as diferentes sociedades, acompanha o desenvolvimento das formas de organização social. É uma instituição social reguladora dos conflitos entre esses diferentes grupos e, como nasceu da necessidade de conter os antagonismos entre esses interesses, geralmente favorece os grupos mais poderosos protegendo-os.

Tal como a Igreja, instituição social legitimadora das classes dominantes do Império, o Estado é a instituição social legitimadora, o comitê executivo da classe dominante das formações sociais a partir da fundação do Estado moderno e ao gerir conflitos sociais tende a privilegiar esses grupos (Coutinho, 2000).

No modo de produção capitalista, o Estado tende a privilegiar as relações de produção que garantam a reprodução do modo de produção através da acumulação do capital (Mendes Gonçalves, 1992).

Fundamentando-se nos estudos de Gramsci, Coutinho (2000) aponta que ao longo do século XX a noção de Estado ampliou-se, definindo-se a partir de duas instâncias - a sociedade política e a sociedade civil. A sociedade política é a esfera à qual pertencem os grupos burocrático – executivos com poder coercitivo e de dominação social (forças armadas e policiais, instituições jurídicas). Na sociedade civil concentram-se as instituições nas quais se assentam os interesses dos diferentes grupos sociais (sistema escolar, partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, mídia, igreja). Essa instância social tem potência para colocar no jogo social outro projeto de Estado que dispute com aquele que defende hegemonicamente os interesses das classes mais favorecidas.

Desta forma é possível apreender, continua Coutinho (2000), que se através da sociedade política o Estado pode concentrar, fazer prevalecer e perpetuar os interesses dos grupos econômica e politicamente dominantes, através da sociedade civil pode-se interpor os interesses de outros grupos sociais. A depender do grau de socialização dos grupos dominados e da correlação de forças entre esses grupos, o projeto de Estado poderá abrigar também os encaminhamentos que favoreçam a mudança de rota dos projetos hegemônicos.

No Brasil, a exemplaridade da mudança de rota no encaminhamento do projeto hegemônico foi a correlação de forças feita pela sociedade civil a partir da década de 70, quando esta passou a reivindicar do Estado a universalização dos direitos sociais em um contexto marcado pela exclusão e iniquidade.

Com o esgotamento da ditadura militar, o Brasil não foi imediatamente engolfado pela tendência neoliberal que já se concretizava em países vizinhos, “passou antes por um período em que o consenso dominante era o da democratização institucional e o do resgate da dívida social deixada pela ditadura”. Nos anos 1980, fortaleceram-se os movimentos sociais, consolidaram-se as forças democráticas, estabelecendo-se uma prioridade democrática e social (Sader, 2003: 148).

Nesse processo de mobilização e luta da sociedade civil pela democratização do país, organizou-se um movimento pela conquista da saúde como direito universal dos cidadãos e dever do Estado, uma vez que nessa área a política social era ainda muito mais restritiva no estabelecimento de estratégias de ação limitando, portanto, a possibilidade de acesso à saúde como um direito de apenas uma parcela dos trabalhadores urbanos, aqueles inseridos no mercado formal de trabalho (Fleury Teixeira, 1989; Fleury, 1994).

Assim, o Movimento Sanitário – protagonizado inicialmente por professores universitários, estudantes de medicina, trabalhadores da área da saúde, sindicalistas e movimentos populares por saúde e que congregou posteriormente os setores da esquerda e os setores progressistas da área da saúde - não só propôs uma reorganização institucional da atenção à saúde no país, mas também foi capaz de produzir conhecimentos para subsidiar novas práticas, estruturando a Medicina Social brasileira (Cohn, 1997).

As formulações do Movimento Sanitário encontraram espaço de concretização nas propostas da Reforma Sanitária, explicitadas e sistematizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Buscando superar as históricas dicotomias entre assistência individual e ações coletivas de saúde, cura e prevenção, público e privado, o ideário da Reforma materializou-se na proposta de um sistema de saúde único, fundamentalmente público e, quando preciso, apoiado pela suplementação do setor privado, descentralizado e sob controle do Estado. É necessário destacar que a estratégia de descentralização, além de propor uma maior racionalidade do sistema, tinha como finalidade precípua a

criação de novos espaços institucionais de participação, com poder deliberativo dos segmentos organizados da sociedade, constituindo-se assim como uma estratégia de ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder (Cohn, 1997:233).

Foi assim que o embate e a correlação de forças entre os grupos que defendiam os interesses privados da saúde e os que defendiam a universalização do direito à saúde a todos os cidadãos possibilitou a mudança de rota nos encaminhamentos hegemônicos e a inscrição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal.

Porém, a mudança nas condições de saúde dos grupos que compõem uma dada sociedade não guarda relação direta e tão simplificada com a mudança de rumo nas diretrizes das políticas públicas de saúde.

Parte-se, neste estudo, do entendimento de que nas diferentes formas de organização do Estado as políticas sociais públicas estão intimamente vinculadas ao encaminhamento do projeto de manutenção da ordem econômica. Assim, nas formações sociais contemporâneas em que predomina o modo de produção capitalista, as políticas sociais não implicam qualquer perturbação à ordem estabelecida, deixando intocadas as relações sociais de exploração do trabalho para a acumulação do capital. Dessa forma, “não podemos ter a ilusão de que a política social de saúde será a redentora da deterioração das condições de trabalho, vida e saúde” (Salum, 1998:5).

Porém, segundo Queiroz, Salum (1996) e Coutinho (2000: 65) as políticas sociais não

(...) são uma rua de mão única: somente a burguesia teria interesse num sistema educacional universal e gratuito, numa política pública de seguridade, etc. (...) também a esfera das políticas sociais é determinada pela luta de classes (...) nada está decidido a priori (...) [pelo que] (...) é mais uma vez necessária a intensificação das lutas pela realização da cidadania, com o estabelecimento de correlações de forças favoráveis aos segmentos sociais efetivamente empenhados nessa realização.

Nesse sentido, a política pública para a saúde pode constituir a rota para concretizar uma forma de produzir serviços de saúde que faça frente aos projetos conservadores e excludentes que historicamente dominaram a rede de atenção à saúde em nosso país.

O fato é que, desde que o SUS foi legitimado na Lei Orgânica da Saúde (leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90) várias propostas de reorientação da assistência à saúde foram se constituindo no país, numa disputa de modelos de atenção diversos, pautados em diferentes teorias interpretativas do processo saúde-doença. Nessa disputa, ainda que prevaleça o modelo hegemônico - cuja ênfase incide na atenção médica de caráter curativo e hospitalocêntrico - convive-se também com o modelo assistencial sanitarista, cuja tônica são as campanhas, os programas especiais e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, e com modelos que incorporaram métodos, técnicas e instrumentos advindos da epidemiologia crítica, do planejamento estratégico em saúde (Teixeira, Paim, Vilasbôas, 1998), em aproximação com o projeto ideológico que sustentou o Movimento da Reforma Sanitária.

Tais modelos foram traduzidos nas propostas da Ação Programática em Saúde, da Vigilância à Saúde (constituição de SILOS – Sistemas Locais de Saúde, de Cidades Saudáveis) e do modelo Em Defesa da Vida (Silva Jr, 1998).

Passaram eles a reorientar o foco da atenção para necessidades ao invés de problemas, buscando dar uma feição cada vez mais ampliada e consistente ao projeto que fundamentou a proposição do SUS, tornando-se então imprescindível a superação das ações mais imediatistas, reduzidas e focadas na expressão do desgaste, para que pudessem produzir impacto e resolubilidade diferenciadas, na perspectiva de atacar as raízes dos problemas de saúde.

O encaminhamento de um novo modo de pensar e agir em saúde, bastante recente, veio demandando a atenção incansável e cada vez mais aprofundada, por parte dos estudiosos do campo da Saúde Coletiva, nas duas últimas décadas. Os encontros científicos, as revistas e editoras especializadas vieram sendo testemunhas da preocupação que norteou a produção de conhecimentos e práticas nesse campo. Mas as lacunas ainda são muitas, havendo “necessidade de avançar na produção de saber e tecnologia aderentes ao novo objeto” (Queiroz, Salum, 1996:15). É o caso exemplar do tema das necessidades em saúde.

Tanto é exemplar que na bibliografia que introduz os modelos tecnoassistenciais de atenção à saúde, anteriormente mencionados, tendo como premissa atender as necessidades de saúde da população, não há referência à concepção de necessidade de saúde utilizada.

1.1 Identificação na produção científica do conceito de necessidades de saúde

O tema das necessidades de saúde tem sido foco de diversos estudos, sendo fundamental verificar suas distintas abordagens. Nesta investigação, buscou-se identificar como eles vêm tomando o conceito de necessidades de saúde como objeto de estudo¹.

Os estudos identificados na produção científica a partir de 1990, foram categorizados em dois grandes grupos: necessidades de saúde no âmbito abstrato do conceito e necessidades de saúde no âmbito operacional do conceito, utilizado na área de Planejamento em Saúde. Dentro desses dois grupos foram eleitos apenas os estudos considerados, pelo seu maior detalhamento, mais significativos para esta pesquisa.

1.1.2 Necessidades de saúde como conceito abstrato

Este conjunto de estudos apresentados a seguir estão assentados na conceituação sobre necessidades de saúde, na sua dimensão abstrata, e de certa forma na sua aplicabilidade às práticas de saúde. Parece que tomam como central as condições essenciais para a manutenção da vida, sendo que algumas avançam no sentido de trazer a questão do direito e da cidadania.

Leopardi (1992) em seu estudo abordou o conceito de necessidades a partir da abordagem marxista. Considerou que a satisfação das necessidades de saúde, compreendidas como carências complexas, deve ser apreendida como um direito do cidadão e criticou a interpretação de necessidade social como generalidade que subordina as diferentes necessidades dos indivíduos. Concluiu que para alcançar a cidadania é preciso assegurar aos indivíduos a satisfação das suas necessidades, compreendendo-as como direito.

Mendes Gonçalves (1992) fez um estudo profundo da circularidade existente entre processo de trabalho e necessidades. Defendeu que as necessidades não são naturais,

nem iguais, pois desiguais são a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho. Discutiu essa circularidade na especificidade da saúde e mostrou como no processo de trabalho em saúde, mais especificamente no do trabalhador médico, essas necessidades foram historicamente configurando diferentes objetos de trabalho, a depender do modo de produção predominante nas formações sociais. O autor mostrou que as necessidades sociais são sinônimo de necessidades de reprodução do modo de produção e discutiu minuciosamente a reorganização do trabalho em saúde para responder as necessidades sociais características do projeto capitalista.

Vaitsman (1992) apontou as transformações ocorridas na organização da vida cotidiana e na história pessoal dos indivíduos no mundo ocidental na passagem para a modernidade, a partir da predominância do projeto capitalista, discutindo um dos elementos norteadores desse projeto - “a noção economicista das necessidades humanas”. A autora compartilhou a definição de Neef et al de necessidades humanas, como um conjunto composto por vários tipos de necessidades fundamentais ao ser humano, definidas universalmente, variando somente as formas de satisfazê-las, que seriam: de subsistência, de proteção, de afeto, de compreensão, de participação, de lazer, de criação, de identidade e de liberdade. Analisou também a concepção de saúde presente na VIII Conferência Nacional de Saúde no Brasil, considerando-a associada ao conceito da “determinação das formas da organização social da produção”, e avaliou que esse conceito não deveria ser tomado como determinante “nem das desigualdades sociais e nem dos fenômenos saúde/doença”, por considerá-lo redutor.

Melo Filho (1995) propôs-se a explicitar a sua assertiva de que as práticas implementadas pelo processo de produção em saúde no Brasil não têm ultrapassado os limites da satisfação das necessidades existenciais, ou seja, aquelas relativas à manutenção da vida. Afirmou que mesmo a expressão mais progressista do setor saúde – o Movimento Sanitário – não conseguiu constituir uma proposta na direção da construção do indivíduo. O autor defendeu que atender necessidades de saúde é satisfazer as necessidades atinentes à conservação da vida e ao mesmo tempo ultrapassá-las, em direção à superação da vida cotidiana; conceituando saúde como “uma unidade entre as ‘necessidades existenciais’ e as ‘necessidades propriamente humanas’ ” (Melo Filho, 1995: 19).

¹ Este levantamento privilegia os trabalhos publicados a partir da década de 1990, e seus achados vêm reiterar a pertinência desta nova investigação.

Apontou como limitante nas práticas do setor saúde a concepção hegemônica do processo saúde-doença, que o reduz à causalidade biológica, e como consequência as práticas são instauradas predominantemente para o atendimento à doença. Também apontou como limitante para que o processo de produção em saúde no Brasil congregue práticas que visem a construção do indivíduo, além daquelas relativas à manutenção da vida, o fato do movimento sanitário ter-se fundamentado primordialmente em aspectos do marxismo estruturalista de Althusser, concepção essa expressa no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no qual a saúde foi referida como “ ‘necessidade existencial’, não objetivando o humano-genérico”, priorizando a dimensão particular e estrutural em detrimento da singular.

Carneiro (2002) objetivou discutir “o nexos indispensável que existe entre o regime do proibicionismo e a hipertrofia dos lucros e da violência, assim como a hipocrisia dos argumentos que pretendem julgar as necessidades humanas para poder administrá-las através das proibições e da repressão”. Discutiu o conceito de necessidades da perspectiva marxista, discutiu a relação determinação das necessidades – consumo e mostrou como essa relação foi se modificando historicamente, preservando no entanto a desigualdade na divisão social da riqueza (bens e serviços) produzidos. Citando Marx, afirmou que o que se opõe ao “reino da necessidade” é o “reino da liberdade” e para vivê-lo seria preciso superar as necessidades de sobrevivência de toda a população, atingindo assim “o patamar histórico para o gozo criativo dos desejos”.

1.1.3 Necessidades de saúde como conceito operacional na área de Planejamento em Saúde

Este conjunto de estudos apresentados a seguir apresentaram o conceito de necessidades de saúde na sua dimensão concreto-operacional, que permite um recorte de necessidades a partir do qual será organizada a produção de serviços de saúde, ou seja, as necessidades apresentadas por aqueles que organizam a assistência.

Doyal, Gough (1991) propuseram-se a explicitar o conceito de necessidades, apoiando-se na idéia que o objetivo final dos seres humanos é participar plenamente na sociedade e para isto devem ter satisfeitas duas necessidades, a que chamam de necessidades básicas: a necessidade de saúde física e a necessidade de autonomia. Defenderam que as necessidades básicas são universais, objetivas e não são relativas a

um país ou a um contexto histórico em particular, são direitos fundamentais do ser humano. Para eles, há um imperativo moral de satisfazer as necessidades humanas básicas. Listaram também as necessidades que designaram intermediárias, que segundo os autores também são universais e objetivas, cuja satisfação constitui pré-requisito para que as necessidades básicas sejam respondidas. São elas: necessidade de suporte nutricional; moradia adequada e protetora; ambiente de trabalho não danoso; assistência apropriada à saúde; segurança na infância; relacionamentos primários significativos; segurança física; segurança econômica; contracepção e parto saudáveis e educação básica.

À medida que tomam necessidades como universais, desconsideram as diferenças atinentes ao lugar que as pessoas ocupam na reprodução social, que determinam diferentes possibilidades de acesso ao que é produzido pela humanidade.

Stotz (1991), em sua tese de doutorado, tomou como objeto as demandas sociais por saúde, identificando-as como expressão de processos sócio-políticos específicos. Seus objetivos específicos foram discutir e discorrer sobre as mediações do conceito de necessidades de saúde de modo a subsidiar teórica e metodologicamente a área do Planejamento em Saúde. Trouxe como questão problematizadora: como o conceito de necessidades de saúde pode subsidiar o Planejamento em Saúde?

O autor discutiu profundamente o conceito de necessidades, especialmente no âmbito operacional, transpondo-o para a área da saúde. Defendeu que para deflagrar ações voltadas à resolução de problemas de saúde do coletivo, para a melhoria das condições de saúde da população, deve-se tomar como obrigatória a reflexão sobre os processos de trabalho a serem instaurados, considerando a reciprocidade entre necessidades e processo de trabalho e defendendo que o processo de determinação de necessidades deve ser instaurado a partir de uma lógica capaz de “dar voz” aos indivíduos. Sugeriu que o momento diagnóstico ou explicativo do enfoque estratégico-operacional do Planejamento em Saúde é eficiente na operacionalização dessa tarefa.

Iunes (1995), ao definir conceitos operacionais para o planejamento de orçamento na área da saúde, com o intuito de definir e racionalizar a alocação de recursos para o setor, discutiu as diferenças entre os conceitos de demanda e necessidades, ressaltando a inadequação da adoção acrítica do instrumental econômico tradicional na definição de demanda em saúde e propondo o conceito de necessidades, ao lado do de demanda, para o planejamento em saúde.

Referiu que em sua interpretação mais comum o conceito de necessidades de saúde é definido externamente ao indivíduo que as porta, por um especialista – o médico. Citando Jeffers et al (1971) o autor definiu necessidades de saúde como

aquela quantidade de serviços médicos que a opinião médica acredita deva ser consumida em um determinado período de tempo para que as pessoas possam permanecer ou ficar tão saudáveis quanto seja possível segundo o conhecimento médico existente (Iunes, 1995: 116).

Portanto, o autor definiu necessidade de saúde como necessidade de consulta médica, caracterizando assim a demanda dos indivíduos por serviços de saúde. Definiu que a demanda “está centrada sobre a liberdade e a autonomia de escolha do consumidor segundo sua própria estrutura de preferências”, ou seja, é o “desejo de buscar atenção médica, e não o consumo efetivo, já que fatores externos não controlados pelo consumidor (distância, disponibilidade de médicos ou exames, períodos de espera muito altos, etc)”, podem impedir que a demanda se transforme em utilização [do serviço] (Iunes, 1995: 116).

Propôs que houvesse uma maior aproximação entre o conceito de demanda e o de necessidades no planejamento dos recursos na área da saúde, apontando que ambos apresentam potencialidades e limitações. Uma das limitações da utilização do conceito de demanda é que não leva em consideração a distribuição de renda, sendo pouco equitativo. Por essa razão, o conceito de necessidades complementa-o, uma vez que “é igualitário e, por esse motivo, tem sido utilizado como parâmetro para a mensuração de (in)equidades” (Iunes, 1995: 120). O texto trata do conceito de necessidades de saúde como instrumento auxiliar para a definição de alocação de recursos financeiros para o setor saúde.

Mandu e Almeida (1999) abordam o conceito de necessidades de saúde, apontando a importância da sua utilização como base teórica na reconstrução das práticas em saúde que tenham como perspectiva a superação da qualidade da assistência à saúde, compreendida como um direito social, especialmente as práticas atinentes à Enfermagem.

As autoras dedicaram-se ao estudo das necessidades como conceito instrumentalizador da prática da Enfermagem. Sua formulação teórica mais geral foi a de que nas formações capitalistas compromete-se a qualidade de vida, a saúde das populações e, por conseqüência, a satisfação das necessidades de saúde. Orientadas pela concepção marxista, assumiram que tal satisfação das necessidades compreende tanto

aquelas voltadas à preservação da vida dos indivíduos até as atinentes “à auto-criação ou à capacidade de o homem valer-se de si próprio (...)” (Mandu, Almeida, 1999: 56).

Com esses pressupostos, analisaram o conceito de necessidades humanas básicas, proposto por Wanda de Aguiar Horta (por certo a primeira teórica de Enfermagem no Brasil), considerando que esta, por partir de uma concepção biologicista, a-histórica, não tomou o indivíduo na sua generalidade. Horta interpretou as necessidades de saúde como resultantes de disfunções orgânicas do corpo, não levando em conta as determinações sociais do processo saúde-doença. As autoras afirmaram que ampliar o conceito de necessidades de saúde que ampara as práticas em saúde e que incidem primordialmente no âmbito biológico significa ampliar o objeto das práticas em saúde. Sugerem a utilização de instrumentos que favoreçam uma identificação e análise mais abrangente das diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, tendo em conta suas diferentes inserções sociais. Finalizaram suas considerações indicando a “satisfação/insatisfação das necessidades que incluem alimentação, habitação, educação, renda, condições ambientais favoráveis à vida, trabalho, emprego, transporte, lazer, liberdade, acesso à terra e a serviços de saúde”, como fundamento para instrumentalizar a prática de enfermagem.

Por certo, ao recuperarem a concepção de saúde inscrita na Lei 8080 na tentativa de explicitar as diretrizes para a incorporação das necessidades em saúde na prática de enfermagem, Mandu e Almeida (1999) reproduziram os equívocos da lei que, a despeito do avanço que pôde representar, incorporou a concepção de saúde e doença inscrita na Teoria da Multicausalidade, reduzindo a complexa rede de mediadores a um conjunto de vetores não hierarquizados.

Matsumoto (1999) realizou estudo que verificou “o quanto as necessidades de saúde estão sendo consideradas em uma unidade básica de saúde do PAS [Plano de Assistência à Saúde]”. Parte do trabalho constituiu-se na proposição de uma taxonomia de necessidades de saúde - organizada com base em distintos enfoques e perspectivas do conceito, desenvolvidos a partir de diferentes perspectivas teóricas, como o funcionalismo e o marxismo. Necessidade de saúde foi então definida como necessidade de boas condições de vida, necessidade de garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação), necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito).

A classificação foi então utilizada para aferir se as necessidades de saúde eram levadas em conta na instauração dos processos de trabalho daquela unidade de saúde. Os resultados da análise do material empírico mostraram que as necessidades de saúde não eram tomadas prioritariamente como instauradoras dos processos de trabalho naquela unidade de saúde.

Robinson et al (1999) discutiram maneiras de reconhecer necessidades de saúde para o desenvolvimento de ações nos serviços de saúde. Para as autoras, a satisfação das necessidades de saúde é uma questão moral ou ética e pode-se conceituá-las como perdas ou déficits de saúde, como capacidade de beneficiar-se de intervenções relacionadas à saúde e ainda, numa visão economicista, a partir da definição de prioridades em saúde. Apontam potencialidades e limites de cada uma dessas formas de identificação das necessidades de saúde.

Segundo Dussault e Souza (2000), atualmente existem duas formas de organização dos serviços: a organização como resposta às demandas ou como satisfação de necessidades de saúde.

A primeira é característica de um modelo tecnoassistencial essencialmente individualista e curativista, consequência da organização das práticas a partir da demanda direta dos usuários que tomam a iniciativa de procurar os estabelecimentos para consumir serviços e restabelecer a saúde. Essa abordagem cria problemas de eficiência e de equidade, uma vez que é influenciada por dificuldades que não as atinentes às condições de saúde, mas que afetam o acesso aos serviços de atenção à saúde.

A organização de serviços cuja finalidade é a satisfação de necessidades de saúde propõe-se mais eficiente e mais equitativa e “parte da premissa que a utilização de serviços apropriados é capaz de produzir um impacto positivo na situação de saúde da população”. Essa abordagem pressupõe as complexas tarefas de definição, priorização e monitoramento das necessidades de saúde (Dussault, Souza, 2000: 3).

Os autores abordaram os conceitos de necessidades de saúde e demanda por serviços de saúde como operacionalizadores na organização dos processos de trabalho que compõem o processo de produção em saúde, considerando a limitação da abrangência dos serviços que organizam seus processos de trabalho para responder a demanda. Portanto, necessidades de saúde e demanda designam duas naturezas de necessidades, respectivamente aquelas apresentadas por quem organiza a assistência e aquelas expressas por quem as sente, para os quais será dirigida a assistência.

Lima et al (2000) abordaram o conceito de necessidades de saúde como norteador da organização de ações na atenção primária em saúde. Admitindo que os processos de trabalho são respostas a necessidades de saúde e ao mesmo tempo contexto instaurador de necessidades, as autoras verificaram que os trabalhadores de unidades de atenção primária à saúde identificam necessidades de saúde primordialmente de duas formas: pelo diagnóstico de saúde, realizado pelo trabalhador e pela demanda trazida pelo usuário, geralmente traduzida pelos trabalhadores como queixa. Apontaram para a importância da definição das necessidades daqueles que procuram o serviço de saúde, que não devem ser tomadas somente a partir de parâmetros clínicos e epidemiológicos, que são do domínio exclusivo do trabalhador de saúde. Para instaurar necessidades mais ampliadas abordaram a importância da instauração da escuta, para que haja uma negociação entre o usuário do serviço e o trabalhador de saúde e que o cuidado seja instaurado para responder a necessidades definidas nesse espaço de negociação.

Diante do exposto, vale dizer que viabilizar o conceito ampliado de saúde do SUS significa que os serviços de saúde deveriam encaminhar ações voltadas para as necessidades de saúde da totalidade dos moradores que ocupam a área sob sua responsabilidade e não apenas para as necessidades expressas pela demanda espontânea, ou seja, os serviços de saúde deveriam ampliar o foco do objeto de suas práticas e, conseqüentemente, o da finalidade da produção de serviços de saúde e, finalmente, o trabalho em si.

Ao ampliar o objeto/finalidade do processo de produção de serviços de saúde, incorporando a satisfação das necessidades de saúde como finalidade da ação em saúde, é razoável supor que a nova organização das práticas em saúde favoreça e instaure a

construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação; [que] aposta na constituição dos serviços públicos como espaços de disputa, capazes de favorecer a progressiva constituição de usuários e profissionais de saúde com competência para o agir autônomo e solidário (Campos, 1992:19).

Na realidade, tal como vem sendo organizada, a prática em saúde não têm propiciado espaço para a manifestação de outras necessidades que não as de preservação da vida.

Com esse entendimento questiona-se:

- 1) os serviços tomam como referência as necessidades de saúde expressas no conjunto de habitantes do território?;
- 2) que conceito de necessidade utilizam? e
- 3) ao apreender as necessidades, desencadeiam transformações na produção de serviços de saúde, instaurando processos de trabalho dirigidos à sua satisfação?

1.2 Pressuposto, finalidade e objetivos

O pressuposto deste trabalho é o de que as práticas de saúde estão sendo direcionadas para atender à necessidade de assistência a problemas de saúde, ou seja, para atender ao agravo - a doença instalada no corpo bio-psíquico.

Partindo do princípio que os serviços podem desencadear atos criativos, inovadores, para atender necessidades que vão além dos problemas de saúde da demanda, a **finalidade** deste estudo foi contribuir para a ampliação do conhecimento acerca das necessidades de saúde de modo a oferecer subsídios para a sua incorporação na decodificação do objeto da ação em saúde. Assim, tem por **objetivo**:

- Investigar quais são as necessidades de saúde reconhecidas como objeto da ação em saúde, numa unidade que compõe a rede básica de assistência à saúde.

Objetivos específicos

- Identificar e analisar o que os moradores da área de abrangência de uma unidade que compõe a rede básica de assistência à saúde reconhecem como necessidades de saúde.
- Identificar e analisar o que os moradores da área de abrangência de uma unidade que compõe a rede básica de assistência à saúde propõem para responder a essas necessidades.
- Identificar e analisar o que os trabalhadores de uma unidade que compõe a rede básica de assistência à saúde tomam por objeto do trabalho em saúde, na instauração dos processos de trabalho.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS
PROCESSO DE TRABALHO E NECESSIDADES

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS: PROCESSO DE TRABALHO E NECESSIDADES

Ao tratar as bases teóricas que ampararam este estudo, tomou-se como ponto de partida os conceitos e categorias gerais do campo da Saúde Coletiva. Mais especificamente, considera-se necessário fazer uma breve incursão sobre a concepção de saúde-doença sobre a qual se constituiu o campo da Saúde Coletiva, mesmo porque as necessidades em saúde devem estar referidas ao conjunto de critérios que discriminam os processos construtores e destrutivos ou de desgaste e de fortalecimento² do corpo biológico e social.

No Brasil, os primeiros teóricos da Saúde Coletiva eram pensadores da Saúde Pública que - tomando como matriz ideológica o projeto socialista e como matriz teórica a produção de Marx e de seus seguidores contemporâneos identificados com as propostas dos movimentos organizados da sociedade civil - passaram a tecer e a encaminhar um projeto visando simultaneamente uma nova organização da sociedade e a construção de novas diretrizes para a política pública de saúde (Salum, 1998).

No âmbito político, o campo da Saúde Coletiva no Brasil constituiu-se a partir do movimento de democratização da sociedade, no âmbito teórico valeu-se da fecunda aproximação e integração entre as ciências da saúde e as ciências sociais, na sua vertente marxista (Silva Jr, 1998).

A Saúde Coletiva teve como tarefa recompor o corpo de conhecimentos em saúde buscando construir um corpo teórico que permitisse superar os limites impostos pelos ditames da Clínica e da Epidemiologia, erigidos diante da concepção de saúde-doença sob critérios que se prestam a ajuizar os processos humanos a partir de um ponto de vista “ eminentemente biológico ” (Breilh, Granda, 1996:20). Encobrendo a rede de determinação inscrita na estrutura social e nas diferentes formas de inserção social, a

² Os autores que primeiro irão argumentar pela necessidade de considerar os aspectos que dizem respeito, respectivamente, às “ condições favoráveis e aos processos perigosos ”, aos “ efeitos positivos e negativos ” ou aos “ potenciais de benefícios e de riscos ”, posteriormente, “ potenciais de fortalecimento e de desgaste ” advindos do trabalho foram quase que simultaneamente: Betancourt O. La salud y el trabajo: reflexiones teórico-metodológicas monitoreo epidemiológico, atención básica en salud. Ecuador: CEAS/OPAS; 1995; Facchini LA. Trabalho materno e ganho de peso infantil. Pelotas: UFPel; 1995 e Queiroz VM, Salum MJL. Processo Saúde Doença. Documento-síntese de apoio pedagógico para o Programa de Educação Continuada para os Enfermeiros. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Escola de Enfermagem da USP. São Paulo: 1994 – mimeo - e Queiroz VM, Salum MJL.

Clínica interpreta a causação do agravo tendo como referência os processos desenvolvidos nos sistemas orgânicos biológicos dos indivíduos, tomando-os como homogêneos. Isso também sucede com a Epidemiologia tradicional que, além de tudo, diante de um elenco diverso de mediadores, simplifica a avaliação do desgaste e do fortalecimento, conferindo peso semelhante aos “fatores” causadores da doença. Sob essa perspectiva, Breilh, Granda consideram que

o uso do conhecimento produzido pela epidemiologia tradicional serviu e serve fundamentalmente para sustentar o projeto de dominação política das classes dominantes, que apoiou e continua apoiando o maior obscurecimento da visão do processo saúde-doença e o desenvolvimento de alternativas de verdadeira transformação (Breilh, Granda, 1996: 19).

A Saúde Coletiva foi se constituindo então a partir de um corpo de conhecimentos capaz de dar sustentação a uma prática transformadora, incorporando os conceitos da Saúde Pública e superando-os (Almeida, Mishima, Peduzzi, 2000).

Enquanto a saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causalidade etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. (...) Enquanto a saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a saúde coletiva se coloca como recurso da luta popular e da crítica-renovação estratégicas do que fazer estatal. Enquanto a saúde pública assume a atitude possível da consecução de melhoras localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical (Breilh, 1991: 129).

Tomar o processo coletivo de produção de estados de saúde-doença significa primeiramente tomar o coletivo como objeto das práticas da Saúde Coletiva e compreender que este é constitutivamente heterogêneo, heterogeneidade determinada pelas suas características sociais (Laurell, 1983).

O processo saúde-doença do coletivo “é determinado pelo modo pelo qual o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças

produtivas e relações sociais de produção” (Laurell, 1983: 157). Com base nessa concepção desenvolveu-se a teoria da determinação social do processo saúde-doença, que fundamenta a interpretação do processo saúde-doença, ampliando os conceitos de saúde e de epidemiologia, dando origem à Epidemiologia Crítica (Breilh, Gandra, 1996) e diversificando as práticas da Saúde Coletiva.

Compreender que o processo saúde-doença é socialmente determinado significa afirmar que no atual modo de produção capitalista, sua forma característica de reprodução, a exploração para a acumulação de riquezas, determina as características sociais dos grupos, logo determina os processos saúde-doença característicos desses grupos, “colocando somente em segundo lugar as características biológicas” (Laurell, 1983: 151).

Ou seja, ao produzir a sociedade estabelece determinadas formas de trabalhar, das quais advém potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde. Subordinadas a estas, estabelece possibilidades de consumo para atender necessidades e formas específicas de viver, das quais também advém potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde, característicos das formas de trabalhar (Salum, Queiroz, 1996) ou pelo fato de não trabalhar.

Na concepção da teoria da determinação social do processo saúde-doença, o resultado do embate entre esses potenciais de fortalecimento e desgaste - advindos da inserção no trabalho e, a partir dessa inserção, das condições materiais de vida, ou seja advindos da inserção dos indivíduos na reprodução social - é que se concretizam no corpo biopsíquico conformando os diferentes gradientes de saúde/doença (Salum, Queiroz, 1996).

Foi essa teoria que inspirou a concepção de saúde-doença inscrita na legislação brasileira – a Lei 8080, embora seja possível notar nela claramente as influências da teoria da multicausalidade (Salum, Queiroz, 1996), que considera condicionantes do processo saúde-doença os fatores advindos das condições materiais, do meio ambiente, da inserção no trabalho, sem contudo hierarquizá-las, tomando-as com o mesmo peso, não priorizando portanto que as diferenças dos grupos são determinadas a partir da inserção do indivíduo na reprodução social.

Diante dessas considerações preliminares e, uma vez que este estudo dirigiu-se para o interior da produção de serviços de saúde no intuito de avaliar o objeto tomado como foco da ação, foi necessário buscar um conjunto de referências teóricas - elaboradas a partir da mesma perspectiva filosófica que serviu de base para a construção do campo da Saúde Coletiva - que pudessem estruturar o trajeto da pesquisa, tanto no seu aspecto teórico, quanto no seu aspecto metodológico. Foi assim que utilizou

Althusser (1999) e Antunes (1997, 2000), dos quais extraiu as categorias e conceitos explicativos para compreender o trabalho nas formações capitalistas, a Mendes Gonçalves (1992) e Queiroz; Salum (1996) e sua contribuição à compreensão do processo de produção de serviços de saúde, a Heller (1986) e sua teoria das necessidades, e à construção teórica de Mendes Gonçalves (1992) e Stotz (1991) no que diz respeito ao estudo das necessidades em saúde.

Neste trabalho tomou-se como marco teórico o conceito de que o processo de produção em saúde (articulação social dos diferentes processos de trabalho em saúde) tem como finalidade responder as necessidades sociais, consideradas como sinônimo de necessidades de manutenção e reprodução do modo de produção (Mendes Gonçalves, 1992), que se reproduz em necessidades de reprodução das classes sociais.

Foi com esse entendimento e tomando o corpo de conhecimentos teóricos desenvolvido pelo campo da Saúde Coletiva que os trabalhadores da saúde, tanto os dos serviços de saúde – os executores da política pública - quanto os da academia propuseram e operacionalizaram reorientações no processo de produção em saúde.

O processo de produção em saúde é a conjugação de vários processos de trabalho em saúde que se organizam com a finalidade de aprimorar os perfis epidemiológicos do coletivo, tendo em conta a heterogeneidade das classes sociais ou, no dizer de Queiroz, Salum (1997), dos grupos sociais homogêneos³ (são homogêneos quanto às suas condições de reprodução social) que constituem um dado território.

A Epidemiologia Crítica, que definiu o conceito de perfis epidemiológicos, sustenta que eles são compostos pelos perfis de reprodução social e pelos perfis saúde-doença do coletivo que conforma um território (Laurell, Noriega, 1989; Breilh, Gandra, 1996; Queiroz, Salum, 1996).

Neste estudo tomou-se perfil de reprodução social como

o conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio

³ Nesse trabalho Queiroz, Salum (1997) atualizaram indicadores a partir do referencial da Epidemiologia Crítica, para captar condições de reprodução social semelhantes, possibilitando com esses indicadores a operacionalização de uma leitura da heterogeneidade do coletivo que habita um território. Por isso é que nesta pesquisa optou-se pela utilização do termo “grupos sociais homogêneos”.

dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam (Campaña, 1997:133)

Adotou-se ainda a definição de perfil saúde-doença como os “padrões ou características em relação a sua constituição biológica e mental que adquirem os seres humanos, segundo o[s] perfil[is] de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais” (Campaña, 1997: 133).

Com este entendimento, pode-se então afirmar que os processos de trabalho em saúde são instaurados com a finalidade de aprimorar os perfis epidemiológicos dos grupos sociais de um determinado território.

Genericamente processo de trabalho é

uma seqüência de operações sistematicamente reguladas, efetuadas pelos agentes do processo de trabalho que “trabalham” um objeto de trabalho (matéria bruta, matéria prima, animais domésticos, terra, etc.), empregando para tal fim instrumentos de trabalho (ferramentas mais ou menos elaboradas, máquinas, etc.) de maneira a “transformar” o objeto de trabalho, por um lado, em produtos próprios a satisfazerem as necessidades humanas diretas (alimentação, vestuário, moradia, etc.) e, por outro, em instrumentos de trabalho destinados a garantir a prossecução ulterior do processo de trabalho (Althusser, 1999: 45 – destaques no original).

Para Mendes Gonçalves (1992) o trabalho pode ser definido como um processo de transformação intencional e não espontânea da natureza para a satisfação de carecimentos, mediante a atividade humana.

Para viver, segundo Marx, Engels (1993: 39-40), precisa-se antes de tudo satisfazer as necessidades humanas básicas – as que garantem a sobrevivência física - comer, beber, habitar, vestir-se, entre outras necessidades. O primeiro ato histórico do homem, portanto, foi a produção dos meios que permitiram a satisfação dessas necessidades que imediatamente instauraram novas necessidades. O que conduz à produção de novas necessidades é a satisfação de necessidades anteriores, ou seja, a ação de satisfazê-las e a aquisição do instrumento que realizou aquela ação.

O processo de trabalho, então, contém em um dos seus momentos o carecimento, que será satisfeito com o que foi produzido nesse processo de trabalho. Logo, a intencionalidade humana está presente desde o início do processo, na delimitação do objeto a partir da natureza e continua ao longo de todo processo para a obtenção da

resposta ao carecimento que desencadeou o processo de trabalho. Para isso o homem subordina sua vontade a um projeto que imprime no material a ser transformado (o objeto) que é a antevisão da finalidade do processo de trabalho, que contém em si a potencialidade de responder ao carecimento (Mendes Gonçalves, 1992).

Satisfeito o carecimento, o homem jamais será o mesmo, pois ampliou para si a possibilidade de retirar da natureza a satisfação do seu carecimento, conheceu mais as potencialidades da natureza, praticou e aprimorou a destreza com os instrumentos de trabalho, humanizando-se. Ao repetir o ciclo do processo, reproduz-se enquanto espécie, enquanto grupo – uma vez que ao socializar o resultado do trabalho compartilha também a forma de obtê-lo – e humaniza a natureza, ampliando o domínio das forças naturais nele e fora dele (Mendes Gonçalves, 1992).

Assim, o que diferencia o homem, ser natural, de outros animais é a potência que tem para responder ao carecimento através do processo de trabalho e desta forma, para diferenciar do carecimento dos outros animais, este passará a ser nominado de necessidade. Necessidade significa então ter como requisito a sua satisfação em potência, ou seja, “as necessidades aparecem como aquilo que precisa “necessariamente” ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser” (Mendes Gonçalves, 1992: 19 – destaque no original). Essa concepção identifica nas necessidades humanas e nas formas de satisfazê-las – os processos de trabalho – o fundamento da própria socialidade, posteriormente traduzidas em várias modalidades de formações sociais.

Uma vez que o homem precisa ter necessidades e referir-se ativamente à natureza e combatê-la para dela tirar (Althusser, 1999) o que precisa para atender as suas necessidades por meio do trabalho, “como forma naturalmente humana de vir a ser”, fica assim estabelecida uma consubstancialidade entre necessidade e trabalho (Mendes Gonçalves, 1992: 19).

Desta forma, tanto as necessidades quanto sua objetivação em produtos obtidos por meio de processos de trabalho não são de, nem para, um só indivíduo – daí serem sociais. Tampouco são naturais ou fixas, modificam-se e transformam-se nos diferentes momentos do desenvolvimento do conhecimento e da vida em sociedade e por isso devem ser compreendidas a partir da sua socialidade e historicidade. Exemplo disso é a necessidade de satisfação da fome, que é diferente ao longo dos tempos (Heller, 1986).

Com esse entendimento pode-se afirmar que além da consubstancialidade, existe também uma circularidade entre necessidades e processos de trabalho. Essa

circularidade é estabelecida a partir de uma necessidade a ser satisfeita e do reconhecimento na natureza do que virá a ser o objeto que, a partir do processo de trabalho, transformar-se-á no produto que satisfará aquela necessidade que, uma vez satisfeita, reiterar-se-á ou ampliar-se-á, criando indivíduos para os novos processos de trabalho que satisfarão outras necessidades (Mendes Gonçalves, 1992). Assim, os processos de trabalho são instaurados para responder a necessidades de um determinado grupo num dado tempo histórico, ou seja, são social e historicamente definidos.

Afirmar que as necessidades são socialmente definidas implica entender que essas necessidades são definidas por referência a indivíduos social e historicamente determinados, heterogêneos, pois têm diferentes inserções sociais - são sempre necessidades de indivíduos (Mendes Gonçalves, 1992).

Diferentemente, o conceito de necessidade social tomado como necessidade da sociedade, não considera as necessidades de todos os indivíduos que compõem a sociedade, como sugere. O termo sociedade é englobante, universalizador e insinua que sua estrutura é composta por um grupo de indivíduos homogêneos que estabelecem entre si relações sem conflitos. Assim, a necessidade social é definida

não como totalidade, média ou tendência de desenvolvimento das necessidades individuais do correspondente particular, nem tampouco como necessidade pessoal 'socializada', mas como sistema de necessidades geral, definida por cima dos indivíduos e de suas necessidades pessoais (Heller, 1986: 77 – destaques no original).

Nesse sentido, essa concepção toma as necessidades como se fossem as de todos os indivíduos. A determinação dessas necessidades é feita a partir da necessidade de alguns indivíduos por sobre os outros, sob o manto da “validade geral” definida por esses “representantes” das necessidades sociais, ou seja,

como encarnação da 'universalidade' e da 'socialidade', as necessidades efetivas dos privilegiados ou dos líderes do movimento social decidem quais dentre as necessidades da classe (quer dizer, da imensa maioria da população) são 'justas' e quais 'injustas': desta forma as necessidades da maioria são consideradas como 'não verdadeiras' (Heller, 1986: 78 – destaques no original).

Recusa-se desta forma a concepção de necessidades fundada pela idéia de igualdade entre as necessidades dos indivíduos, por ocultar que nessa pretensa igualdade as necessidades

prevalecentes são as dos “privilegiados” (Heller, 1986: 78). Assim, necessidades sociais são as necessidades atinentes à manutenção desses privilégios, em última instância, necessidades de manutenção e reprodução do modo de produção (Mendes Gonçalves, 1992: 35-6).

É por isso que se toma a necessidade de indivíduos, necessidades que são socialmente produzidas e que podem ser tomadas a partir “da média das necessidades dirigidas a bens materiais em uma sociedade ou classe” (Heller, 1986: 80), as “necessidades necessárias”.

Com essa compreensão é possível afirmar que a hegemonia do modo de produção capitalista nas formações sociais determinou mudanças nas necessidades sociais, que promoveram mudanças substanciais nas necessidades socialmente determinadas (Salum, Queiroz, Soares, 1999).

O estabelecimento de mudanças significativas na conjuntura de uma formação social, requisito para a instauração de um dado modo de produção, depende, segundo Althusser (1999), da conjunção de modificações nos acontecimentos políticos (relações de classes e Estado) e científicos (desenvolvimento do conhecimento científico).

Assim, a instauração do modo de produção capitalista foi possível graças à conjunção entre a ascensão da burguesia, a Revolução Francesa e a fundação da matemática e da física, que deu sustentação às transformações conjunturais necessárias. A ciência colocou “o conhecimento a serviço do projeto revolucionário do capitalismo”, conservando os princípios da lógica formal que explicava o mundo através da causalidade linear (Salum, Queiroz, Soares, 1999: 8), tornando dessa forma possível ocultar a causalidade das diferenças sociais ao interpretar a realidade.

A consolidação da hegemonia do modo de produção capitalista determinou intensa modificação em aspectos fundamentais das estruturas da sociedade, em especial nas relações entre os homens através do trabalho (Mendes Gonçalves, 1992).

A relação entre as necessidades humanas, o trabalho e as relações sociais passou por um ponto de inflexão. As necessidades humanas satisfeitas por meio dos processos de trabalho eram reiteradas ou ampliadas após sua satisfação. Essas necessidades ampliadas “engendram novas relações sociais e o acréscimo de população engendra novas necessidades” (Marx, Engels, 1993: 41) e estabelecem outras relações sociais além da inicialmente única relação social estabelecida - no âmbito privado - a família.

A partir da preponderância do capitalismo nas formações sociais, a relação do trabalho para responder as necessidades humanas e sua ampliação, seu aprimoramento, e o estabelecimento de relações sociais também mais ampliadas e solidárias ficou sobredeterminado pela nova finalidade primordial do trabalho – a produção de excedentes.

A finalidade do trabalho passou a ser a produção do lucro, respondendo às necessidades do capital, do atendimento de seus imperativos expansionistas (Antunes, 2000), desta forma a necessidade social passou a ser a reprodução do capital.

O aprimoramento das necessidades humanas deixou de ser a primazia do trabalho nas formações sociais capitalistas, à medida que o trabalho humano foi ficando subsumido aos instrumentos de trabalho – por exemplo as máquinas – e desta forma a atividade pôde ser realizada sem que o projeto do resultado estivesse guiando e subordinando a vontade do trabalhador (Althusser, 1999; Antunes, 2000).

Nessa forma de trabalho – que aliena o trabalhador do seu trabalho (Mendes Gonçalves, 1992) – a atividade que garantia a autoprodução e a reprodução societal foram sendo substituídas, no máximo, pela garantia da reprodução material.

A lei da acumulação capitalista [foi] mistificada em lei natural (...). [Nesse modo de produção] o trabalhador existe para as necessidades de expansão dos valores existentes, ao invés de a riqueza material existir para as necessidades de desenvolvimento do trabalhador (Marx, in Mendes Gonçalves, 1992: 23).

Para alcançar o intento do projeto capitalista as relações de produção são relações de exploração do trabalho, traduzidas na relação desigual estabelecida entre o proprietário dos meios de produção (matéria prima, instrumentos de produção, prédio) e aqueles indivíduos que só têm a posse de sua força de trabalho, cuja utilização será vendida aos donos dos meios de produção, por determinado tempo (Althusser, 1999), ficando assim caracterizadas duas classes diferentes, a dos donos dos meios de produção e a trabalhadora, a dos que só tem para dispor a sua força de trabalho - ou como designa Antunes (2000: 103) – “a classe-que-vive-do-trabalho”, na qual se incluem não só os indivíduos inseridos no mercado de trabalho (formal ou informal), mas também os desempregados.

E assim o capital, através da organização do trabalho, provocou a cisão entre a produção voltada para o atendimento das necessidades humanas vitais e as necessidades de reprodução de si mesmo, “valendo-se para tanto de meios destrutivos que excluem a maior parte da humanidade dos benefícios da produção, da ciência e da tecnologia” (Aguiar, 2001: 16).

Embora o projeto de instauração do modo de produção capitalista não prescindisse da utilização de meios destrutivos que provocavam desigualdades estruturais, instaurou-se com o beneplácito da sociedade.

Isto ocorreu graças a um processo de convencimento da sociedade civil, feito não só por mecanismos ideológicos que procuravam manter um certo consenso provisório, mas muitas vezes às custas da utilização de força física (Mendes Gonçalves 1992).

Foi então que, apesar de instaurarem a desigualdade estrutural, as sociedades capitalistas propunham, por meio de mecanismos ideológicos e por outros mecanismos de caráter falacioso, a aceitação de que a igualdade não só era desejável e possível como era essa a formação social que constituía o caminho mais rápido para alcançá-la (Mendes Gonçalves, 1992).

Como fruto do embate entre os conflitos e negociações da sociedade civil com o Estado para viabilizar o consenso provisório tão necessário à manutenção da estabilidade das relações sociais foram conquistados alguns direitos para as classes mais “desiguais”, a começar pelo direito do consumo, fundamental nessa estrutura social. Complementarmente ampliou-se a concepção dos limites dos direitos sociais (Mendes Gonçalves, 1992: 36), a começar pelos direitos civis como o direito de ir e vir, que viabilizava possibilidades de estabelecimento de contratos e dos direitos políticos e de cidadania.

Nesse contexto, “as necessidades ampliaram-se numa escala global” e, se por um lado a ampliação das necessidades poderia potencializar a constituição de novas forças produtivas, o que se pode constatar é que o capitalismo “realizou a sua extensão como expansão das necessidades” (Carneiro, 2003: 119).

Uma vez que as necessidades têm como requisito a sua satisfação em potência (Marx, Engels, 1993), a expansão das necessidades que poderiam ser satisfeitas por meio de objetos, as mercadorias, “ampliou o comércio mundial e foi precursora da revolução industrial, constituindo o mundo moderno (...)” (Carneiro, 2003: 120).

Foi-se estabelecendo então que as necessidades humanas seriam mitigadas pela aquisição de produtos, as mercadorias.

Segundo Marx, em Carneiro (2003: 124),

a mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa que pelas suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa.

Desta forma, produto dos processos de trabalho organizados para produzir excedentes com a finalidade de gerar o lucro, a mercadoria foi se instaurando como resposta às necessidades humanas de toda espécie.

Um dos pilares ideológicos do projeto capitalista foi a “noção de abundância”, que propunha a superação da pobreza e escassez material por meio da produtividade do trabalho e do crescimento econômico. A abundância material tornou-se viável através do processo de industrialização, via de reorganização do trabalho que instaurou a exploração da força de trabalho, e do ponto de vista social tornou-se possível por meio da ampliação dos direitos sociais e do conseqüente aumento do consumo constituído pela esfera popular do mercado (Vaitsman, 1992: 160).

Na fase inicial do capitalismo as mercadorias excedentes do processo de produção que eram destinadas ao consumo social constituíam produtos de luxo, acessíveis a parcelas reduzidas da população, a aristocracia (Carneiro, 2003).

O aumento da produção de mercadorias e da sua oferta através do comércio mundial possibilitou a ampliação dos mercados consumidores e o aumento desse mercado transformou artigos destinados ao consumo de luxo em produtos cujo consumo responderia a necessidades básicas. O açúcar, as especiarias e o chá já tiveram esse estatuto (Carneiro, 2003).

Desta forma constituíram-se as bases econômica e política para que o projeto capitalista fosse garantindo a sua hegemonia, por meio do estabelecimento da ideologia da igualdade e do direito ao consumo de bens “incessantemente criados”, o que foi definindo necessidades humanas como inesgotáveis, uma vez que “a sociedade moderna poderia garantir potencialmente a todos, através do princípio da igualdade entre os cidadãos, o acesso àquilo que antes era privilégio dos chefes ou dos nobres” (Vaitsman, 1992: 160).

Segundo Carneiro (2003: 122), se o pensamento antigo atacou o luxo e o associou à “luxúria carnal”, na época moderna paralelamente ao desenvolvimento do comércio a “opinião filosófica, econômica e moral” acentuava que a infinitude dos desejos e sua proliferação representavam o caminho natural. Esse “ideário inspirou toda a teoria econômica clássica”.

A delimitação do conceito de necessidade no seu sentido concreto, operacional, foi feita pela Economia Política que, ao incorporar o conceito de necessidades da perspectiva antropológica, conseguiu fundi-lo a um sujeito. “A carência, a necessidade de algo é sempre a do sujeito econômico, o homo economicus, esse ‘maximizador de utilidades’ que se comporta possessivamente frente aos demais gerando, assim, uma esfera própria, o mercado” (Stotz, 1991: 50 – grifo no original).

As necessidades definidas a partir do interesse pessoal e “do primado do desejo individual (...) se estabelecem como pressupostos morais da expansão objetiva de

mercadorias [e por isso] a necessidade maior torna-se (...) o próprio estado de desejar”, que é insaciável (Carneiro, 2003: 122).

Nesse sistema produtor de mercadorias (Antunes, 1997: 92), trabalho e emprego passaram a ser tomados como sinônimos e “o ser social que trabalha deve ter somente o necessário para viver, mas deve ser constantemente induzido a querer viver para ter ou sonhar com novos produtos” (Antunes, 1997: 92).

Essa correlação entre os indivíduos e os objetos (mercadorias) que são induzidos a consumir constitui as “necessidades alienadas” ou criadas, que nas formações sociais dependentes do modo de produção capitalista, são criadas em função da ampliação do capital. Tais necessidades, criadas e traduzidas no consumo de bens e mercadorias, tornam-se constituintes do imaginário, das aspirações, dos desejos e são inesgotáveis, produzidas segundo a lógica de produção e consumo de mercadorias (Heller, 1986: 172).

Desta forma, as necessidades alienadas foram adquirindo prioridade sobre todas as outras necessidades humanas. Porém, as necessidades concretizam-se nos indivíduos de maneira desigual e não exclusivamente definidas pelas características singulares desses indivíduos, pois desiguais são os acessos aos objetos que respondem a essas necessidades.

Essas diferenças são determinadas pela inserção e posição que os indivíduos ocupam nas relações de produção. No capitalismo, necessidade é um conceito relacionado à propriedade privada e à produção de mais valia e tem sua gênese na divisão do trabalho (Heller, 1986).

O desenvolvimento da divisão do trabalho e da produtividade criam, junto com a riqueza material, também a riqueza e a multiplicidade das necessidades; porém, as necessidades se expressam sempre em virtude da divisão de trabalho: o lugar ocupado (...) na divisão do trabalho determina a estrutura da necessidade, ou ao menos, seus limites (Heller, 1986: 23).

Tanto é assim que as necessidades vêm se tornando mais complexas e sofisticadas para os capitalistas, grupo que se localiza na “alta esfera do [mercado de] consumo” (Sader, 2003: 142), distanciando-se das necessidades imediatas de sobrevivência, ao mesmo tempo em que para a classe-que-vive-do-trabalho tornam-se cada vez mais próximas do limite mínimo necessário para a manutenção da vida.

Contemporaneamente a expansão do capital vem sendo realizada de maneira diferente dos primórdios do capitalismo na sua fase comercial, em que havia a primazia

da produção de mercadorias. Atualmente a expansão do capital é realizada pelo domínio do mercado financeiro, dissociado da esfera da produção e do consumo, o que vem determinando decréscimo nos índices de consumo mundial e que se coaduna com um número crescente de parcelas da população submetidas à impossibilidade de terem atendidas necessidades atinentes à sua sobrevivência.

Com isso, embora haja um apelo ao consumo, que também é diferente para os diferentes grupos, para a acumulação capitalista há um excedente de força de trabalho e um apelo ao consumo de luxo em detrimento do consumo popular (Sader, 2003). Assim, paralelamente à indução do consumo – especialmente de objetos que satisfazem as necessidades alienadas - há uma diminuição significativa das necessidades humanas que aprimoram a essência do homem, uma vez que a

forma de expressão mais significativa do empobrecimento das necessidades é sua redução e homogeneização. Ambas caracterizam tanto as classes dominantes como a (...) [classe-que-vive-do-trabalho], porém de modo desigual... Para as classes dominantes esse ter é posse efetiva (...). A necessidade de ter do trabalhador, pelo contrário, diz respeito à sua mera sobrevivência: vive para manter-se (...). O trabalhador deve privar-se de toda necessidade para poder satisfazer uma só, manter-se vivo (Heller, 1986: 64-5).

Segundo Carneiro (2003: 124 – grifo no original) Marx opõe o “reino de necessidades ao reino de liberdade”, afirmando que o homem está livre para desejar o que quiser e exercitar a sua criatividade somente depois que superar as necessidades básicas – as atinentes à manutenção da vida – ou seja, “após a superação da ‘fome do corpo’ se vislumbraria no horizonte a satisfação das necessidades sempre renováveis do espírito”.

Pode-se afirmar que é grande a parcela da humanidade que está atrelada ao reino das necessidades sem perspectivas de superá-lo e mais do que isso, essa parcela já se localiza abaixo do que havia sido demarcado como o limite, consensuado eticamente, abaixo do qual não haveria possibilidade de vida digna. Essa parcela permanece enredada no difícil exercício cotidiano de continuar existindo.

Foi desta forma que a hegemonia do modo de produção que instaurou como necessidade social a reprodução do modo de produção e a acumulação do capital determinou uma mudança substancial nas necessidades socialmente determinadas.

Para Mendes Gonçalves (1992), as práticas de saúde foram uma das frentes mais importantes de constituição da racionalidade moderna, processo que não se deveu a um

movimento exclusivamente intelectual, mas que foi decorrência principalmente do novo desafio imposto pela necessidade social de implementação e legitimação das modificações nas relações sociais necessárias ao modo de produção ainda incipiente. O desenvolvimento da ciência possibilitou um novo recorte do que passou a ser o objeto de intervenção das práticas de saúde.

Assim, o projeto da ciência médica articulou-se ao projeto do capitalismo com grande êxito, dada a capacidade de responder mais efetivamente às novas necessidades sociais de saúde que emergiram com o capitalismo (Mendes Gonçalves, 1992).

Vale lembrar que necessidades sociais são necessidades dos representantes da sociedade que a definem como um sistema geral de necessidades, como se fosse a de todos os indivíduos que compõem aquela dada formação social (Heller, 1986).

Como as necessidades de saúde interpõem-se processos de trabalho em saúde para satisfazê-las, com o capitalismo emergiram diferentes possibilidades de apreensão da realidade para conformar distintos objetos de intervenção.

Com o advento do capitalismo e das relações de produção que se estabeleceram, os corpos humanos adquiriram novo significado social além de serem sede da força de trabalho, a capacidade de trabalhar associou-se à capacidade de vender sua energia temporariamente. Tornou-se então necessário que essa força de trabalho estivesse disponível para ser vendida e consumida tanto em quantidade quanto em qualidade adequadas para essa nova dinâmica da produção social (Mendes Gonçalves, 1992).

Atendendo a essa nova necessidade social de saúde - disponibilizar corpos em quantidade e qualidade satisfatórias para o trabalho industrial nascente - as práticas de saúde responderam por meio de duas vertentes principais de atuação: uma voltada ao controle da ocorrência de doença (sinônimo de impossibilidade de trabalhar), evitando-a, e outra voltada à recuperação da força de trabalho já incapacitada pela doença, repondo-a no processo de trabalho (Mendes Gonçalves, 1992).

Outra necessidade social era manter o consenso acerca das virtudes potenciais desse modo de produção e manter estáveis as relações sociais, requisito para a viabilização do capitalismo. Essa necessidade já parcialmente respondida pela ampliação dos direitos, a começar pelo direito ao consumo e pelo princípio da igualdade, de caráter falacioso que carecia de reforço.

O projeto da saúde respondeu a essas novas necessidades sociais instaurando processos de trabalho concebidos a partir do princípio político-ideológico da igualdade.

Desta forma, todos os processos de trabalho em saúde instaurados para atender as necessidades sociais em saúde tomaram o princípio da igualdade como característica fundante dos objetos de intervenção de suas práticas, não considerando a sua dimensão “imediatamente social” (Mendes Gonçalves, 1992: 39), e com essa manobra perpetrando o obscurecimento dos determinantes das desigualdades sociais e sua naturalização.

Foi com essa concepção que o trabalho em saúde reorganizou-se e, em resposta à demanda do controle da ocorrência de escassez de mão de obra para o trabalho fabril, desenvolveu-se nas sociedades capitalistas a partir do projeto de controlar a doença em escala social, de recuperar a força de trabalho já acometida pela doença e “de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas” – demanda até então inédita para o campo da saúde (Mendes Gonçalves, 1992: 36).

Essas necessidades de saúde porém só puderam ser plenamente respondidas com o desenvolvimento do conhecimento científico (por exemplo, a Fisiologia e a Patologia), que possibilitou tanto a apreensão do objeto – a doença – como o desenvolvimento de instrumentos de intervenção (por exemplo, as técnicas cirúrgicas e os medicamentos) (Mendes Gonçalves, 1992). De toda forma, e com as limitações já referidas, organizaram-se na saúde, processos de trabalho que compunham dois modelos complementares.

Um deles, o modelo Epidemiológico, tomou a necessidade do controle das doenças em escala social e a transformou em projeto que guiou o processo de trabalho. Fundamentou-se na concepção da doença como fenômeno coletivo e assim tomou como objeto de intervenção o conjunto de casos de uma doença em uma determinada localidade e como finalidade a diminuição ou estabilização de casos novos por ocorrer. A intervenção era feita utilizando-se como instrumentos primordialmente o saneamento ambiental e a educação em saúde (Mendes Gonçalves, 1992). Ressalte-se, como já citado anteriormente, que o coletivo era uma referência à espécie humana, ou seja, ao conjunto homogêneo de indivíduos.

O outro, o modelo Clínico, tomou a necessidade de recuperação dos doentes (ou da força de trabalho) e transformou-a em projeto que guiou o processo de trabalho, instaurado a partir da concepção da doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano, ou seja, como fenômeno individualizante e biológico que tomou como objeto de intervenção o corpo reduzido a suas dimensões biológicas, excluindo as dimensões sociais de cada corpo individual (Mendes Gonçalves, 1992).

O modelo Clínico respondeu também à necessidade social de implementar e legitimar as mudanças nas relações sociais requeridas pelo capitalismo, mantendo o consenso possível para a manutenção da estabilidade dessas relações. Assim, em um só movimento esse modelo conjugou-se

com o individualismo político-ideológico, que é a forma mais concreta da realização do princípio da igualdade, e com a naturalização do fenômeno assim recortado, que deixa de ser imediatamente social. O produto do processo de trabalho assim estruturado é um bem só consumível individualmente, com o que o acesso a ele se torna peça funcional nas negociações que parcialmente resolvem os conflitos sociais (Mendes Gonçalves, 1992: 39).

Decorrente dessa articulação tão íntima e coerente que respondeu tão satisfatoriamente às necessidades sociais trazidas pelo modo de produção capitalista, o trabalho em saúde identificado com a clínica individual chegou à dominância e ainda é o hegemônico.

O conceito de necessidade que emergiu da economia política (Heller, 1986; Stotz, 1991; Mendes Gonçalves, 1992) foi apropriado pelo campo da saúde, mais especificamente o da Saúde Pública, para ser utilizado como um conceito operacional, um conceito que serviria como instrumento para melhor delimitar onde deveriam ser aplicados os recursos financeiros (Stotz, 1991). Definir as situações nas quais deveriam ser aplicados os recursos era uma necessidade do setor saúde.

Para esse fim, a Saúde Pública integrou ao conceito de necessidade a abordagem sociológica e antropológica do funcionalismo, dando origem ao conceito de necessidades de saúde, cunhado para ser utilizado como operacional pelo enfoque normativo do Planejamento em Saúde, que segundo Stotz, (1991:16) - amparado por estudo de Luis David Castiel – é aquele “voltado para a racionalização de recursos escassos e que tem como implicação a atenção a interesses parciais de uma dada sociedade”.

Esse autor apontou também que o conceito utilizado na sua dimensão concreta – a operacional – pelo Planejamento em Saúde não foi desenvolvido na sua dimensão abstrata, atinente ao campo da filosofia.

A integração do conceito operacional de necessidades de saúde com a abordagem do funcionalismo - “teoria que acentua as características funcionais, o uso efetivo dos

seus objetos mais do que a sua estrutura ou as suas propriedades estáticas” (Lalande, 1999: 1268), trazida para a saúde especialmente por Parsons, agregou à interpretação do processo saúde-doença o conceito de disfunção ou anomia para os desvios, as doenças, que deveriam ser corrigidas para atingirem a normalidade definida pela medicina. A saúde passou a ser compreendida como estado de bem estar, determinada pela capacidade do indivíduo de adotar comportamentos saudáveis, adaptando seu organismo ao meio em que vive, permitindo que esse indivíduo atuasse de acordo com as funções e tarefas para as quais foi preparado (Stotz, 1991).

Tal como Mendes Gonçalves (1992), Stotz (1991) também acredita que necessidades de saúde e necessidades de serviços ficaram articulados e necessidade de saúde passou a designar uma condição que requer serviços de saúde. Com essa concepção a Saúde Pública apreendeu necessidades de saúde como um conceito “referido a um sujeito abstrato, cujas carências são institucionalmente respondidas pela sociedade” (Stotz, 1991: 50), numa sociedade de mercado.

Assim apreendido o conceito operacional de necessidades, o planejamento normativo em saúde precisava caracterizar as necessidades de saúde, ou melhor, as necessidades de consumo de serviços de saúde, para melhor distribuir os recursos financeiros para o setor e freqüentemente aparece citado na literatura como sinônimo de problemas de saúde. Citando Pineault (1987), Stotz (1991) considerou problemas e necessidades - traduzidas em demandas por assistência - como noções conexas e necessidade, nessa perspectiva concreto-operacional, como a tradução operacional do problema, diferentemente da perspectiva desenvolvida por Heller (1986) e Mendes Gonçalves (1992) em parte, ou seja, a dimensão abstrata do conceito de necessidades.

Uma vez que o contexto de definição do conceito de necessidades de saúde pelo enfoque normativo do Planejamento em Saúde era o da abordagem funcionalista do processo saúde-doença, problema correspondia a uma deficiência no estado de saúde definida pelo indivíduo, médico ou coletividade e necessidade de saúde o déficit entre o estado ótimo de saúde, definido por uma normatividade pré-estabelecida, e o estado atual do indivíduo (Stotz, 1991).

Ou seja, necessidade de saúde foi tomada para traduzir a medida do desvio da normalidade, quanto maior o desvio, maior a necessidade de saúde. Dito de outra forma, necessidades de saúde representariam o que é necessário para passar do estado de saúde observado (problema) ao estado de saúde desejado (norma). Essa definição concreto-

operacional do conceito de necessidades de saúde assume explicitamente a perspectiva do planejador, do técnico ou da instituição que oferece o serviço de saúde.

O planejamento normativo em saúde, para tomar também a perspectiva do indivíduo e da coletividade, lançou mão da taxonomia de necessidades realizada por Bradshsaw em 1972 (“necessidades sentidas, expressas, normativas e comparativas”), que coerentemente à concepção de saúde-doença que a instaurou, tomou os indivíduos sem considerar a sua historicidade e as suas relações sociais, tomando-os na sua generalidade (Stotz, 1991).

Uma vez que as necessidades concretizam-se nos indivíduos de maneira desigual, a partir do lugar que ocupam na reprodução social (Heller, 1986), e pela reciprocidade existente entre necessidades e processo de trabalho (Mendes Gonçalves, 1992), as práticas em saúde devem levar em conta que a sociedade não é uma comunidade, conceito no qual subjaz “uma idéia romântica de grupo unido e estável, com objetivos comuns, [que] mascara a realidade social, processual e, portanto, dinâmica e histórica” (Calipo, 2002: 109).

Os processos de trabalho, do ponto de vista operacional deveriam ser instaurados a partir do conhecimento das diferenças existentes entre os grupos sociais homogêneos, deveria tomar a satisfação das necessidades de saúde como projeto.

Necessidades de saúde, no entanto, estão quase sempre referidas à assistência, representadas pela procura de cuidados médicos e pela oferta de serviços de saúde. O usuário busca ativamente os estabelecimentos de saúde para consumir um produto, no caso da saúde, uma intervenção (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

Portanto, o resultado dessas intervenções tem sido reconhecido como necessidade e a partir da solução antevista para cada necessidade, o usuário sabe o que precisará consumir e a busca por essa intervenção fica sempre reiterada e por isso

o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente ‘contexto instaurador de necessidades’. Assim, há uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996: 30).

No processo de produção de serviços de saúde os processos de trabalho deveriam tomar como finalidade atender as necessidades de saúde reveladas na construção dos

perfis epidemiológicos dos grupos sociais homogêneos que constituem um território. Isso deveria servir de base para a constituição do modelo de atenção.

Para a Saúde Coletiva, atender essas necessidades deveria significar tomar o conceito da determinação social do processo saúde-doença para instaurar processos de trabalho que respondam por elas no âmbito das raízes dos problemas, do determinante, e também nos dos resultados, a doença propriamente dita, e encaminhar a política pública de saúde na direção do direito universal.

É bem verdade que a Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas tem que responder a uma rede de necessidades que podem estar em conflito, que vão além das necessidades de saúde da população (necessidades dos trabalhadores, dos gestores, das políticas públicas, dos autores dos programas, dos órgãos financiadores, entre outros).

Tanto que as propostas de atenção à saúde atuais têm convergido para a atenção focal, alimentando o conflito entre a efetivação do direito à saúde e a garantia de um mínimo necessário para a sobrevivência de grupos específicos (Calipo, 2002).

Desta forma, a partir da ótica conformada neste estudo, tomar o conceito de necessidades em saúde como operacional para conformar a atenção em Saúde Coletiva, “alicerçado no entendimento de que as necessidades de saúde são decorrentes das formas como os grupos se inserem na reprodução social” (Campos, Soares, 2003: 622), não deveria significar o desrespeito à concepção da determinação do processo saúde-doença, nem o desrespeito à saúde como direito, conquista política legitimada pela Constituição Federal de 1988 e operacionalizada no SUS.

A partir dessa apresentação teórico-conceitual do conceito de necessidades, é possível afirmar uma certa tipologia de necessidades, qual seja, a abordagem do conceito na sua dimensão abstrata, neste estudo apresentada sobretudo por Agnes Heller (Heller, 1986) e por parte do estudo de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (Mendes Gonçalves, 1992); a abordagem do conceito na sua dimensão concreto operacional, nesta pesquisa apresentada especialmente por Eduardo Navarro Stotz (Stotz, 1991) e ainda uma abordagem que faz a articulação entre as duas dimensões, neste estudo apresentada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (Mendes Gonçalves, 1992).

Necessidades de saúde nesta pesquisa serão abordadas no âmbito operacional do conceito, uma vez que a intencionalidade deste estudo foi investigar as necessidades de saúde reconhecidas como objeto das práticas numa Unidade Básica de Saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Dadas as características históricas do objeto de investigação, este estudo pautou-se na abordagem qualitativa de pesquisa, para captar a realidade dinâmica e complexa “em sua realização histórica” (Lüdke, André, 2001: 5), e em consonância com os pressupostos teóricos que o orientaram.

Além disso, partiu-se da premissa de que existe uma inter-relação, uma mútua influência entre o objeto de estudo e o pesquisador. O pesquisador processa o conhecimento sobre o fato pesquisado a partir do que já conhece sobre o assunto, ou seja, ele interroga os dados empíricos munido de seus princípios e pressuposições teóricas e “esse trabalho vem carregado e comprometido com todas as peculiaridades do pesquisador, inclusive e principalmente com as suas definições políticas” (Lüdke, André, 2001: 5). Desta forma, existe uma mútua relação entre sujeito e objeto que demarca uma não neutralidade entre o pesquisador e o que ele estuda.

Configurou-se como um estudo de caso, que se caracteriza “pelo estudo profundo e exaustivo de um ou [de] poucos objetos, de maneira a permitir [o] conhecimento amplo e detalhado do mesmo” (Gil, 1991: 78).

Segundo Triviños (1987), as características do estudo de caso são dadas pela natureza e abrangência da unidade que se estuda, que pode ser um sujeito, um grupo de pessoas que compõem um território ou fazem parte de uma instituição e sua complexidade é determinada pelo arcabouço teórico que norteia a pesquisa.

Para Chizzotti (2000: 102)

o caso é tomado como unidade significativa do todo e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção. É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais presentes em uma dada situação.

O estudo de caso, embora tenha sido original e tradicionalmente utilizado pela pesquisa médica e psicológica para a análise detalhada de um caso individual, vem sendo amplamente utilizado nas ciências sociais para estudos de uma organização ou mesmo de uma população de um determinado território. O objetivo do estudo de caso é permitir uma compreensão abrangente do grupo estudado, no que diz respeito aos seus

membros, às modalidades de atividade e de interação e seus componentes. Ao mesmo tempo “o estudo de caso também tenta desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estrutura sociais” (Becker, 1999: 118), o que possibilita que o estudo possa ser representativo de outras estruturas com características semelhantes.

3.1 O campo do estudo

3.1.1 O município de São Paulo e o processo de conformação dos distritos administrativos e de saúde

O município de São Paulo é descrito por Sposati (2001) como “uma cidade despedaçada”, dilacerada em forma e em conteúdo, na qual os diferentes pedaços aproximam-se numa composição da topografia social da metrópole marcada pela relação exclusão/inclusão social.

Os munícipes, que são em torno de 10 milhões, expressam sentimentos de “orfandade cívica, mesclada com a raiva, a confusão urbana e a depredação da cidade” Sposati (2001: 14). Há ainda a população não computada pelos censos oficiais do país, os moradores sem casa, que vivem nas ruas. A contagem desses habitantes da cidade foi feita pela Fipe (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), contratada pela prefeitura municipal em abril de 2000, que registrou 8.706 pessoas sem endereço. Essas condições foram construídas ao longo de uma história que implementou o cultivo dos valores individuais, do favorecimento do mercado imobiliário e da concentração do capital financeiro nas mãos de poucos privilegiados, em detrimento dos valores coletivos (Sposati, 2001: 14).

No período de 1900 e 1940 a população de São Paulo passou de 239.820 para 1.326.261 habitantes e as condições de infra-estrutura do município não foram implementadas na mesma proporção do crescimento da população.

Com a incumbência de facilitar a gestão, a partir de 1944 o município, considerado um distrito no âmbito estadual, foi sendo subdividido em subdistritos ao longo das diferentes administrações municipais, até que em 1991 São Paulo contava com 56 agregações territoriais – os distritos e os subdistritos (Sposati, 2001).

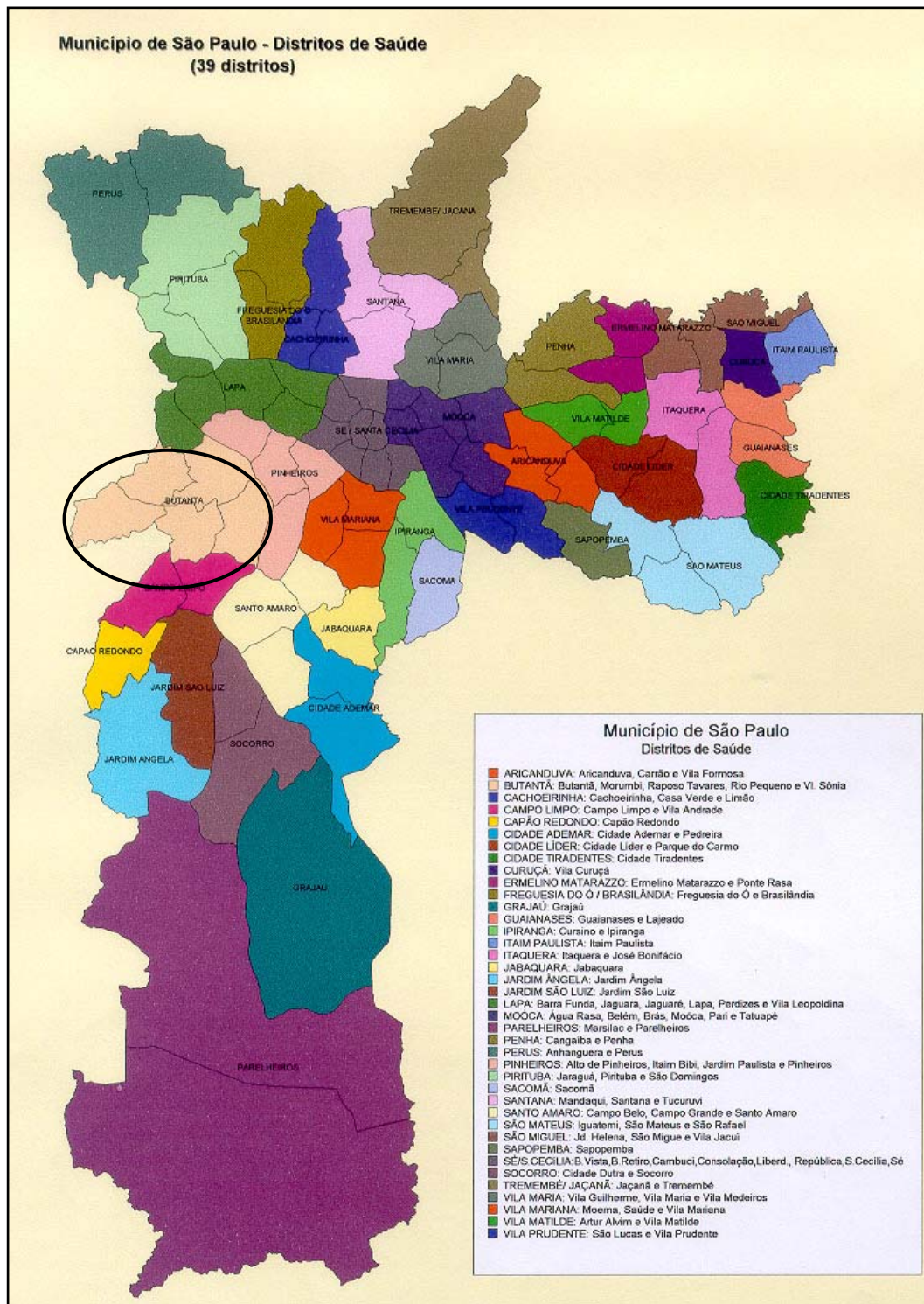
Essa divisão passou por um processo de discussão e revisão a partir de 1990, na administração da prefeita Luisa Erundina do Partido dos Trabalhadores, desencadeado pela Secretaria das Administrações Regionais, cuja secretária era Aldaíza Sposati. Das

múltiplas discussões com especialistas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Secretaria de Energia, Recursos Hídricos e Saneamento do Estado de São Paulo (Sabesp), da Eletricidade de São Paulo (Eletropaulo), dos Correios, de secretarias municipais e estaduais, com representantes comunitários e com dirigentes de serviços públicos, entre outros, foi proposto um projeto apoiado pela Câmara Municipal e consolidado pela lei municipal 11.220 de 20/5/1992 que extinguiu a categoria de subdistritos e agregou o município de São Paulo, com 1.509 km², em 96 distritos que hoje compõem a base territorial constitutiva da “malha oficial de agregação dos pedaços da cidade como referência para sua gestão, seus dados, seu censo” (Sposati, 2001: 35).

A definição dos 96 distritos foi feita a partir de critérios, além dos puramente de caráter administrativo, que pudessem garantir o equilíbrio da extensão territorial e da densidade populacional; manter a heterogeneidade econômica e social; preservar a história, a tradição e as formas de organização dos moradores; conservar a presença e a influência dos centros comerciais e dos serviços urbanos; propiciar ao cidadão o reconhecimento de seu território como uma globalidade jurídica, de produção, consumo e gastos do serviço público (Centro Brasileiro Para a Infância e Adolescência, 1993).

Vale ressaltar que esse esforço de sistematização e organização do território também permitiu ao município ter a desagregação dos dados censitários do IBGE pelas 96 unidades territoriais, os distritos administrativos (DA), favorecendo uma apreensão mais real da heterogeneidade desses territórios. A partir dessas unidades territoriais foram constituídos os 39 distritos de saúde (DS) do município (figura 1).

Figura 1 – Distritos de Saúde do município de São Paulo



3.1.2 O Distrito de Saúde Escola (DSE) Butantã

O critério de escolha da UBS para a realização desta pesquisa foi a sua localização no Distrito de Saúde do Butantã, que a partir de um convênio instituído entre a

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – representada pelo Distrito de Saúde do Butantã - com a Universidade de São Paulo - representada pelas Faculdades de Medicina e de Saúde Pública e pela Escola de Enfermagem (EE), passou a nominar-se Distrito de Saúde Escola (DSE) do Butantã. Esse Distrito de Saúde Escola constitui o território que congrega os campos de prática de ensino do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP.

O DSE está localizado no extremo oeste do município de São Paulo (Figura 1), a uma distância média de 11,4 km do centro da cidade.

Conta com uma população de 359.656 habitantes, em uma área geográfica de 56,1 km² dividida em cinco distritos administrativos (DA) (Figura 2): o DA Butantã, com 50.288 habitantes, o DA Vila Sônia, com 76.792, o **DA Rio Pequeno**, com 111.756, o DA Raposo Tavares, com 83.461 e o DA Morumbi, com 37.359 habitantes.

O distrito tem a mesma configuração do município no que diz respeito às desigualdades de inserção social da sua população. Se por um lado o DA Morumbi, por exemplo, tem o maior índice de chefes de família com renda mensal acima de 20 salários mínimos do município, por outro os DA de Raposo Tavares e Rio Pequeno representam os principais bolsões de pobreza do DSE (Sposati, 1996; 2001).

Quanto aos serviços de atenção à saúde, o distrito dispõe atualmente de 14 unidades básicas de saúde, cinco delas recentemente municipalizadas, um centro de convivência, um centro de referência em DST/AIDS, um centro de atenção psicossocial (CAPS), um ambulatório de especialidades, um pronto-socorro e quatro hospitais (um deles é o Hospital Universitário da USP, conhecido pela população como HU) (Figura 2).

As unidades básicas de saúde, equipamentos de interesse para este estudo, distribuem-se nos distritos administrativos conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde por Distrito Administrativo do DSE Butantã. São Paulo, 2003

DA Butantã	Centro de Saúde (CS) do Caxingui
	CSII Butantã
	Centro de Saúde Dr Samuel Barnsley Pessoa (CS Escola do Butantã, do Departamento de Medicina Preventiva da USP)
DA Vila Sônia	CS Vila Sônia
	UBS Jardim Jaqueline
DA Morumbi	CSII Morumbi;
DA Rio Pequeno	CSII Rio Pequeno
	UBS dr José Marcílio Malta Cardoso
	UBS Jd. D'Abril
	UBS Eng^o Guilherme Pinto Coelho (UBS Vila Dalva)
DA Raposo Tavares	Unidade de Saúde da Família Jd. Boa Vista
	UBS Jd. Paulo VI
	UBS Jd. São Jorge
	UBS Vila Borges

3.1.3 O local do estudo – a unidade selecionada - UBS Vila Dalva

Como etapa inicial para o desenvolvimento da pesquisa, o projeto desta investigação foi apresentado em reunião que contou com a participação de todos os gerentes das Unidades de Saúde do DSE Butantã, realizada no final do primeiro semestre de 2002, tendo sido considerado por eles como um trabalho de relevância e de interesse para a melhoria da assistência nas referidas unidades.

A escolha da unidade de saúde para o estudo de campo foi feita a partir das unidades disponibilizadas pela direção do DSE para a realização de aulas práticas com alunos de graduação do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva (ENS) da EEUSP nos anos de 2001 e 2002, quais sejam: o Centro de Saúde Escola do Butantã, as UBS Vila Dalva, Jd. Paulo VI e Jd. São Jorge e a Unidade de Saúde da Família Boa Vista. Nessas unidades havia uma relação anterior de desenvolvimento de trabalhos acadêmicos. Além desse critério, utilizou-se também o critério de anuência da equipe para a realização deste estudo.

Assim, foi selecionada a **UBS Vila Dalva**, uma vez que o Centro de Saúde Escola do Butantã, por ser uma unidade gerida pela Universidade com finalidade primordial de

ensino e pesquisa e por configurar-se como um centro de referência de atenção em conflitos familiares e domésticos (CONFAD), tem peculiaridades que o distinguem de uma UBS do município, inviabilizando-se desta forma como campo para a coleta dos dados. A USF Jd. Boa Vista não foi selecionada por ter se constituído, desde o ano de 2001, em um núcleo do Programa de Saúde da Família (PSF) e da mesma forma, apresenta peculiaridades em relação a outras UBSs do município. A UBS São Jorge também se inviabilizou por ter sido uma unidade mista, com atendimento de UBS e de pronto atendimento (PA), guardando ainda características que a diferiam das demais. A inviabilidade do trabalho desenvolver-se na UBS Paulo VI deveu-se ao fato de não haver anuência da direção do serviço para a realização da coleta de dados no território, em virtude dos altos índices de violência decorrentes de brigas entre grupos envolvidos no tráfico de drogas.

Assim, os dados da pesquisa foram coletados na UBS Engº Guilherme Pinto Coelho, conhecida e nominada pela população como **UBS Vila Dalva**, por localizar-se no bairro que tem este nome, situada no Distrito Administrativo Rio Pequeno, da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã (que à época da coleta de dados chamava-se Distrito de Saúde Escola do Butantã), no município de São Paulo.

Desta forma, a partir das discussões realizadas com os gerentes das unidades componentes do DSE e somadas à familiaridade e conhecimento prévio da pesquisadora a respeito do território - a partir do ensino prático em UBS da região e do desenvolvimento de pesquisas realizadas por outras professoras do Departamento ENS da EEUSP⁴, o que também permitiu a consolidação de conhecimento sobre o DSE Butantã - a Unidade foi eleita como campo para coleta dos dados empíricos.

⁴ Bertolozzi MR. A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã – São Paulo [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998; Chiesa AM. A equidade como princípio norteador da identificação das necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999; Salum MJL. et al A construção de perfis epidemiológicos e a responsabilidade da universidade pública na luta pela saúde como direito social. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 2000 /mimeo/; Soares CB. Necessidades e problemas de saúde dos adolescentes e respostas do setor público a essas necessidades e problemas: o caso do SILOS-Butantã. São Paulo; 2000; Maeda ST. Gestão da referência e contra referência na atenção ao ciclo gravídico puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Figura 2 – Distrito de Saúde Escola do Butantã

3.1.4 O DA Rio Pequeno e a UBS Vila Dalva

O Distrito Administrativo Rio Pequeno é delimitado ao norte pela Av. Corifeu de Azevedo Marques; a leste pela Av. Corifeu de Azevedo Marques e pela Av. Eng. Heitor Antônio Eiras Garcia; ao sul pela rodovia Raposo Tavares e pela rua Gov. Lucas Nogueira Garcez; e a oeste pelo município de Osasco. Esse Distrito localiza-se numa área cortada por importantes eixos rodoviários que fazem a ligação norte-sul do país, além da ligação entre o município de São Paulo e o interior sul e oeste do estado (SMS-SP, 2002).

A área total do DA Rio Pequeno (Figura 2) é de 9,7 Km², o que corresponde a 17% da área total do DSE Butantã. Segundo a Fundação IBGE, em 1996 eram 97.158 os habitantes da área de abrangência do Distrito, cuja densidade demográfica era de 10.016 hab/ Km². O censo demográfico de 2000 evidenciou um aumento da população para 111.756 habitantes – residindo em 60.396 domicílios - e da densidade populacional para 11.476 hab/km² (SMS-SP, 2002). Tal aumento pode ser atribuído a movimentos migratórios, uma vez que o aumento da taxa de natalidade não foi significativa para explicá-lo (Paschoal, 2002). O DA Rio Pequeno é o mais populoso do DSE Butantã.

Para caracterizá-lo, além dos dados fornecidos pelo IBGE (Fundação IBGE-IBGE, 2000) e pelo site da prefeitura de São Paulo, utilizou-se também o resultado de uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Seguridade Social da PUC SP, denominada Mapa da Exclusão/Inclusão Social da cidade de São Paulo, que construiu um índice de exclusão e de inclusão social baseados em 47 variáveis, para analisar cada um dos 96 distritos da cidade.

Esse índice identifica as regiões de São Paulo segundo a inclusão social desses territórios. Entre os pólos, representados pelo território mais incluído de um lado e pelo menos incluído de outro, localiza-se o padrão de inclusão básico, o ponto 0, a partir do qual os distritos se distanciam para mais (em direção à nota de máxima inclusão – +1, ocupando a 96ª posição) ou para menos (em direção à nota de máxima exclusão – -1, ocupando a 1ª posição) (Sposati, 2001).

Utilizando dados do censo demográfico de 1991, o Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo classificou o DA Rio Pequeno como o segundo mais excluído no DSE Butantã, superado somente pelo DA Raposo Tavares. Dentre os 96 DA do município de São Paulo, o DA Rio Pequeno ocupou o 38º lugar no ranking de exclusão social, com uma pontuação de -0,39 (Sposati, 1996).

A partir dos dados do censo de 2000, o Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo foi atualizado e o DA Rio Pequeno passou para a 46ª posição no ranking da exclusão social, apresentando uma pontuação equivalente a -0,32 (Dias, 2002).

Com base nesse contexto e tendo por finalidade viabilizar as novas metas de atenção à saúde do município, os serviços de saúde existentes foram organizados para atender os moradores de uma área de abrangência delimitada. Dessa forma, o território que compõe o Distrito Administrativo do Rio Pequeno foi dividido, compondo as áreas de abrangência das 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS Jd D’Abril, UBS Malta Cardoso, CSII Rio Pequeno e UBS Vila Dalva) que, juntamente com o Hospital Municipal Prof. Mário Degni, compõem os recursos de assistência disponíveis no território (Figura 2).

A Unidade Básica de Saúde Vila Dalva foi inaugurada em agosto de 1985, como resposta a um movimento reivindicatório da população do bairro, especialmente daquela que residia em uma área da prefeitura e que constituiu a favela da Vila Dalva.

A área de abrangência da UBS Vila Dalva é constituída por 13 setores censitários do IBGE: 10; 11; 12; 33; 34; 35; 36; 37; 38; 39; 63; 64; 65 e parte do 66.

Quanto à distribuição dos moradores pelo território da área de abrangência da UBS Vila Dalva, 16.471 residem na área compreendida entre a Av. Escola Politécnica, a divisa com o município de Osasco e a Estrada das Cachoeiras, dos quais 6.508 residem em área de favela – o que corresponde a 39,51% da população total que reside na região, é a maior concentração de moradores em favela do DA Rio Pequeno. Outros 3.124 habitantes residem em um condomínio de classe alta, o do Parque dos Príncipes.

Embora a UBS Vila Dalva seja referência para 16.471 habitantes, atende basicamente a população de menor inserção social do território, especialmente a residente na favela (Paschoal, 2002).

Segundo dados do censo demográfico (IBGE, 2000) uma porcentagem significativa (29,06%) dos moradores do DA Rio Pequeno sobrevive com até 3 salários mínimos e uma parcela importante (9,42%) não tem rendimento nenhum, parcelas estas que se somadas (38,48%) representam um grande número de pessoas com poder aquisitivo muito baixo, até mesmo para garantir níveis de subsistência.

A UBS Vila Dalva (Figura 2) localiza-se à rua Gustavo Berthier nº 155 e funciona das 7 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira, em prédio próprio de 2 andares, numa área total de 1792 m², cuja área construída é de 562m².

A Unidade conta com 73 trabalhadores: 1 médico gerente da unidade, 11 médicos na assistência (4 pediatras, sendo um deles o auxiliar de chefia da unidade, 3 clínicos, 3 ginecologistas/obstetras e 1 psiquiatra), 13 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiras, 1 educador de saúde pública, 1 assistente social, 3 dentistas, 2 auxiliares de consultório dentário (ACD), 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudióloga, 1 psicóloga, 30 agentes comunitários do programa PACS, recentemente convocados para treinamento e 5 auxiliares técnicos administrativos (ATAs).

O atendimento na Unidade é quase que totalmente realizado por meio de consultas individuais com agendamento prévio, majoritariamente as consultas médicas (Paschoal, 2002), a partir das quais são realizados os encaminhamentos aos outros trabalhadores da Unidade.

3.2 A coleta de dados

Como técnica para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, com trabalhadores da UBS e com moradores da área de abrangência dessa UBS, coerentemente com o objeto de estudo, a finalidade e os objetivos da pesquisa.

A entrevista, processo de interação verbal entre duas pessoas, é utilizada intencionalmente pelo entrevistador com o objetivo de obter informações do entrevistado. Utiliza-se para isso um roteiro, do qual constam questões ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com a problemática central que se quer investigar (Haguette, 1992).

A entrevista é uma técnica privilegiada para coleta de dados em pesquisas sociais, uma vez que a fala é reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, de normas e símbolos e pode ser classificada em diferentes modalidades, a depender do grau de diretividade inculcado pelo pesquisador na estrutura do roteiro, que vão desde a entrevista estruturada, passando pela semi-estruturada, até a entrevista não estruturada ou aberta (Minayo, 1994).

A principal vantagem do uso da entrevista não-diretiva, modalidade em que se encontram as entrevistas semi-estruturada e a não estruturada ou aberta, é a sua capacidade de servir como instrumento de aprofundamento qualitativo da investigação (Thiollent, 1982).

O recurso da entrevista não-diretiva possibilita que sejam obtidas informações correspondentes a níveis profundos, “no qual se articulam precisamente o jogo das forças sociais que operam no indivíduo sem que este saiba ...” (Maître, 1982: 221), portanto menos identificadas com respostas estereotipadas e racionalizadas (Michelat, 1982; Maître, 1982).

Por essa razão optou-se neste estudo pela entrevista semi-estruturada, orientada por um roteiro (Anexo II) que combinou questões fechadas, com dados de identificação e dados relacionados à inserção no trabalho e modo de vida, e questões abertas, atinentes a valores, opiniões e atitudes a respeito das necessidades de saúde, determinantes do processo saúde-doença, conceito de saúde e de doença, problemas de saúde, formas de enfrentamento dos problemas de saúde, efetividade da UBS para responder aos problemas de saúde da população e organização do trabalho na UBS.

Uma vez que a pesquisa faz parte do conjunto de reprodução das desigualdades que permeiam a divisão social do trabalho tradicional na sociedade capitalista, a entrevista não-diretiva não se constitui simplesmente num processo de coleta de dados, mas numa situação de interação social que reproduz entre os sujeitos envolvidos, pesquisador e pesquisado, a mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade (Minayo, 1994), de modo que as informações dadas pelos sujeitos estão sempre afetadas pela natureza dessa relação.

Para que a finalidade primordial da entrevista não-diretiva não fique limitada ou inviabilizada é imprescindível que seja estabelecida uma relação de confiança e

simpatia entre os sujeitos, construída a partir da inter-relação que contemple o afetivo, as experiências, a apreensão do contexto do entrevistado que, segundo Minayo (1994), é a condição essencial para o êxito da pesquisa qualitativa.

A entrevista semi-estruturada tem como baliza a exploração de questões previamente definidas pelo pesquisador, no entanto, uma vez que se constitui como instrumento da pesquisa qualitativa, é regido pela mesma lógica, qual seja, busca captar dados da realidade social, mas a complexidade do real impede que este seja captado na sua totalidade, o que imprime na pesquisa qualitativa o seu caráter processual (Demartini, 2001).

Assim, no momento da entrevista o entrevistado introduz dados novos, trazidos pela possibilidade de reflexão que as questões colocadas pelo pesquisador suscitam. Quanto a essa questão, Schraiber (1995) afirma que embora ambos, pesquisador e pesquisado, dominem questões e construam um pensamento elaborado a respeito do objeto de investigação, por ocasião da entrevista ele será reelaborado

[tanto] pelo entrevistado, através de associações, repetições ou desqualificações de idéias cujos nexos se constróem no presente da entrevista [quanto] pelo pesquisador, na dinâmica do relato – pelos fatos que este traz e em seus encadeamentos, totalmente originais, na narrativa Schraiber (1995: 68).

Desta forma, considerando que a pesquisa qualitativa é processual (Demartini, 2001) e que a própria entrevista, como instrumento de captação do real, mobiliza a necessidade de revisão e atualização do roteiro, com base na “avaliação subjetiva das potencialidades do diálogo” (Schraiber, 1995: 68), tomou-se como premissa a impossibilidade de se testar o roteiro de entrevista em pesquisas qualitativas, uma vez que ele deve ser modificado sempre que a entrevista mostrar que seja necessário.

3.2.1 Os sujeitos da pesquisa

A coleta de dados empíricos foi realizada entrevistando-se trabalhadores da UBS Vila Dalva - cujos depoimentos serão precedidos por Et e pelo número da entrevista - e moradores da área de abrangência da UBS - cujos depoimentos serão precedidos por E e pelo número da entrevista, totalizando 25 entrevistados.

Para selecionar os trabalhadores da UBS optou-se por entrevistar um trabalhador de cada uma das categorias profissionais que prestavam assistência direta aos usuários e

que estivessem trabalhando na unidade há pelo menos um ano, tempo considerado viável para que conhecesse as rotinas de atendimento e as características da população da área de abrangência da Unidade. Nas categorias que contavam com mais de um trabalhador (médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem, enfermeiras e auxiliares de consultório dentário) procedeu-se a um sorteio para a escolha daquele que seria o possível entrevistado. Foram 11 os entrevistados, representantes das seguintes categorias de trabalhadores: gerente da unidade, educador em saúde pública, fisioterapeuta, psicólogo, enfermagem (enfermeira e auxiliar de enfermagem), assistente social, fonoaudiólogo, odontologia (dentista e auxiliar de consultório dentário), médico.

Quanto à população foram escolhidos moradores do bairro que fizessem parte de outras instituições da sociedade civil ou de movimentos sociais localizados na área de abrangência da UBS⁵.

A opção por entrevistar representantes de moradores foi feita por serem essas pessoas que habitualmente protagonizam as reivindicações dos moradores, especialmente aquelas atinentes ao âmbito operacional das necessidades.

Embora não haja uma preocupação excessiva quanto à definição da amostra na abordagem qualitativa optou-se neste estudo, para a delimitação do número de moradores, representantes de instituições da sociedade civil, pela “técnica em cadeias (snowball)” (Biernack, Waldorf *apud* Sanchez, Nappo, 2002), na qual um entrevistado indica outro a ser entrevistado, que por sua vez indicará o próximo e assim por diante, até que se tenha montado a amostra da pesquisa.

Para Becker (1999) essa estratégia é bastante conveniente na resolução do problema de acesso à amostra, se o pesquisador tem um primeiro informante que o apresente para outro, pois poderá ser deflagrado deste modo uma espécie de amostragem em bola de neve.

Os participantes de instituições indicadas pela UBS indicaram outras instituições de referência para a população do bairro, montando-se assim uma rede composta pelas seguintes 14 instituições da sociedade civil existentes na região: Instituto Stefanini, Associação Caminhando com o Futuro do Brasil, Associação de Pais e Mestres da Escola Estadual de Primeiro Grau “Samuel Klabin”, Centro Comunitário da Favela da

⁵ A indicação preliminar foi realizada por um trabalhador da UBS que mantém estreita vinculação com organizações da sociedade civil e esse foi o disparador para a seleção dos entrevistados.

Vila Dalva, Associação ABQ, Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Vila Dalva, Conselho de Escola da Escola Municipal de Educação Infantil “Gal. Alves da Silva Braga”, Grêmio Estudantil da Escola Municipal de Educação Infantil “Gal. Alves da Silva Braga”, Sociedade Amigos do Jd. Adalgisa, Igreja Evangélica Quadrangular, Igreja Católica, Templo de Umbanda Caboclo Ubirajara, Associação Ponte Brasilitália, Sociedade Condomínio Residencial Parque dos Príncipes.

Quadro 2 - Instituições da sociedade civil do território de abrangência da UBS Vila Dalva. São Paulo, 2003

Tipo de instituição da sociedade civil	Instituições da sociedade civil no território de abrangência da UBS Vila Dalva
ONG	- Instituto Stefanini
Organizações de voluntariado	- Associação Caminhando com o Futuro do Brasil - Associação ABQ
Organizações institucionais	- Associação de Pais e Mestres da Escola Estadual de Primeiro Grau “Samuel Klabin” - Conselho de Escola da Escola Municipal de Educação Infantil “Gal. Alves da Silva Braga” - Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Vila Dalva
Organizações autônomas	- Centro Comunitário da Favela da Vila Dalva - Grêmio Estudantil da Escola Municipal de Educação Infantil “Gal. Alves da Silva Braga” - Sociedade Condomínio Residencial Parque dos Príncipes - Sociedade Amigos do Jardim Adalgisa
Organizações religiosas	- Associação Ponte Brasilitália - Igreja Evangélica Quadrangular - Igreja Católica - Templo de Umbanda Caboclo Ubirajara

3.2.1.1 Representantes das instituições e organizações da sociedade civil: os moradores

Foram entrevistados 14 moradores, todos representantes de instituições ou organizações da sociedade civil, apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Representantes de instituições/organizações da sociedade civil segundo escolaridade, idade, sexo, tempo de residência no bairro e tempo de atuação na instituição. São Paulo, 2004.

Representante da instituição da sociedade civil	Escolaridade	Idade (anos)	Sexo	Tempo de Residência no bairro (anos)	Tempo na instituição da sociedade civil (anos)
Entrevistado 1	3º grau	40	F	17	3 (desde o início)
Entrevistado 2	2º grau	32	M	32	1 (desde o início)
Entrevistado 3	2º grau	43	F	32	cerca de 5
Entrevistado 4	2º grau	33	M	7	cerca de 5
Entrevistado 5	cursando a 6ª série do 1º grau – supletivo	31	M	8	cerca de 6
Entrevistado 6	4ª série do 1º grau	57	F	53	cerca de 1
Entrevistado 7	2º grau	69	M	20	cerca de 5
Entrevistado 8	cursando a 8ª série do 1º grau	14	M	14	menos de 1
Entrevistado 9	cursando a 5ª série do 1º grau – supletivo	43	F	17	3
Entrevistado 10	2º grau	43	F	32	9
Entrevistado 11	2ª série do 1º grau	67	F	32	20
Entrevistado 12	2ª série do 1º grau	36	F	cerca de 25	cerca de 20
Entrevistados 13	2º grau	18	F	18	3
Entrevistado 14	3º grau	35	M	mais de 20	1

Dentre os entrevistados, 1 reside no setor censitário 12 (condomínio Vilas de São Francisco), 3 deles no setor censitário 65 (favela), 8 estão distribuídos entre os setores censitários 10; 11 (imediações da UBS); 1 deles no setor 33 (condomínio Parque dos Príncipes) e 1 no setor censitário 38 (Jd Adalgisa). Desses setores censitários, somente 3 são considerados de plena inserção social – o 12, o 33 e o 38.

3.2.1.2 Representantes do Estado: os trabalhadores da UBS Vila Dalva

Foram entrevistados 11 trabalhadores. Cabe ressaltar que um dos trabalhadores não se dispôs a informar a idade e o tempo de formado. No Quadro 4 são apresentados os trabalhadores entrevistados.

Quadro 4 – Trabalhadores do serviço de saúde segundo formação, idade, sexo, tempo de formação, formação específica em Saúde Pública e tempo de atuação em unidade básica de saúde. São Paulo, 2004.

Trabalhador	Formação	Idade (anos)	Sexo	Tempo de formado(a) (anos)	Formação em saúde pública	Tempo de trabalho em UBS
Entrevistado 1	3º grau	45	M	23	sim	cerca de 10 anos
Entrevistado 2	3º grau	52	M	23	sim	2 anos
Entrevistado 3	3º grau	44	F	21	não	cerca de 8 anos
Entrevistado 4	3º grau	recusou-se a responder	F	recusou-se a responder	não	cerca de 10 anos
Entrevistado 5	3º grau	42	F	15	não	13 anos
Entrevistado 6	3º grau	42	F	18	sim	cerca de 10 anos
Entrevistado 7	3º grau	38	F	16	não	11 anos
Entrevistado 8	2º grau	53	F	16	não	12 anos
Entrevistado 9	3º grau	45	F	22	não	1 e meio nesta UBS
Entrevistado 10	2º grau	41	F	23	não	18
Entrevistado 11	3º grau	55	F	24	não	8 anos e meio

Nesse quadro não foi identificada a categoria profissional dos entrevistados uma vez que, previamente ao início das entrevistas, foi garantido o anonimato dos entrevistados.

3.2.2 Procedimentos para a coleta de dados

Os primeiros contatos para a realização da coleta de dados com os moradores representantes das instituições das sociedade civil foram realizados pessoalmente pela pesquisadora acompanhada pelo educador em saúde pública da UBS, em 6 instituições indicadas por ele. Os contatos com as outras 8 instituições indicadas foram feitos por telefone, sempre informando o nome da pessoa que indicou aquela instituição.

Após a apresentação da pesquisadora era explicado o propósito do contato e feita uma breve apresentação da pesquisa e a própria instituição indicava um ou mais nomes de pessoas que poderiam ser entrevistadas.

Na UBS o primeiro contato foi feito com o gerente, que tinha conhecimento prévio do projeto da pesquisa. Este solicitou que a própria pesquisadora procurasse os outros trabalhadores da Unidade e os convidasse a participar da entrevista. Da mesma

forma que aos participantes de outras instituições da sociedade civil, ao contatar cada trabalhador da UBS eleito como potencial entrevistado foi feito um breve relato da pesquisa, após o qual ele era convidado a participar. Todas as pessoas contatadas concordaram em participar da pesquisa.

O agendamento das entrevistas foi feito de acordo com a conveniência de data e horário do entrevistado e todas foram realizadas no próprio bairro, em locais indicados pelos entrevistados. As entrevistas dos trabalhadores da instituição de saúde ocorreram na própria UBS durante o horário de trabalho e as dos moradores foram realizadas nos locais indicados pelo entrevistado, na própria sede da instituição da qual faziam parte, nas casas dos entrevistados e uma delas ocorreu na UBS.

A primeira parte do roteiro (Anexo I), mais estruturada, serviu como momento da apresentação do entrevistado à entrevistadora. Observou-se que funcionou como parte importante para a descontração do entrevistado, bem como para um início de reflexão acerca da sua formação e inserção na instituição social à qual pertencia.

As entrevistas realizaram-se em um encontro e, para que todos os itens do roteiro fossem abordados, tiveram a duração de 90 a 120 minutos, portanto com duração média de 105 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas mediante consentimento do entrevistado.

As entrevistas foram longas e pelas características do roteiro permitiram que aos poucos o entrevistado fosse deixando as respostas imediatas, mais superficiais e identificadas com as do senso comum, para dar depoimentos mais profundos, decorrentes de reflexão. Observou-se que os trabalhadores da UBS apresentaram uma tendência de se manterem mais presos ao discurso técnico.

Todas as entrevistas foram gravadas em fita cassete e transcritas por profissional especializado nessa tarefa, à medida em que eram realizadas. As entrevistas dos trabalhadores da UBS tiveram em média 50 páginas e as dos moradores em média 70 páginas. Foi realizada a seguir a conferência de fidelidade da gravação oral, processo no qual procedeu-se à leitura das transcrições ao mesmo tempo em que se ouvia a gravação das entrevistas.

O período de realização das 25 entrevistas foi de 11/02/2003 a 29/05/2003. Ressalte-se a receptividade das pessoas para com a pesquisadora e sua colaboração na participação das entrevistas.

É importante também que se ressalte que o processo de coleta de dados só teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo (Anexo II). Solicitou-se a toda a população do

estudo o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo III), previamente à realização da entrevista.

3.3 Os procedimentos de análise

Nesta pesquisa considerou-se separadamente o conjunto de entrevistas dos trabalhadores da UBS e o dos representantes das outras instituições da sociedade civil para o procedimento da análise. Adotou-se o método da análise de conteúdo, que é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (...), [cuja finalidade] é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência essa que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (Bardin, 2000: 38).

Esse método oscila entre o “rigor da objetividade e (...) [a] fecundidade da subjetividade” (Bardin, 2000: 9) e por isso vem sendo utilizado nas pesquisas qualitativas, ultrapassando o alcance descritivo do conteúdo manifesto da mensagem para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda (Minayo, 1994).

Utilizou-se neste estudo a técnica da análise temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2000: 105).

O tema é “a unidade de significação” obtida a partir da leitura do texto, que é analisado segundo o referencial teórico que serve de guia para a leitura (Bardin, 2000: 105).

Para a análise do material empírico obtido a partir do trabalho de campo, o pesquisador não deve se deixar levar pela falsa ilusão de apreensão do real a partir de uma primeira aproximação com os dados, que se apresentam com uma aparente transparência que será tanto maior quanto maior for a impressão de familiaridade do pesquisador com o objeto pesquisado, pois com isso pode ocorrer um distanciamento entre a elaboração teórica e os dados empíricos. Desta forma, o essencial é, segundo Minayo (1994: 197) “a fidedignidade às significações presentes no material e referidas a relações sociais dinâmicas”, o que pode ser obtido a partir de leituras reiteradas dos depoimentos à luz do quadro teórico no qual se pauta o pesquisador.

Procedeu-se a várias leituras de cada uma das entrevistas, até que a singulatividade de cada depoimento fosse apreendida, tomando como guia para esse processo o referencial teórico que orienta a pesquisa.

Na primeira etapa, foram feitas anotações na margem do texto dos temas e sub-temas atinentes às questões e problemas previamente formulados e dos novos temas e sub-temas que forem emergindo ao longo de sucessivas leituras que derivaram numa síntese de cada uma das entrevistas.

Numa segunda etapa procedeu-se à fragmentação dos discursos num processo de construção de unidades de significação ou temas, buscando perceber outras categorias empíricas a partir das entrevistas, com a finalidade de organização e interpretação de seu conteúdo e respectivo contexto.

No processo de leitura do conjunto das entrevistas, procurando estabelecer as relações entre os depoimentos, buscando as similaridades, as oposições e as contradições entre eles, procedeu-se à organização dos temas e sub-temas com os trechos dos discursos que apareciam em cada entrevista, os temas organizados foram: ação do Estado, concepção do processo saúde-doença, perfis saúde-doença, recursos utilizados pelos moradores para enfrentamento dos problemas de saúde, ações, possibilidades, efetividade e limitações da UBS Vila Dalva, expectativa de melhora do trabalho da UBS Vila Dalva, participação política da população, a criação do conselho Gestor, propostas para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Com esse processo chegou-se às categorias necessidade da presença do Estado (ação do Estado, recursos utilizados pelos moradores para enfrentamento dos problemas de saúde, ações, possibilidades, efetividade e limitações da UBS Vila Dalva, expectativa de melhora do trabalho da UBS); necessidades de reprodução social (concepção do processo saúde-doença, perfis saúde-doença); necessidade de participação política (participação política da população, a criação do conselho Gestor, propostas para o enfrentamento dos problemas de saúde).

Vale lembrar que essas categorias, produzidas a partir dos dados empíricos, captaram as necessidades, a partir de quem as sente, no plano dos processos de trabalho, da organização das práticas da UBS. Portanto, no plano concreto operacional.

A partir dessas sucessivas etapas de análise foi possível recorrer a outros autores para discussão e interpretação do material empírico, tendo em vista os objetivos traçados para a pesquisa.

**CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES PELA
ÓTICA DOS ENTREVISTADOS**

4 CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES PELA ÓTICA DOS ENTREVISTADOS

As características de inserção no trabalho e de condições de vida dos moradores do território de abrangência da UBS Vila Dalva, na percepção dos entrevistados, fundamentaram-se em dados do senso comum. Cabe a ressalva que nem mesmo os trabalhadores da UBS utilizaram dados sistematizados para esta caracterização.

4.1 Trabalho e vida dos moradores

A quase totalidade dos depoimentos de moradores e trabalhadores da UBS atestou o alto índice de desemprego na região, o que significa que é grande o número de moradores sem renda e que sobrevivem da caridade.

Entre os moradores os únicos depoimentos divergentes, que atestaram baixo índice de desemprego foram os de representantes de setores censitários de maior inserção social. São os setores 33, 63 – condomínio Parque dos Príncipes e 38, 39 – Jd. Adalgisa.

E7 - [A maioria dos moradores trabalha com] registro em carteira e [como] autônomo. [O índice de desemprego] não é grande.

E14 - Umhas pessoas têm reclamado [do desemprego] sim, tem notícias sim, de um ou outro caso, né?

Os demais excertos confirmaram o alto índice de desemprego entre grande parte dos moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva.

E2 - Tem muita gente desempregada na Vila Dalva, e (...) isso tem aumentado. (...) Você pode vê que cresce o número de ambulantes, vendedores ambulantes.

E6 - Tem muita gente desempregada, [que vive de caridade, recebem da igreja] cesta básica e tudo, e ainda é pouco, viu? Nossa! É muita gente, dezembro até fevereiro nós atendemos 70 famílias desempregadas, sem nada prá comer.

Da mesma forma os trabalhadores da UBS atestaram o alto índice de desemprego entre a demanda que procura a UBS Vila Dalva.

Et4 - (...) Tem desempregados (...) uns 40%, não sei se estou exagerando, uns 30% de pessoas desempregadas. E aí você pergunta - como você se vira? -, tem uma vizinha que ajuda, um parente que ajuda, ou pegam cesta básica em tal lugar, então acaba sobrevivendo assim.

Et5 - Está muito evidente [que] tanto a população desempregada ou [a] em sub emprego é a maioria então a condição de vida está bem precária para a maioria das famílias. (...) Uma pessoa vivendo com aposentadoria de alguém está bem freqüente, a mulher cabeça de casal trabalhando (...). O desemprego está bem evidente aqui.

Et6 - Desemprego, poucas pessoas trabalham e poucas, pouquíssimas registradas em carteira. A maioria dos que falam que trabalham (...) é uma atividade informal, 'bico' (...) de pedreiro, pintor, funileiro. As mulheres faxina, empregada doméstica, cuidadora de outra criança que a mãe trabalha.

4.2 Trabalho (âmbito da produção) – no que trabalham

A grande maioria dos depoimentos atestou que as atividades remuneradas realizadas pelos moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva requeriam pouca ou nenhuma qualificação.

Entre os moradores, os depoimentos que se destacaram pela contraposição aos demais (E7 e E14) foram aqueles que declararam que entre os moradores a inserção formal no mercado de trabalho é maior e que as atividades realizadas por esses moradores exigem qualificação especializada, geralmente de 3º grau.

E7 - A característica principal é que (...) eu acho que 30, 40% dos moradores são funcionários do Bradesco, (...) que o Bradesco é aqui ao lado, né?

E14 – (...) Parte são empresários, mas existe aí uma gama de profissionais autônomos, dentistas, médicos, psicólogos, arquitetos.

Entre os demais depoimentos foi unânime que as atividades desenvolvidas pelos moradores geralmente são no mercado informal de trabalho, sem qualquer outro benefício além da renda. O excerto E10 apontou que a dificuldade de inserção no trabalho faz com que mesmo os que estudaram um pouco a mais desempenhem o mesmo tipo de atividade que os demais. Os outros depoimentos atestaram a execução de atividades que requerem grande esforço físico e pequena remuneração.

E2 - E são os autônomos, (...) eles abre uma banquinha de churrasco, cachorro quente, é vender fruta. Então, aqui bares começa com uma portinha, uma barraquinha, um butequinho, aí na favela da Vila Dalva tem bastante buteco. (...). Acho que é sinal que o desemprego acaba levando a essa informalidade.

E5 – Então, (...) trabalha num dia, uma diária como pedreiro, tem eletricitista, tem vigilante, bastante pedreiro tem. (...) Os menino também da gente aí, (...) tem um caminhão de cerveja prá descarregá os cara vai lá descarrega, tem um caminhão de melancia no Extra, vai lá e descarrega. Carrega, descarrega caminhão (...).O (xxx) sustenta a família dele todinha com papelão e lata. (...) Num tem um emprego fixo, (...) sai na batalha o dia inteiro. Chega de noite, 10 hora, 8 hora da noite (...), parece que tem 7 ou 8 filho... .

E9 – [As mulheres] (...) trabalham mais na parte de limpeza, em casa de família. (...). Os homens, (...) muitos têm até serviço, (...) eles trabalha no anonimato porque trabalha por conta, (...), procuram um servicinho ali, fica fazendo aquele bico até acabá depois fica parado um meis (...). E (...) tá difícil (...) prá trabalhá fichado. (...) O CEASA é a única maneira deles ganhá um dinheirinho sem fichá carteira, descarregar mercadoria, (...), a maioria vai tudo pró CEASA, CARREFOUR, WAL MART, descarregá carga pesada.

E10 – (...) Tem as pessoas que trabalham (...) no sacolão, varrendo o sacolão, tem os meninos novo que tá fazendo o 3^o colégio, mas vão revestir uma parede porque tá sem serviço.

Os depoimentos dos trabalhadores da UBS reiteraram as características das atividades realizadas pelos moradores do território. A quase totalidade desses descreveu as atividades realizadas pela demanda do atendimento dos entrevistados e por isso os moradores dos setores censitários de maior inclusão social não foram incluídos nesses depoimentos.

Et2 - As pessoas estão empobrecendo (...), elas estão mais vulneráveis, a questão do agravo de saúde é uma questão de tempo (...). A população da Vila Dalva é (...) mais vulnerável (...), se a gente for pensar em termos de mercado de trabalho e renda; é um pessoal que tem menos escolaridade, menos qualificação profissional e evidentemente (...) [menos] acesso ao trabalho (...) e [à] renda. Então, mesmo que se consiga ou um trabalho eventual ou um trabalho registrado (...) não vai ser um salário muito alto e mesmo (...) o pessoal mais jovem que tenha 2º grau [e] que tenha um domínio de informática, (...) eles não ganham mais do que R\$ 400,00 por mês, quando ganham (...). A gente tem aqui uma parcela muito grande [de jovens que] mesmo com segundo grau [e] com alguma qualificação profissional não consegue se inserir no mercado de trabalho, que é um outro problema muito sério. (...) [Fazendo] um paralelo com a questão de saúde, (...) como está essa juventude aí?, (...) a curto

prazo, médio prazo, longo prazo o que consegue é fazer bico em supermercado, lava rápido, trabalhos eventuais também, mesmo [os] com escolaridade maior. São prestadores de serviço, a Vila Dalva não tem grandes estabelecimentos comerciais, industriais. São pequenos estabelecimentos, pequenas marcenarias, pode ser a garagem do morador (...), serralheria pequena, oficina mecânica, alguns bares. Tem só um supermercado, que só tem o superlativo no nome, (...) seriam mercadinhos que acabam absorvendo uma parte dessa mão de obra. (...) [As mulheres] uma boa parte trabalha em serviços domésticos - o serviço remunerado como diarista ou mesmo como mensalista - fora do bairro, (...) o bairro (...) não tem poder aquisitivo para absorver essa mão de obra, uma parte pode ser absorvida pelo Parque dos Príncipes ou Vila São Francisco, que estão dentro da área de abrangência da Vila Dalva, e os homens [em] trabalhos eventuais também de pedreiros, pintor, prestando serviço fora da Vila Dalva (...). Não é uma mão de obra (...) qualificada, (...) eles têm uma desenvoltura para algumas atividades, mas essa qualificação se dá na prática.

4.3 Trabalho (âmbito da produção) - quanto ganham

Coerentemente às características da atividade produtiva que realizam e ao índice de desemprego, a totalidade dos depoentes referiu que entre a classe que vive do trabalho é grande o número de pessoas sem renda e grande o número de famílias com baixa renda *per capita*.

E1 – A renda aqui a gente tem desde renda zero até 1.500 reais, nossa faixa máxima.

E6 - Tem muita gente que ganha um salário mínimo como aposentadoria. (...) Quer dizer, este bairro é um bairro muito pobre, muito pobre mesmo.

E10 – (...) Tem família que trabalha o homem e a mulher, aí dá setecentos, oitocentos reais (...), tem família que só trabalha o homem, que ganha quatrocentos ou quinhentos e tem família que trabalha só a mulher e que ganha trezentos. Geralmente, sempre a mulher ganha menos que o homem. (...).

E12 – (...) Tem uma semana que ele pega uma obra boa, então ele ganhou bem aquela semana, tem semana que ele pega um bico, ele vai lá só descarregá carrinho de pedra e é aquela água, né? (...). Não dá prá você ter uma base porque (...) a maioria realmente não é registrado, não tem um salário fixo, é oscilado o salário aqui (...).

Novamente os depoimentos que se sobressaíram pela disparidade com os demais foram os dos representantes dos setores de maior inclusão social.

E7 - Olha, o nível de renda aqui, eu acredito que seja, falando em salários mínimos, [que] hoje tá R\$240,00, é de 20 salários mínimos prá cima.

E14 - Eu poderia citar (...) [renda] familiar aqui, [é] em torno de R\$5.000,00, R\$6.000, com certeza. Não é menor do que isso, para [uma família de] quatro pessoas.

Entre os depoimentos dos trabalhadores da UBS Vila Dalva observou-se uma heterogeneidade na descrição quantitativa da renda mensal dos moradores, no entanto foi unânime a referência de que esse montante é insuficiente para atender as necessidades da população.

Et2 - A renda dos usuários do serviço aqui (...) [é] alguma coisa na média de 4, 5 salários mínimos para menos, (...) [há] muitos desempregados, sem renda nenhuma ou com rendas eventuais.

Et4 - [As mulheres] na faixa de 250 a 300 reais (...) e os maridos mais ou menos nessa faixa também, tem alguns que ganham 500, mas não ultrapassa muito isso.

Et11 - [A maioria das famílias] ganham (...) menos que um salário mínimo, em torno de um salário mínimo acho, (...) o salário mínimo (...) considerado como [renda] familiar. (...) A renda familiar [então] seria menor que um salário mínimo ou igual (...).

4.4 Condições de vida (âmbito do consumo) – como vivem

A quase totalidade dos depoimentos atestou que a escolaridade de grande parte da população do bairro é baixa e que a média dos moradores frequentou a escola no máximo até a 8ª série do ensino fundamental.

Entre os representantes dos moradores foram citadas dificuldades, a começar pela geográfica, de acesso à escola de ensino médio, uma vez que no bairro as duas escolas são de primeiro grau. Esses mesmos depoentes afirmaram que há falta de cursos profissionalizantes, expressando a expectativa de que a especialização pudesse assegurar o acesso ao mercado de trabalho.

E3 - As crianças (...) tão na escola, pelo menos as que eu conheço estão todas, mas acho que os pais, é bem pouco (...). Uns até voltam a estudá, mas a maioria (...) eu acho que tem primário, um pouco mais.

Um ou outro que agora tá estudando, (...) [no] supletivo [do 1º grau] no Samuel Klabin e no Silva Braga.

E8 - *Segundo grau não tem aqui [no bairro], só da [Avenida] Escola Politécnica prá baixo (...). [Precisava ter] mais cursos encaminhando pró mercado de trabalho, já que (...) num adianta eu crescê prá sê saudável se não tivé dinheiro nem emprego prá (...) me mantê. O curso profissionalizante é uma ajuda pró futuro, prá quando eu crescê tê alguma coisa garantida prá (...) podê começá.*

E11 - *Ter sempre os cursos profissionalizantes seria interessante, porque o único lugar prá população assim de baixa renda ou renda nenhuma [no bairro] é o Stefanine, mas é uma empresa muito pequena se for comparar com o tamanho da região, ela sozinha não dá conta. Então, (...) faça parcerias [com] SEBRAE, com n empresas aí (...), centros profissionalizantes prá facilitar as pessoas a arrumarem emprego depois.*

Diferentemente de todos os demais, os depoimentos abaixo, de representantes dos setores censitários de plena inserção social, mostraram que é alto o índice de moradores que tiveram acesso a cursos universitários.

E7 - *Então, são pessoas (...) de uma escolaridade boa (...). Eu acredito que pelo menos 50% seja de curso universitário.*

E14 - *A maioria [ou ao menos] (...) uma grande parte, com nível universitário.*

Também entre os trabalhadores foi referido que o acesso da grande maioria dos moradores que constituem a demanda do seu atendimento é até no máximo a 8ª série do ensino fundamental. O depoente Et6 referiu a motivação para as crianças freqüentarem as escolas e fez considerações a respeito da instrumentalização proporcionada pelo ensino.

Et3 - *É uma questão que nem pergunto assim, mas tem gente que (...) é analfabeto, tem gente que deve ter até uma 4ª série, até 8ª série. Quem tem um nível acima disso são poucas pessoas, uma ou outra, a maioria tem escolaridade mais baixa.*

Et4 - *Escolaridade eu até tenho aí porque faço um levantamento, [a] escolaridade [é] baixa, nível universitário [é] raríssimo, (...) nível médio menos raro, mas [é] raro também. (...) Predomina o nível fundamental de ensino. (...) A gente detecta muito a questão de analfabetismo também [e] a questão de dificuldade escolar das crianças por várias razões, inclusive até por questões de didática mesmo, da forma de acesso à cultura daquela criança para atingir*

melhor, para ela assimilar melhor [e] por questões emocionais muitas vezes.

Et6 - *[A] escolaridade [é] baixa. Nenhuma escolaridade são poucos, são os mais velhos que têm essa condição de analfabetismo, (...) [entre os adultos a escolaridade média] é a de nível fundamental, quarta série do primário (...), as crianças praticamente estão todas estudando, (...) até (...) porque às vezes a escola é um local onde ele faz alimentação, a creche principalmente, a grande procura é por conta disso, não é nem para arrumar trabalho é por causa da alimentação mesmo. (...) Eles [os adultos] precisariam voltar a estudar, cada dia mais necessita de estudo, eles tem primário, ginásio, hoje em dia se você não tem colegial você não arruma emprego nem de faxineira, (...) tem que voltar a estudar porque sem estudo você não vai conseguir nada, nem emprego [e] sem emprego você não melhora sua condição de moradia, você não melhora a tua saúde. Acho que a grande questão também aí é a instrução, (...) às vezes mesmo estudando, o nível de ensino é muito baixo, a política de não reprovar é um horror. A gente vê criança que mal sabe escrever e vai passando de ano, vai passando, é um horror, né?*

Como conseqüência da inserção na produção, as condições de vida dos moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva foram descritas como sendo marcadas pela extrema carência material, identificadas com a miséria, comprometendo até a reprodução biológica desses moradores, carências que vêm sendo mitigadas pela caridade da sociedade civil. Num desses depoimentos (E2) foi apontada a discrepância entre as diferentes condições de vida dos moradores do território de abrangência da UBS Vila Dalva.

E2 – *(...) Tem a pobreza e tem a miséria. (...) Tem gente que tá beirando a miséria aqui na Vila Dalva; tem gente que é pobre e tem gente que é mais ou menos. Então assim, uma discrepância muito grande. E nós temos o Parque dos Príncipes que beira a riqueza ou sei lá é rico (...), é muito discrepante. Hoje se a gente faz um mapa da Vila Dalva vai dá (...) uma classe média, por exemplo. E, se você for pegá o real, não é nada disso porque aqui a gente tem gente em situação de miséria, quem não tem o que comer, (...) come o que os outros dão.*

E6 – *(...) A população aqui é bem humilde, bem pobre mesmo. Mora em lugar que não deveria morar, [que] não é digno de gente morar e moram porque, infelizmente, não tem onde ficar então plantam barraco em cima de brejo, rato corre, barata sobe (...), não tem nem importância, eles estão lá!*

E11 – (...) É muitas pessoas necessitada, até mesmo fora da favela, (...) principalmente na atual situação que nós estamos, né? A necessidade tá muito feia aí, tá terrível, viu?. (...). Talvez são 32 famílias que dependem da cesta básica [fornecida pela igreja] e esse meis aqui foi um Deus nos acuda, (...) quase num teve. (...) Aí, o padre reclama, pede, pede, mas num é, a situação tá brava prá todo mundo, né? Tá muito difícil (...). [Falta] moradia decente porque cê vai nessa favela aí, cê vê cada coisa, não é só na favela, é só olhá aqui em baixo, a favela tá se estendendo ao restante do bairro.

Também foi relatada a precariedade das condições de vida das famílias chefiadas por mulheres, que recebem salários menores e submetem-se à tripla jornada de trabalho.

E9 - Elas enfrentam uma casa de família aí, sai de manhã chega de noite. (...). E fica indo assim, acaba sustentando a casa, dá um duro danado, [os homens] tá com mais dificuldade em arrumá serviço...

E12 - Tem muita mulher que é só ela prá tocar a casa. Nossa Senhora! Muita, muita mesmo. (...) Tem muita mulher aqui que ela que é o pé de cabra em casa. Nossa...

E13 - Na minha casa tem duas, (...) três comigo (...) mas pelo menos eu e a outra (...) é a gente que toca mesmo, a outra lá ela tem dois filho (...). Ela batalha prá criá aquelas criança, o pai vem de vez em quando olhá, não dá mesada prá criança, de vem em quando dá uma ajudinha (...).

Entre os trabalhadores da UBS foram poucos os que teceram considerações sobre as condições de vida dos moradores, mas os depoimentos que o fizeram mostraram concordância com os dos moradores.

Et2 - [Até] a escala de necessidades básicas uma parcela não tem atendidas. É que a população ela tem uma versatilidade em termos de sobrevivência muito grande, se o cidadão é pintor de profissão, no dia seguinte ele pode ser lavador de carros ou (...) pedreiro ou (...) jardineiro. As mulheres também têm uma versatilidade muito grande de ocupar atividades diferentes e acabam tendo alguma renda [mas], (...) tem muitas famílias que todas as pessoas [estão] desempregadas e só não passa por uma penúria (...) por conta da intervenção da igreja, [do] repasse de cesta básica do governo do estado, [de] distribuição de leite. Não é o grosso da população por conta desses trabalhos eventuais que eles acabam executando, mas acabam vivendo com o mínimo do mínimo. (...) Uma parcela mora na própria favela da Vila Dalva e o que existe, além da favela aqui, [é] uma condição de habitação precária, seja na questão de saneamento, seja

na questão da qualidade da habitação, de iluminação, ventilação, tudo deixa a desejar. Vias não pavimentadas (...), casas com muitos cômodos, habitações também de alvenaria, (...) evidentemente com rede de água, esgoto, luz, mas no tocante à iluminação, ventilação [e] o espaço por pessoa também [é] muito precário, não atende o mínimo recomendável pela OMS. Então (...) é um número expressivo (...), ultrapassa os 30% dos moradores. O que acontece é que tem um proprietário, que mora na frente da casa, [em] uma casa com melhor condição (...) e daí ele tem 4, 5, 6, 7 inquilinos morando nessas condições [precárias], no mesmo espaço físico, no quintal.

Et11 - Elas (...) se separam dos maridos e muitos abandonam os filhos (...), moram até perto (...) mas não dão uma ajuda nem financeira, nem emocional, afetiva, porque eles (...) acham que se não tiver o dinheiro não vão visitar (...). Então (...) muitas chefes de família são mulheres, se não for a maioria [é] um número grande (...).

4.5 Condições de vida: as residências (espaço privado)

Entre os depoimentos dos moradores, alguns atestaram a melhora das condições das moradias de madeira que tiveram o material de construção substituído por alvenaria.

E3 – (...) Se bem que agora a favela (...) muitas casinha são de alvenaria, (...) antigamente cê só via aqueles barraco caindo, agora a maioria é alvenaria, muitos têm sobradinho, barzinho na frente (...). O barraco é menos perigoso pelo menos, madeira é complicado.

E6 – (...). Tem gente que tem casa de alvenaria melhorzinha (...), esses aí também já faz tempo que tá lutando prá ter, se conseguiu [foi] com muito esforço, (...), mas (...) [quem] não conseguiu tá no barraco e não sabe se vai ficá (...). Não tem assim futuro prá essas pessoas.

Em contrapartida, a maioria dos depoimentos atestou que ainda há moradias que colocam em risco a vida dos seus moradores, que as condições de moradia não traduzem uma vida digna e que mesmo a aparência melhor de algumas residências não traduz a dificuldade de sobrevivência da família, determinada pela falta de trabalho.

E6 – É desse jeito. Chove dentro, cria barro no chão (...) e eles fica aí. É este jeito, é esta realidade. (...) Muita criança morando no 3x3, gente com 6, 8 filhos, dentro de um barraco apertado. Tem que soltá na rua prá brincar, porque não tem lugar.

E8 - (...) Algumas [pessoas] têm (...) condições de ter uma casa boa, outras não. Uma casa um pouco melhor (...) [é] ter tudo assim que necessita prós filhos, tê um quarto só prá ele. (...) As pessoas que não têm condições tem que tê barraco, (...) de tábuas. (...) A necessidade em si não é tê uma casa bonita, é tê uma casa que se dê uma chuva de vento forte ela não caia porque tinha umas casas aí de madeira que se chovesse muito forte ia pró chão.

E10 - (...) Eu tenho pessoas que têm uma casa ótima. Ótima assim, prás outras [comparando-se com as outras do bairro], né? Uma casa ótima (...), mas o armário (...) vazio, um monte de conta de água ou conta de luz prá pagá. (...) [Tem] casas não tão pequenas também, mas é assim, começaram a construir e não terminaram.

Numa condição muito diferente foram descritas as formas de morar dos habitantes dos dois setores censitários de plena inclusão social.

E7 - (...) é um bairro de classe média, (...) devemos ter umas 300 residências e em cada residência normalmente uma média de 3 ou 4 pessoas, o casal e 2 filhos. Os terrenos são de 250 m² e as casas, de um modo geral, o mínimo é 150 m².

E14 - (...) O lote tem 450m², mas geralmente são dois pavimentos. Então cê pode colocar aí 700m², são grandes mesmo.

Os poucos trabalhadores da UBS que abordaram aspectos relativos às residências dos moradores, enfatizaram a precariedade das condições da habitação. Observou-se nos relatos uma descrição muito diferente da dos moradores, que o fizeram da perspectiva de quem conhece as condições e não da perspectiva de quem olhou de longe e a fez como um cenário do bairro.

Et3 - Eu atendo aqui muita gente da região da favela, pessoas que moram em barraco, tem problemas de alagamento, ratos. Tem gente que mora aqui na avenida então tem um nível um pouquinho melhor, mas a maioria é o pessoal mais carente mesmo (...)

Et6 - A maioria é daqui da área livre (...), moram ali em dois cômodos de madeira. [Chama-se área livre] porque é um terreno da Prefeitura, (...) liberado para ocupação. (...) [Há] muitas pessoas morando juntas, não é cortiço [são] muitas famílias no mesmo domicílio, na mesma casa, parentes que vêm de outro estado, gente que perde o emprego e não pode mais pagar aluguel acaba vindo morar, (...) nem sempre só pai [e] mãe que auxiliam um filho, (...) é primo, tio, é alguém próximo que não teve condições mais de pagar aluguel, por mais baixo que seja, então estão morando no mesmo domicílio.

4.6 Condições de vida: o bairro (espaço público)

Em grande parte dos depoimentos foram feitas considerações a respeito do uso de espaços de uso coletivo, apontando a necessidade de investimento público na implementação desses espaços para as crianças brincarem, os jovens encontrarem-se, os adultos passearem. O depoente E10 descreveu situação em que a vida dos moradores é colocada em risco.

E5 - Uma praça boa, (...), tem aí mas é cheia de carro, cê tá andando, passeando num tem um banco aí, só vê ali em frente do postinho, que foi a comunidade mesmo que feiz (...). Prá ficá o bairro da gente aqui ficá melhor tinha que tê uma casa lotérica, (...) uma coisa de gais fixo, (...) pelo menos uma casa lotérica, prá pagá uma conta de água, uma conta de luz, um telefone, que num precisava (...) pegá ônibus prá ir lá em baixo prá comprá um gais.

E10 - [Falta] lazer, (...) uma quadra esportiva, qualquer coisa assim (...) É tudo ali, naquela ruazinha, aquele monte de crianças assim tudo largado mesmo, né? Então, teria que tê um lugar prá eles, (...) brinquedo prá criança (...), uma quadra. (...) Eu vejo os menino de carrinho de rolemã aí (...), um moço atropelô um menininho, ainda xingô porque o menininho deixou o carrinho passar na frente.

Dentre os depoimentos dos trabalhadores da UBS poucos foram os que teceram considerações a respeito dos espaços de uso público no território. Entre esses, o depoente Et2 avaliou que as opções de lazer da população estão reduzidas aos espaços dos bares para a população masculina e os das igrejas, configurando-se como lugares de encontro das pessoas, e a televisão como distração.

Et1 - [No bairro] (...) tem instituições como o Instituto Stefanini que (...) dá uma formação técnica para a moçada, (...) em informática, (...) Centro de Juventude aqui é muito legal, (...) [a coordenação] está sempre participando com a gente e dá um certo respaldo para a meninada, a escola é usada para a moçada jogar bola no final de semana [e] isso é legal.

Et2 - A condição de vida é trabalhar, procurar trabalho, aqui não tem lazer. Nós temos no bairro uma banca de jornal, que (...) pode refletir (...) a questão do poder aquisitivo [e] do hábito de leitura. Nós temos um campo de futebol, os espaços das escolas são utilizados pelos adolescentes no final de semana para prática de esporte, futebol de

salão. Tem o Centro Comunitário aqui que promove atividades com adolescentes, capoeira, mas (...) acaba absorvendo um número reduzidíssimo de adolescentes e o grande lazer dessa população é a televisão (...). E a população masculina que fica nos bares e botecos bebendo, conversando com os colegas, os amigos, é o espaço que eles têm de lazer (...). E tem (...) [as] igrejas católicas, evangélicas, que é um espaço que a população se encontra, é um espaço também delas [se] cuidarem e evidentemente que acaba sendo um espaço que tem seu caráter social de atividades sociais.

RESULTADOS E ANÁLISE

**NECESSIDADES DE SAÚDE PELA VOZ DOS
MORADORES E DOS TRABALHADORES DE SAÚDE**

5 RESULTADOS E ANÁLISE: NECESSIDADES DE SAÚDE PELA VOZ DOS MORADORES E DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

Numa primeira fase da análise, os temas levantados a partir das falas dos moradores e dos trabalhadores de saúde foram: ação do Estado, concepção do processo saúde-doença, perfis saúde-doença, recursos utilizados pelos moradores para enfrentamento dos problemas de saúde, ações, possibilidades, efetividade e limitações da UBS Vila Dalva, expectativa de melhora do trabalho da UBS Vila Dalva, participação política da população, a criação do conselho Gestor, propostas para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Após a reorganização desses temas, apreendeu-se que as necessidades de saúde podem ser reconhecidas como: necessidade da presença do Estado (contendo os temas: ação do Estado, recursos utilizados pelos moradores para enfrentamento dos problemas de saúde, ações, possibilidades, efetividade e limitações da UBS Vila Dalva, expectativa de melhora do trabalho da UBS), necessidades de reprodução social (concepção do processo saúde-doença, perfis saúde-doença) e necessidade de participação política (participação política da população, a criação do conselho Gestor, propostas para o enfrentamento dos problemas de saúde).

Os dados indicaram várias ordens de necessidades, mas sobressaíram de forma muito evidente as necessidades atinentes à presença do Estado no bairro, cuja ausência motiva a organização da população, tanto para executar atividades que minimizem os efeitos dessa ausência quanto sugerindo a necessidade de participação política dos moradores. Os dados trouxeram à tona também que as necessidades de reprodução social compõem as necessidades de saúde.

5.1 Necessidade da presença do Estado

Evidenciou-se entre os moradores depoimentos que atribuíram ao Estado a responsabilidade pela garantia de diversos serviços que promovem o bem estar social. Os depoimentos abaixo indicaram que a mesma ausência do Estado que marcou o início da ocupação do bairro continua presente, marcando a vida de grande parte dos moradores pela falta de garantia de acesso a direitos universais representados por bens de consumo público, como saneamento básico. O depoente E4 mencionou que os

espaços destinados às brincadeiras das crianças oferecem riscos, ocasionados tanto pela falta de implementação pelo Estado de equipamentos de uso coletivo quanto pela falta de monitoramento dos riscos pela UBS.

E1 - A água é de má qualidade, todos os serviços públicos na maioria das vezes não são de qualidade.

E2 - Em 1º e 2º lugar, saneamento básico. (...) porque [com isso o morador] não vai tá em contato com o esgoto e (...) possivelmente não vai adquirir as doenças. Os esgotos estão a céu aberto, as pessoas morando em palafita com o esgoto passando por baixo.

E4 - Existe muito acidente de laje. (...) A laje das favela não tem proteção, o cara bota a laje, não constrói e fica lá. E tinha muito acidente de criança, nós temos criança que ficou paraplégica porque caiu da laje. (...) Porque é local de brincadeira das criança, a laje, porque a favela não tem espaço. (...) As criança brinca em cima das laje, solta pipa em cima das laje, eles brinca de bola em cima da laje, eles brincam de boneca em cima da laje, de carrinho. Então, é o espaço que eles têm prá brincá, (...) e (...) é um espaço de risco. (...) [Os moradores] estreitam as viela, isso é um problema, a família (...) aumentou, ele qué puxa a casa comendo um pedaço da viela, (...) aí nós temos que intervir prá não deixá porque é um espaço público de passagem, (...) não passa maca, guarda roupa, (...) quando é mudança é uma dificuldade. (...) O Primeiro passo seria removê as famílias que estão em cima da área de risco de córrego, urbanizar a favela, trabalhar a questão das viela através da SABESP, ELETROPAULO (...). (...) Tinha condições de deixá uma questão melhor de vida, melhorá a habitação, fazê um projeto. Até digo assim, por acaso, tá aí a faculdade de engenharia da USP aí do lado, (...) podia fazer um trabalho com esse povo que tá se formando, vamo criá um projeto como melhorar a favela, (...) com verba pública e o Governo entrasse junto com esse projeto (...). A própria Vila Dalva tem áreas que não dá prá família, tem que ser removida mesmo, não tem jeito, mas tinha uma área lá que daria. (...) A Eletropaulo, ela é muito negligente com as favela, principalmente agora com a privatização (...) da Eletropaulo, agora é só lucro [que interessa]. E (...) (...) na favela, se você olhá a fiação..., e nós tivemos alguns incêndio de barracos na Vila Dalva por motivo de fiação.

E9 - (...) Lá pró fundo não tem rede de esgoto, a água é tudo na rua. É estreitinha assim, (...) lá pró fundo é precário, pró lado de cá eu acho que tá as condições melhor de vida.

Os representantes dos espaços de plena inserção social (E7 e E14) também mencionaram a ausência do Estado na garantia do acesso a esses mesmos direitos, no

entanto essa ausência foi relatada com naturalidade. Ela é suprida através da compra desses serviços, até mesmo de instâncias públicas. Nesses depoimentos ficou claro o entendimento de que a ação do Estado deve ser destinada aos pobres. Atribuíram ao Estado a responsabilidade por ações dirigidas ao ambiente.

E7 – Olha é difícil dizer, devido ao poder aquisitivo do pessoal que (...) é acima de 20 salários mínimos, 99% têm seus planos de saúde. Então, para o bairro em si eu acho que eu não teria como reivindicar alguma coisa, mesmo porque (...) as empregadas, vamos dizer que seria o pessoal que mais necessita, eles não moram no bairro (...). A maioria mora em favela, (...) não sei como é que se vira, mas são os postos de saúde. Nós temos um problema aqui, que o município (...) quando a gente reclama alguma coisa eles fala: “Ah! Vocês de lá não precisam de nada, (...) nós temos que atender os bairros da periferia, são os mais necessitados”. (...) [No loteamento] não tinha luz, não tinha água, não tinha esgoto. (...) Nós fizemos um trabalho junto a todos proprietários de terrenos, pegando adesão, porque a Prefeitura [de Osasco] só mandaria asfaltar se nós conseguíssemos, no mínimo, 70% de adesão. Conseguimos o asfalto, a água puseram automaticamente. (...). Se nós quisemos fazer o esgoto foi da mesma forma, foi feito um carnê e nós pagamos o esgoto. (...) [Também] a arborização das ruas foram os moradores que fizeram. (...) A gente tem [serviço de] segurança [privado, quem paga são] os moradores. (...) Eu acho que precisaria até por parte do Poder Público uma melhor fiscalização no cumprimento das leis, (...) existe uma norma que toda calçada não pode ter degrau, (...) acho que isso é que precisaria, por parte do Poder Público, uma fiscalização maior das leis (...) tanto na parte de trânsito, (...) na parte de obras, que infelizmente não existe nada. Acho que seria isso basicamente.

E14 - (...) Essas coisas de pavimentação, iluminação pública, [são feitas] de acordo com parcerias, atualmente com recursos dos moradores. Através dessa colaboração mensal [atende-se] a demanda em relação a várias necessidades, seja iluminação pública, sistema de esgoto, pavimentação, [que] é imensa, segurança [que é um] serviço privado; realmente, [é] totalmente por conta.[dos recursos financeiros dos moradores]. (...) Vai chegar uma hora (...) que esses moradores vão envelhecer, então vão se aposentar, o poder aquisitivo vai cair e eles vão ter que, de certa forma, ter que contar um pouco com a própria saúde pública local e não conveniada, (...) à exceção daqueles que pagam uma previdência particular, privada, que é uma realidade. (...) [Atualmente], em se tratando do Parque dos Príncipes, até pela realidade sócio econômica das pessoas, (...) [somente o] que a gente tem verificado é uma problemática mais em relação à dengue, nós aqui temos pontos vulneráveis, (...) e tivemos casos de dengue

aqui. (...). Agora se fosse um bairro mais de pessoas que não tem convênios (...), aí seria diferente.

Os depoimentos abaixo fizeram referência à ausência do Estado na garantia do ensino público de qualidade.

O depoente E3 considerou que a piora da qualidade do ensino e da atenção à saúde é decorrente da privatização dos setores. Avaliou que somente conta com o setor público quem não não têm outra possibilidade de escolha. O excerto apontou também o descrédito que os usuários têm nas instituições públicas, em virtude da falta de controle e da ausência de processos de avaliação e de acompanhamento por parte do Estado, tanto no que diz respeito à garantia do acesso quanto à efetividade dos serviços. Evidenciou ainda que a necessidade do aumento das taxas de aprovação escolar é decorrente de ditames internacionais. Apontou a falta de perspectiva entre os jovens do bairro.

O depoimento E4 mencionou a pequena contribuição da escola na instrumentalização da inteligência e da crítica e avaliou que a educação tem sido abordada de forma descontextualizada e não emancipatória.

E1 – Educação, escola pública não pode mais ter uma qualidade tão ruim. (...). Como que a pessoa pode sair do ensino médio sem saber ler e escrever direito? Tem alguma coisa errada aí. (...) O que a gente percebe é que o conhecimento é muito pouco.

E3 - A escola particular não existia. (...) Na minha época escola particular era muito pouco, quando tinha. Então aí estudava o filho de todo mundo lá, mesmo quem tinha dinheiro, daí o governo prestava mais atenção (...) porque (...) os filhos dos professores tavam lá, obviamente tinha que dá uma qualidade de ensino (...). Numa época aí começô a surgi escola particular e o povo quis (...). Ficô lá só o que o poder aquisitivo é muito baixo, que não pode ir prá escola particular. E eu acho que (...) o governo também tirô o dele da reta porque se estudasse o filho dos professores em geral, de diretores e inspetores eu duvido que a rede pública estava do jeito que está. (...). Mas como só estuda o pessoal da favela, num tem investimento, vai investi prá quê? (...) E como começou escola particular, começô esses hospitais particular, (...) [mas] só quem pode (...) [que] vai lá. Aí ficô só os pé rapado, uns pobres. Num país capitalista, que quem manda é o dinheiro, você vai prestá atenção em quem? Em quem tem dinheiro. (...). Se eu posso pagá eu tenho, se eu num posso (...) faiz o que dé, é sempre o resto que fica prá gente. É como na importação/exportação, (...) o melhor vai prá fora porque o exterior paga muito, os que tão

aqui é tudo pé rapado, ganha o salário mínimo, num pode pagá, então fica só o reboiaio do café, o reboiaio do arroiz, o reboiaio do feijão (...); é o que a gente pode pagá, a parte boa vai prá quem pode pagá. (...). Até em remédio genérico (...) eu às vezes fico pensando, será que é [confiável?]. Será que o genérico num é tapa buraco do governo? Porque os grandes laboratório vende caro, o governo num pode pagá, a Xuxa pode pagá, mas nós num podemos. Então, mande o genérico prá essa raça! (...) Mesmo que num fizé o efeito esperado, mas a fé (...) move montanha. De repente, juntando o genérico com a fé da pessoa resolve (...). [Com relação ao ensino] eu acho [que fazem vista grossa]. (...) porque é um povo repetente, no caso da escola. (...), porque esse negócio surgiu, que o Brasil tava muito abaixo na educação, tava tido como um povo burro, mais do que já é. Ai o que o governo feiz? “Vamo passá esse povo tudo, (...) prá chegá lá (...) na vistoria mundial” (...) Ai o Brasil subiu um pouquinho porque já num tinha tantos repetentes, (...) o percentual de repetente diminuiu muito. Então qué dizê que o povo evoluiu, tá estudando. Mas ele num sabe de que jeito esse povo evoluiu. Agora é isso que o governo faiz, então vai empurrando com a barriga prá num tê repetente. (...) Eu vô na escola, gente no colégio num sabe nem escrevê o nome direito, (...) lê gaguejando (...) e vai assim empurrando com a barriga de todo lado, o governo empurra (...) a saúde com a barriga, empurra a (...) educação com a barriga porque deixa passá a torto e a direito, sabendo ou não. A saúde também põe lá uns médico ou outra coisa que vai empurrando, vai lá trata mas num trata. (...). O professor finge que ensina, o aluno finge que aprende, o médico finge que cura, o paciente finge que sara...

E4 – *[Precisa] a melhoria da educação, (...) eu acho que a educação ainda está no quadro negro e o giz, e o professor mal pago. (...) A educação (...) ainda tá muito atrasada, sem perspectivas (...). Os professores, (...) muitos, estão ainda com a cabeça muito em mil novecentos e cocada (...), é um pessoal que não discute sexualidade na escola, num discute tantas coisas que tá sendo a realidade do povo na rua, como se nada tivesse acontecendo. Isso não ajuda e é isso que gera tanto preconceito, os professores não tão formados prá isso, (...) a maioria são professores já que têm uma idade muito avançada porque hoje ninguém qué mais se formar em professor, que é uma profissão de sobrevivência difícil. Então quem tá na rede pública (...) é um pessoal que está com concepção de vida dos anos 70, 60, e a sociedade, principalmente a juventude tá lá em 2001, 2002, 2003, muito bem avançada, muitas vezes num casa a sociedade e a educação, fica uma coisa muito longe uma da outra.*

5.1.1 Recursos utilizados pelos moradores para o enfrentamento dos problemas de saúde

Com relação aos depoimentos dos representantes dos moradores, a quase totalidade arrolou as instituições públicas de atenção à saúde como locais de referência para o atendimento dos problemas de saúde.

Os únicos depoimentos que diferiram foram os dos representantes dos moradores de maior inserção social. Esses atestaram que para o enfrentamento dos problemas de saúde são utilizados exclusivamente os recursos privados. Só eventualmente, prestadores de serviços que trabalham nesses setores censitários utilizam serviços públicos de atenção à saúde.

E7 – [Os moradores do bairro] usam os convênios, (...) os hospitais ou o consultório conveniados (...). Então, 99% têm seus planos de saúde.

E14 – [Os moradores consultam] médico particular ou, na grande maioria, [utilizam] convênios (...) de padrão mais elevado. (...) Nós temos um morador aqui, que é deficiente físico, que faz uso lá [da UBS Vila Dalva] apenas pra manutenção da pressão. (...) Nós temos uma empregada doméstica aqui (...) que ela é atendida num dos postos de saúde, ou no Sara ou aqui no Vila Dalva, onde ela tá fazendo o pré natal. (...) [Recorrem ao convênio] (...) por ter de imediato (...) uma agenda mais solícita, (...) pela questão de filas [e por] desinformação também, até por (...) falta de divulgar mesmo na revista Folha do Parque, de repente, que temos à disposição um Centro de Saúde no bairro.

Os demais depoentes citaram a UBS Vila Dalva como o primeiro recurso procurado para o atendimento dos problemas de saúde. Quando não conseguem o atendimento médico na UBS ou quando avaliam que o quadro é grave procuram diretamente o pronto socorro.

E4 - [O primeiro local que procuram] é o posto de saúde (...), mas a comunidade já tem um conhecimento que muitas vezes ela não vai [à UBS]. Se ela tá com muita febre, com muita dor, com muito não sei o que, ela já vai direto no pronto socorro, que ela sabe que o posto não vai atendê. Agora quando é uma coisa que dá, ela marca consulta.

E11 - [Em primeiro lugar as pessoas] sempre procuram aí o posto, dependendo do horário, daí do posto eles encaminham prô pronto socorro. (...) Tem caso que dependendo da hora que vai num tem médico aí, e se tem médico tá tudo cheio, ele num tira o espaço do outro que tá, prá atendê aquele que chegô, [então] manda prô pronto socorro.

E13 – Então, as pessoas que podem, o pouquinho que ganha a mais a primeira coisa que faiz é plano de saúde, (...) arrumam um jeitinho de pagar mesmo porque se for depender, é complicado. O (...) posto não tem condição, (...) se você tá com problema assim da noite prô dia eles não atendem. Tem que levar no pronto socorro da Lapa, aí eles não atendem, tem que sê com consulta marcada.

E10 - Tem quem tenha convênio [e] vai direto prô convênio e os que não têm convênio, uns vêm aqui no posto outros vão na USP.

5.1.2 A UBS Vila Dalva como recurso de enfrentamento dos problemas de saúde

Embora a UBS Vila Dalva tenha sido citada como primeira escolha para o enfrentamento dos problema de saúde pela quase totalidade dos representantes dos moradores, foi unânime a afirmação de que o principal motivo dessa procura é por ser o único recurso existente no bairro e o mais próximo das residências.

Também procuram a UBS por ser a instância onde está a autoridade da saúde - o médico - reconhecido como alguém que irá resolver ou ao menos dar opinião sobre o agravo (E3) e pela impossibilidade de escolha de outro recurso (E1, E10). Nenhum dos depoimentos apontou a efetividade do atendimento como motivo da procura.

E1 – É a única saída que eles tem, para onde eles vão correr? Não tem um convênio médico, não podem pagar um profissional, é o que sobra, (...) independente do atendimento ser bom ou ruim. (...) Nesse atendimento [na UBS] a gente ouve coisas aqui, (...) você acredita no serviço? (...) tem confiança? A gente encaminha porque é a função, também não vai deixar sem atendimento, mas sempre tem um pé atrás.

E8 –É o mais próximo, apesar de num tê toda aquela estrutura (...) a pessoa vai procurá o mais próximo.

E3 – Porque lá tá o médico. Por menos que o médico saiba ele é uma autoridade, ele tem que dá pelo menos a opinião dele (...) nem que for errada. E se ele tá lá, ele é um profissional, então ele tem que fazê

valê, nem que fale errado prá gente tê alguém prá processá depois ou prá xingá, mas ele vai tê que dá a opinião dele, ele tá lá prá isso.

Também entre os trabalhadores da UBS a quase totalidade dos entrevistados afirmou que os moradores do território procuram a UBS como primeiro recurso para resolver os problemas de saúde.

Et2 - *A população, para resolver seus problemas de saúde, procura o posto na busca de consulta médica ou de remédio. (...) Se nós não conseguimos dar resposta de imediato, o primeiro serviço que eles procuram é o Hospital Universitário. [Utilizam também] a Maternidade Sara, o Pronto Socorro Bandeirantes, na Raposo Tavares, o [ambulatório de especialidades] Peri Peri, mas com uma dificuldade muito grande. (...) O Hospital Universitário da USP acaba atendendo uma grande parte dessa população. (...) Parte da população vai diretamente na farmácia, quem tem poder aquisitivo, (...) se bem que não é o grosso da população; a grande parte tem uma vinculação com o posto de saúde.*

A quase totalidade dos representantes dos trabalhadores informou que utilizam os serviços da unidade os que não têm possibilidade de acesso aos serviços privados de assistência à saúde, reiterando a focalização dos serviços públicos nos pobres.

Et1 - *São quase 18.000 habitantes [na área de abrangência da UBS] e extremamente heterogêneos, (...) tem desde o pessoal que mora na favela aqui atrás, o pessoal de classe média alta e classe alta que vive nos condomínios (...) e são pessoas que pelo menos para vacinar vem aqui ou para pegar remédio de graça (...). De maneira geral é um pessoal que não é uma classe social miserável, é classe média baixa, classe média média, baixa.*

Et2 - *A população que utiliza o serviço aqui, (...) do ponto de vista econômico, [são] as pessoas mais carentes, mas não é composta só por essa população, tem pessoas com poder aquisitivo mais alto, com residência própria, com um bom padrão (...) de escolaridade e que se utiliza do serviço e tem chegado com uma certa frequência, (...) pelas questões da economia do Brasil e particularmente da cidade de São Paulo. Por não ter mais condição econômica para patrocinar uma medicina de grupo eles estão utilizando o serviço, não é o grosso dos usuários, mas a gente percebe esse movimento. (...) [O] Parque dos Príncipes [e] a Vila São Francisco estão dentro da área de abrangência da Vila Dalva, [mas] essas duas populações aí não utilizam o serviço [ou] utilizam com pouquíssima frequência mesmo.*

Et5 - (...) *[É] uma comunidade bem carente que é caracterizada pela favela da Vila Dalva e tem o bairro ao redor, (...) de classe baixa, um*

bairro mais pobre e ao redor ainda teria uma (...) classe média (...) [e] média alta. Como usuário do posto caracterizo mais a parte da favela, o pessoal da comunidade, e do bairro pobre. A maioria é de mulheres que freqüentam a unidade, (...) [o] atendimento de mulheres [e de] crianças [é] expressivo, jovens não muitos [e] a quantia de idosos acredito que esteja aumentando também (...), a gente percebe.

5.1.3 Ações, possibilidades, efetividade e limitações da UBS

Entre os depoimentos dos representantes dos moradores pôde-se apreender que a UBS é tomada pela população como lugar para atender doenças, sendo que as ações mais reconhecidas foram as campanhas indicadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde, na vigência de epidemias, e a vacinação, regulamentada pelo Programa Nacional de Imunização. Ou seja, intervenções que tomam o coletivo dos moradores como um grupo portador de necessidades homogêneas, pois as campanhas prescindem das características dos moradores para a sua formulação.

E1 – O que eles ajudaram foi a campanha da dengue, (...) fez uma campanha junto às escolas, (...) nessas campanhas eu acho que é eficaz, (...) há uma grande movimentação, há toda uma mídia envolvida. Acho que aí funciona, cumpre seu papel.

E3 - A vacinação é certinha. Eles avisam (...), a televisão também fala, (...) geralmente é no sábado prá num comprometé o atendimento normal,(...) vai todo mundo lá, põe cartaz, o pessoal fala, a médica fala, (...) teve uma época que prá passá criança [era] (...) só mediante a carteira de vacina.

E4 - Eu acho que eles ajuda muito na questão só das epidemias. (...) Na dengue, nas vacinas, aí eles trabalha, (...) eles põe informação. (...) Mas eu acho ainda muito eles lá e a população cá. Eles lá na unidade, se a população procurá sim, se a população não procurá não, né? (...) Se a população for lá participá de alguma coisa, tudo bem, só que é muito difícil. (...) Mas melhorou, essa equipe que tá hoje aí na unidade básica de saúde da Vila Dalva melhorou muito do que a passada, a do PAS.

E8 - Para trabalho [que] é feito na escola, (...) por exemplo doenças transmissíveis (...), cê pede folhetos, [quando] a gente qué organizá uma aula de camisinha, pega no posto, quando tem eles dão, cê leva identidade, tudo, né? Normal! Isso eles têm.

E9 - Agora tão contribuindo colocando aquelas pessoa prá vê o problema da dengue ali na favela, ir de casa em casa orientando não deixá água empoçada.

Em segundo lugar foram citadas as consultas médicas e os curativos, apesar da baixa efetividade atribuída a esses procedimentos. Como decorrência, os encaminhamentos foram bastante mencionados como contribuição da UBS. A resolutividade dos problemas de saúde foi atribuída a outros serviços.

E10 – (...) Muita gente reclama que vem aqui e não consegue uma consulta, (...) meu irmão veio essa semana [e] ele conseguiu. Ele tava com diabetes, daqui parece que encaminharam ele [e] conseguiu passá onde encaminharam, porque todo mundo demora prá conseguir uma coisinha. (...) Se não é resolvido aqui tem médicos que já te encaminham, sabe? (...) [As pessoas dizem] “eu vô lá, pelo menos eu vô passá no médico (...) que vai me encaminhá prá algum lugar que vai resolvê o meu problema, né?”

E11 - Atualmente? [A UBS] tá contribuindo com muito pouco, com quase nada. (...) Consultas corriqueiras, consultas de rotina eles atendem e muitas vezes resolvem as consultas de rotina, [mas] um caso mais complexo é coisa que eles não atendem, não resolvem, não tomam posição ou eles passam prá outro lugar.

Os depoimentos abaixo declararam que o acesso ao atendimento é compreendido pela população como um jogo de sorte e de azar.

E9 – (...) A saúde do posto, [o] atendimento [precisa] melhorá porque cê vai lá prá passá num dentista (...) num acha uma vaga e não tem previsão (...), agora eu tô sem chance, né? Tem que pagá. (...) O acesso ao dentista no posto (...) prá (...) gente que não tem mesmo condição de pagá - porque já num tem serviço, o salário é uma coisa que dá até vergonha - quando tem vaga contribui, mas é coisa difícil (...) consegui uma vaga, tem que levantá 5 hora, 6 hora da manhã e não dá, às veiz quando cê dá sorte acha, quando não dá... Paciência, tem que levantá toda segunda feira cedo.

E11 - Pode ser assim o caso dessa minha neta (...), eu lembro que tinha levado no posto da Lapa, né? (...) ela tossia, tossia, (...) eu levei [e] num passô nada (...) e aqui nós estávamos sem pediatra. (...) No outro dia eu falei “num tem médico aí, mas eu vô te levá lá” e dei tanta sorte que a que foi pediatra dela e do meu filho (...) tinha entrado naquele dia aí no posto.

Considerando-se a circularidade entre os processos de trabalho da UBS e a instauração das necessidades de saúde da população, pode-se afirmar que as práticas da

UBS tomam como objeto a doença, tanto a que incide no corpo individual como a que atinge o conjunto dos moradores.

E6 - Um ponto positivo, mais ou menos positivo, tem um senhor que ele é paralisado, é diabético e eles cuidam dele. Ele tem ferida nos (...) pés, agora tá saindo no corpo (...) e eles vão no posto, eles orienta como cuidá daquelas ferida, manda lavá com água com açúcar os ferimento, (...) eu sei que tá melhorzinho ele. Cada vez que vai levá ele pro posto tem que por nesses carrinho de carregá areia, coloca ele no carrinho e leva no posto.

E12 - É mais assim de criança caiu, cortô queixo, cortô braço, casos de pressão alta, (...) [a pessoa] se cuida no posto, pega medicação lá. Também (...) [tem] ginecologista no posto, a maioria das meninas que eu conheço se trata [lá] (...), casos de começo de desidratação que eles conseguem cuidá aí, cortam vômito, (...). A maioria dos casos (...) tem um acompanhamento, né? (...) Quando as pessoas não estão bem elas vão lá, passam no médico, claro [que] quando tem médico, né?

E13 - (...) Pediatra tem, bastante mãe faz o tratamento lá. (...) Quando é um tratamento a longo prazo eles fazem, vai levando melhor, né? Eles não conseguem atender bem caso de emergência, que acho que aí não tem estrutura, mas esses tratamentos (...) que demora, que vai fazendo aos pouquinhos assim, eles até que fazem legal.

Reiterando os dados que indicaram a doença como objeto primordial das práticas da UBS, a quase totalidade dos depoimentos dos representantes dos trabalhadores confirmou que os diagnósticos dos agravos que acometem a população são clínicos e realizados pelos médicos, o que significa que são restritos ao recorte da sintomatologia biopsíquica no corpo individual.

Et1 - [Os] diagnósticos [são] clínicos, [e feitos] com auxílio de alguns exames laboratoriais básicos. (...) Outros [dados], isso foi através de censo.

Et5 - Os diagnósticos? Eles são médicos, basicamente médicos e a porta de entrada aqui é basicamente pela consulta médica.

Et4 - Os diagnósticos [são feitos] através de exames, exames médicos ou pela clínica médica, pelo atendimento mesmo e mais a complementação dos exames, por aí se tira o diagnóstico.

Também entre os representantes dos trabalhadores as ações mais reconhecidas são as consultas médicas e os programas determinados pelo Ministério da Saúde. Esses procedimentos são pontuais, incidentes nas queixas que levam os moradores à UBS, no

caso das consultas médicas, ou na prevenção de agravos advindos de epidemias, no caso das campanhas.

Et1 - Em princípio da maneira tradicional, ou seja, através da divulgação de programas, através das consultas que a gente faz. [Contribui] (...) basicamente distribuindo medicamentos [e] fazendo as consultas (...).

Et4 - Contribui fazendo programas preventivos, (...) tem a dengue, tem a AIDS, tuberculose, enfim, acho que o trabalho preventivo é essencial. Educativo, tem educador em saúde pública aqui também e tem ido à comunidade levando folhetos específicos de como prevenir doenças.

Et5 - (...) [Contribui através] da busca do diálogo, de interlocução, [de] saber onde estão os recursos (...). Então se tem rato (...) o caminho é o Zoonoses e a gente vai procurar facilitar esse caminho (...) e até fazer pensar um pouco se o lixo é problema ou não e como [é que] vai chamar a Prefeitura para tirar o lixo ou não. (...) Ou até em questões maiores, vamos supor um problema de saúde tipo piolho [que] a gente sabe que não é um problema da escola, é um problema da casa e de todos. [E contribui também] tentando dar uma resposta um pouco melhor para o que eles querem também no atendimento médico porque eles vem aqui buscar uma resposta a esse problema de saúde que eles têm, então tenta-se deixar de uma maneira os agendamentos [para] que se consiga dar essa resposta que eles querem, a consulta.

Et6 - Contribui com esses atendimentos [de consultas] mesmo, [com] o pessoal da vigilância [epidemiológica], (...) [e também] com os grupos que a gente tem feito.

Et11 - (...) Contribui na parte curativa, né? Talvez na prevenção também a gente faz, só a gente não pode atuar (...) na estrutura mesmo, da habitação, educação, salário [isso] não compete. Sem o posto (...) até a mortalidade seria maior, mas contribui [com a] parte curativa e preventiva, não cem por cento, né? (...) Contribui (...) [com] as vacinas.

De fato os dados abaixo atestam que as atividades realizadas na UBS majoritariamente restringem-se a consultas médicas individuais e operacionalização de programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que prescindem das características dos moradores. Esses depoimentos reiteram os dos representantes dos moradores, dos quais se apreendeu que os processos de trabalho da UBS não tomam como finalidade o aprimoramento dos perfis epidemiológicos dos moradores da sua área de abrangência.

Et1 - *Programas a gente tem alguns, (...) tem (...) a 'bolsa alimentação', que (...) é um programa de município (...) tentando uma gestação mais adequada, com uma correta alimentação, de forma que crianças nasçam melhores [para que] diminua a mortalidade [infantil]. [Tem] o programa 'hiper - dia', [que] foi instaurado aqui pelo governo municipal, não só na unidade como no município inteiro você tem hipertensos e diabéticos aos montes, então foi instaurado por conta disso, (...) basicamente é um cadastramento de hipertensos e diabéticos, para receber medicações e garantir um acompanhamento. [E tem o] 'dose certa', que [é] (...) aquele programa que vem do Estado, que é para ter o mínimo de medicamentos básicos para dar para os usuários da unidade. (...) Esse também é um programa de abrangência ampla, para a gente garantir um adequado atendimento à população, não foi uma coisa específica da unidade. [Temos] aulas para o pessoal de hipertensão e diabetes, quem dá essas aulas é um médico readaptado que é hipertenso e diabético também, então ele sabe muito bem do que está falando. (...)*

Et2 - *Não é um trabalho estruturado, são trabalhos eventuais (...) em cima das demandas que chegam, então as ações elas são também pontuais, não existe assim um programa. (...) Existem alguns movimentos que você tenta mobilizar a população como um todo, em termos de 'cata bagulho', desratização, mas (...) nem sempre é um movimento encabeçado pelo posto e sim pela população. Acho que nesses dois anos essa vai ser a primeira oportunidade que nós vamos ter de fazer isso daí, vai ser um trabalho desencadeado a partir da próxima semana (...) com a campanha do município e federal por conta da dengue, vai se fazer uma intervenção maciça junto à população.*

[As atividades da UBS são] o planejamento familiar (...) que é coordenado aí pela enfermeira (...) e pela assistente social (...), temos também [o trabalho] da diabetes e hipertensão, que é coordenado pelo [médico] (...), mas segundo relato dele mesmo, com pouca adesão. (...) No caso do planejamento familiar as pessoas, principalmente [as] interessadas na questão de vasectomia [e] laqueadura [é] que acabam (...) tendo uma adesão maior. (...) A questão diabete e hipertensão precisaria de uma melhor organização do serviço, (...) hoje não existe um sistema de encaminhamento do próprio profissional médico para o grupo, a questão da dispensação da medicação, o trabalho está muito fragmentado, a adesão dessas poucas pessoas [é] mais por (...) estarem sensibilizadas, conscientes da importância de tomar medicação corretamente, de ter informações sobre mudanças de hábitos (...). [Esses foram] programas que vieram já sugeridos pela administração municipal ou federal, não houve demanda da população, (...) a gente quer resgatar a questão da

educação e prevenção. (...) [Os outros atendimentos são] consulta médica, [da] fisioterapeuta, [do] fonoaudiólogo, [do] psicólogo, [do] assistente social [e as atividades] [do] educador em saúde pública, [dos] enfermeiros, [dos] auxiliares [de enfermagem e [do] pessoal administrativo. A (...) fisioterapeuta faz um trabalho de 'tai - chi' com a população (...), com uma adesão muito grande e não foi uma solicitação da população [mas sim] da fisioterapeuta (...). A odontologia faz um trabalho nas creches, nas EMEIs, na questão da prevenção, [a] fonoaudiologia tem feito um trabalho grande nas escolas, (...) de audiologia, mas não é um trabalho que está dentro de um planejamento ainda. (...) [Atende-se a demanda] espontânea, [mas] tem também uma demanda reprimida, essa demanda é grande, a gente tem não por dados (...) totalmente quantificados, mas pelo número de atendimentos a gente sabe, e [através] desse contato com a população, que a demanda é muito maior do que está chegando até aqui.

Et5 - *(...) Existe a parte de Papanicolaou que é eventual, mas está dentro de um programa [o da saúde da mulher], o programa da vigilância em relação à tuberculose, esse é um programa que esse continua existindo. [O Programa de Saúde da Mulher] eu vejo mais claro, tem uma pessoa que coordena as reuniões e que até prioriza que haja dentro das unidades a coleta de Papanicolau, o grupo de planejamento familiar, o atendimento à gestante. Então, não sei porque mas ele tem uma certa prioridade dentro do atendimento, teve mais suporte. (...) Igual ao da vigilância epidemiológica, tem mais atenção nessa área de saúde da mulher, (...) [e] na de imunização. (...) Acontece esporadicamente o grupo de planejamento [familiar], (...) faz até parte da lei que essa orientação exista; para que aconteça a cirurgia de vasectomia ou laqueadura você tem que ter uma orientação prévia (...), uma avaliação do casal, (...) o hospital que faz [a cirurgia] tem que estar vinculado a um serviço que faça essa orientação, (...) como a gente faz aqui.*

A quase totalidade dos representantes dos trabalhadores entrevistados apontou que as características da população não são tomadas em conta na produção e distribuição das ações da UBS. Referiram que as características da população são tomadas em conta somente no que diz respeito à necessidade de adaptação dos instrumentos utilizados na assistência, em função do nível sócio-econômico dessa população usuária do serviço. Ou seja, as práticas realizadas na UBS não tomam como finalidade o aprimoramento das necessidades da população. Ao contrário, os processos de trabalho são previamente instaurados e faz-se posteriormente adaptações em função do déficit educacional e financeiro da população.

Et1 - (...) No desenvolvimento de atividades [as características da população] não interfeririam tanto (...), não interferem na implantação das atividades (...) você pode no máximo fazer algumas adaptações, mas não chegam a interferir exatamente (...) porque os programas (...) eles vêm preconcebidos, determinados independente das características da população.

Et3 - (...) A gente tem essa preocupação de estar sabendo um pouco quem são essas pessoas e ter uma linguagem próxima, (...) senão você orienta e a pessoa não vai entender. Então a gente procura, mesmo com os Agentes [Comunitários de Saúde], que a gente vai estar treinando depois, já tem essa preocupação de estar passando os pontos importantes numa linguagem bem simples, porque são pessoas que moram na favela, moram aqui, são pessoas bem simples também.

Et4 - (...) Não interfere no desenvolvimento do trabalho a condição de vida do paciente. (...) Nas programações [da UBS] você tem que levar em conta o que você pode solicitar ou não (...) da população, nesse sentido tem uma influência, (...) você tem que levar em conta a situação em que a pessoa vive, não vai exigir nada além daquilo que ela possa oferecer.

Et11 - A gente já sabe a carência, que é uma população muito carente, não adianta cê ficá forçando, tem que dá isso, (...) coisas que a gente usa dentro de casa (...) de qualidade não muito barata, alimentos que não sejam da época (...). Às vezes a gente tem que dá até mais medicamentos, infelizmente, [quando a criança está] com anemia, que antigamente era muito freqüente aqui, depois que a gente começou a usar preventivamente o sulfato ferroso o índice de anemia caiu mesmo (...). Infelizmente tem que dar tudo aqui do posto, os medicamentos, procurar sempre usar o que tem aqui no posto, não adianta querer fazer receita com coisas muito sofisticadas.

Foi uma minoria dos entrevistados que declarou que os processos de trabalho na unidade deveriam ser implementados a partir das características da população. Esses depoimentos apontaram as possíveis causas para isso não estar ocorrendo na UBS. O primeiro deles (Et2) localizou-as na concepção do processo saúde-doença que têm os trabalhadores, restrito aos agravos. Os depoimentos Et5 e Et6 localizaram-nas nas questões administrativas, tanto internas à UBS quanto das diretrizes da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo. Indicaram ainda que mesmo as características da população que foram sistematizadas pela UBS não são utilizadas para organizar a atenção à saúde. Os moradores que procuram o serviço beneficiam-se do trabalho previamente instaurado.

Et2 - O trabalho sistematizado foi feito recentemente pelo diretor da unidade através de amostragem, tem um estudo aí, mas não é uma prática rotineira da unidade. [Para] fazer um planejamento em saúde ou a gente se utiliza de dados que são dados gerais ou de Distritos Administrativos que às vezes não contempla a realidade do bairro [e] acaba criando um viés. (...) Hoje o que a gente tem é mais de um empirismo do dia a dia, do que a gente vê, do que a gente observa, de conversas com profissional, (...) o médico conta o que ele observa, mas (...) a gente não tem a prática de estar quantificando e a gente sentar e discutir, [para] pensar num planejamento de ações. [O atendimento] está centrado no indivíduo (...) e [ainda assim] da demanda que consegue chegar até o posto. (...) [A UBS] não desconhece (...) as características [da população], mas o serviço não está estruturado para lidar ainda com essas questões. (...) Ver a saúde (...) na questão do ambiente, da renda, dos aspectos culturais, do histórico dessa população (...), a gente tem consciência dessa necessidade, mas as atividades que o posto conseguiu implementar em dois anos eu entendo que ainda é pouco (...). Se a gente fosse quantificar [é] um trabalho de um impacto muito pequeno, (...) o grosso da unidade é atender a demanda que chega. (...) Então, do ponto de vista do planejamento, de se estruturar um projeto, estabelecer metas, isso daí está por fazer ainda [e] com o envolvimento dessa equipe e mesmo nessa equipe alguns profissionais entendem que a medicina, a saúde, não deve ter essa abrangência toda.

Et6 - A situação sócio-econômica, o grau de instrução, se tem lazer, se não tem, isso faz parte da história da pessoa, (...) como ela se insere dentro dessa comunidade, isso tudo vai pesar nas condições de vida [e] de saúde dessa pessoa. Se ela mora num barraco, se ela não tem o que comer, se o barraco é úmido, se ela não tem trabalho, tudo isso vai influenciar nas condições de saúde dela [e] é com essa população que você trabalha dentro da unidade, então isso tem tudo a ver com o trabalho da unidade. As atividades da unidade (...) deveriam ser planejadas em função disso porque é isso que deveria ser a preocupação da unidade, (...) a Unidade Básica é para prevenir esses problemas, mas acabam não sendo por essas questões (...) administrativas, é um modelo em cima do outro, né? (...) Antes do PAS (...) existia essa preocupação do Distrito, aí veio o PAS [e] isso acabou, nós voltamos para a unidade já com esses programas desmantelados e aí veio essa proposta do PSF [que] é um novo modelo, (...) então é muita coisa [e] pouco tempo para elaborar tudo isso e isso acaba desmotivando os profissionais, a incerteza do que vai acontecer (...). Essas questões precisam ser levadas em conta e hoje em dia isso não acontece pela dificuldade de integração dos trabalhos [e] da discussão dos casos (...), essa falta de entrosamento

dos profissionais dificulta isso, apesar de eu perceber certas coisas (...) meio que empiricamente, isso não leva a uma ação.

Observou-se que a quase totalidade dos representantes dos trabalhadores da UBS crê que a população procura a Unidade em busca de consulta médica, para resolver seus problemas de saúde, por causa da proximidade geográfica com as residências.

Et11 - [Procuram primeiro a UBS porque tem] fácil acesso, é mais perto [e] não precisa tomar ônibus (...) e por ter também medicação.

Somente um depoimento atribuiu a procura pelo atendimento médico na UBS, além da proximidade geográfica da residência, ao bom atendimento da Unidade.

Et10 - Muitas porque é mais perto da casa, porque gostam do atendimento daqui, porque gostam da gente. O maior motivo de procura é consulta médica.

Da mesma forma que nos depoimentos dos moradores, a efetividade da assistência não foi mencionada como o determinante da procura pela assistência na Unidade.

Embora os depoimentos abaixo mostrem que a população vai ao serviço em busca de consulta médica e medicação (Et5, Et6), não encontra a resolubilidade na assistência e busca o encaminhamento a outros serviços de saúde para efetivar o atendimento.

O depoimento Et5 mostrou a pouca resolubilidade do serviço a partir do relato de um atendimento que se efetivou fora da Unidade, após 10 anos de acompanhamento pela UBS, e somente a partir do momento em que o entrevistado passou, com recursos pessoais, a efetivar a integralidade da assistência. Fez também referência à falta de integração entre as ações dos diferentes trabalhadores internamente à Unidade.

Et5 - Basicamente (...) eles vem atrás da consulta médica aqui na unidade (...), com exceção da vacina que eles vem sem consulta médica, acho que o restante dos atendimentos vêm para um atendimento médico. Fora isso a gente escuta (...) que no bairro tem muitas igrejas de diversas religiões, então eles buscaram bastante esses locais e [também] as receitas caseiras, por isso que muitas vezes o tratamento é mesclado pelos tratamentos alternativos dos vizinhos e das igrejas. (...) Tem uma pessoa que vem aqui fazer um curativo, ela faz o curativo mas usa [também] as medidas caseiras [e] as medidas da igreja na lesão da perna dela, (...) ela passa de tudo naquela lesão, (...) é um curativo bem famoso. (...) Ai levei para um vascular para avaliar melhor, só que tem que pegar ela e levar, agora consegui

fazer ultra-som, então estou conseguindo os recursos para ela lá [no HU]. (...) Ela vinha há 10 anos fazendo curativo [aqui na UBS] sem conseguir resultados e agora (...) está saindo, não sei se vai ter uma resolução do problema. [E quanto a pessoas com hipertensão e diabetes] tem alguns problemas que não tiveram resolução, (...) continuam naquele vai e vem, vem para consulta e não conseguem sair disso. Um foi orientado para ir na nutricionista no Malta Cardoso, mas não conseguiu chegar, não foi. A prática de exercícios (...) eles não conseguem fazer uma caminhada, (...) não sei por conta de que, da vida da pessoa, então a falha é nossa, a falha é da estrutura da região (...). Muitos dos problemas eu acho que têm bastante falhas, mas também não são todos que a gente consegue acompanhar, não tem retorno, às vezes porque não tem um agendamento então você não consegue, você perde o final da história (...), são casos assim mais pontuais que você consegue acompanhar. (...) O médico que atende poderia dar uma resposta melhor, se [a pessoa] conseguiu ir, (...), se fez a cirurgia. De algumas até vi o que aconteceu, mas se foi efetivo mesmo [não sei]. [Às vezes fico sabendo] sobre o retorno (...) porque vieram me contar (...), isso eu consigo ter, mas por conta do relacionamento com a pessoa que é mais estreito, não no geral. No geral eu perco essa noção se as pessoas foram ou não foram [atendidas].

Et6 - (...) [Para adquirir] remédio eles não vão na farmácia, na farmácia tem que comprar. Aqui na unidade eles vêm, se precisar de uma medicação a unidade dá, o médico dá receitinha e ele pega na unidade. Procuram [a UBS] porque é até uma força de reforçar a necessidade de ambulância [para transportá-los para outros serviços]. Porque a gente sabe que muitas vezes pede ambulância, a ambulância demora, falam que não tem, (...) então dentro da unidade o profissional da unidade reforça essa necessidade, é uma forma de realmente conseguir aquele objetivo, ou com mais agilidade garantir isso. (...) Eles sabem que aqui não tem, não dá para fazer grande coisa mas às vezes uma contenção, alguma coisa para aliviar na hora, [se] está doendo amarra, faz alguma coisa, minimamente, até conseguir ir para um pronto socorro. O pessoal atende bem, o pessoal da enfermagem, né? Olha direitinho, se é uma coisa que dá para fazer eles fazem [e] se não dá, rapidinho pedem ambulância.

Os depoimentos seguintes reiteraram que a população procura outros recursos pela falta de efetividade da assistência realizada na UBS.

O excerto Et1 relatou o descontentamento dos moradores com a falta de envolvimento dos trabalhadores da UBS que estabelecem relações “técnicas”. Reafirmou que a procura pela UBS é fundamentalmente para buscar medicação.

Et5 – [A procura por outros recursos] às vezes é uma resposta do que ela veio procurar numa unidade e não teve (...), ela já tentou fazer e viu que não está dando certo então ela busca alternativas. Acho que são os caminhos que mais a gente faz (...).

Et3 - Porque saúde pública não consegue dar conta de tudo (...), por mais que a gente faça tem muito trabalho a ser feito e a gente não tem condições de dar conta disso tudo, (...) então, aí a pessoa vai se virar com o recurso que ela acha que vai resolver. A gente sente, mas não tem como resolver tudo.

Et1 - Chazinho [e] benzedeira é uma coisa de cultura popular mesmo, o pessoal acha que isso funciona e é gente que eles conhecem. A gente está meio distante na realidade, embora eles venham para cá todo dia a gente está meio distante da população, não tem aquele vínculo do tapinha nas costas, né? (...) Teu vínculo com aquela população é eminentemente técnico naquele momento, você não se envolve muito com a pessoa, na verdade, na consulta. (...) [Os moradores vêm] buscar o remédio aqui porque eles têm a unidade como referência para isso.

Observou-se nos depoimentos dos representantes dos moradores que a expectativa da população é pelo consumo de consultas médicas, tomadas como sinônimo de atenção à saúde. A instauração dessa necessidade foi efetivada pelo projeto de assistência da UBS ao oferecer primordialmente esse procedimento como resposta aos moradores. Esses depoimentos também reafirmaram que o trabalho da UBS toma como objeto primordialmente a doença.

Os dados indicaram as limitações que impedem a efetividade da assistência médica na UBS, localizadas tanto na dificuldade para a inserção no atendimento quanto na resolubilidade da assistência.

Os depoimentos abaixo relataram a dificuldade de inserção no atendimento em razão da UBS atender primordialmente as consultas previamente agendadas, acarretando numa prática de encaminhamentos para outros serviços de especialidades e pronto socorros, pois os horários disponíveis não contemplam as necessidades da demanda da unidade.

E1 – (...) Hoje, todo tipo de serviço público que eu conheço, ele exclui. As pessoas não sentem como fazendo parte daquilo, como se fosse um direito dele um serviço de qualidade, ele paga imposto, ele participa, ele colabora de uma maneira ou outra, (...) ele tem que implorar um atendimento, um serviço. E (...) geralmente são os que mais precisam, o bonitinho que chega lá, bem arrumadinho, ele é atendido (...) Num debate que aconteceu aqui [na instituição] o questionamento [dos jovens] foi: [o] que adianta ir atrás de um

serviço público se eu não tenho o atendimento? (...) De que adianta eu fazer um acompanhamento, se eu precisar de uma cirurgia vou ficar meses na fila de espera, melhor eu morrer sem saber o que eu tenho, porque eu vou ficar na fila (...).

E3 - *Muitos (...) falaram na minha cara que (...) num gostava do posto, que era muito mal atendido, que toda vez que ia no posto, o posto nunca servia elas. Que ia com filho doente, com febre e ninguém atendia. Nunca conseguia ser atendido. Aí, por isso, ela num ia assiná. Muitas assinatura eu perdi por causa disso, na época.*

E8 - *(...) Algumas pessoas chegam lá passando mal, nem espera a pessoa falá o que tá sentindo [e] já fala que num tem como passá, [diz que é para] ir prá USP [e] quando tem, você tem que esperá meses. (...) Por exemplo, dentista (...) [eles dizem] “vem dia primeiro de num sei que mês”, aí (...) você tem que ficá esperando meses, ou cê ficá com aquela dor de dente, ou não faiz [o tratamento]. (...) Então, [e tem] aquela mulher que (...) foi no posto, (...) chegô no balcão, disse que era meio urgente e que ela tava com muita dor de cabeça e vomitando. Aí a mulher [da recepção] falô (...) “espera que eu vô marcá uma consulta prá você prá tal dia, na maior calma, né?”. [Ao que a sra respondeu] “prá tal dia não! Eu tô com muita dor agora (...), eu preciso prá agora!”. Aí a mulher que tava atendendo parece que disse que num dava, que tinha que esperá. Aí nisso que a gente encontrô com ela aqui na porta da escola, ela contou a história e o guarda levô prá USP.*

E9 - *Tem gente doente aí na favela que não consegue nem chegá até o posto e quando chega (...) num tem vaga, não atende. Tem (...) uma senhora lá atrais, ela tá em cima da cama (...) e (...) não pode ir nem no posto, (...) [fica] sem assistência, (...) não é que não tem acesso, num pode, entendeu? E quando pode, chega no posto “Ah! A senhora tem que marcá prá tal dia”. A pessoa já tá ali, querendo sê socorrida naquela hora, tem que aguardá, né? Acaba correndo pronto socorro ou USP (...).*

Os depoimentos abaixo apontaram a descrença na efetividade da UBS para resolver os problemas de saúde.

Os depoimentos E2 e E3 referiram-se ao espaçamento muito grande entre as consultas médicas, a incerteza do atendimento fora da inflexibilidade dos agendamentos prévios, a falta de organização do serviço para atender as necessidades da população, mesmo aquelas restritas aos agravos já instalados.

E2 - *[O atendimento] (...) fica um pouco a desejar, eu acho que poderia atender mais, (...) o espaçamento entre uma consulta e outra é muito grande, deveria, sei lá, é 1 mês, 1 mês e pouco (...) o tempo de uma consulta prá outra (...). E muitas vezes a doença não espera (...).*

(...) *A questão também de atendimento de emergência, (...) [se] o médico x tem 16 pacientes [e] eu chego como 17º, se as 16 [pessoas] veio ele atende só os 16. (...) Então se eu sou emergência eu vou ter que procurá o pronto socorro, (...) por isso que eu insisto em especialidades aqui. (...) Nós temos (...) [o] caso aí de uma senhora, quando ela surta ela tira a roupa e sai correndo prá rua, pelada, e ela tem um filho adolescente; (...). os outros adolescentes tiram sarro nele por causa disso. Então, ela passa assim 6 meses ótima e de uma hora prá outra ela surta. Eu não sei, até onde eu conheço (...) ela não tem atendimento nenhum, eles internam, ela passa 15 dias internada e tal, (...) melhorou volta prá casa.*

E3 – (...) *O posto não acha [consulta médica] do dia prá noite, (...) marcô prá mim (...) em fevereiro prá ser atendida em abril (...). Se tivesse 3, 4, 5 clínico geral eu acho que não precisaria tá marcando com um meis (...), [e assim] daria até prá esperá (...). Porque o clínico geral, ele já num vê nada em si porque (...) se for uma coisa crônica ele encaminha pró especialista, então o clínico geral só vê o básico, os pontos vitais porque tratá mesmo, se for otorrino e for nariz (...) ele não vai tratá, ele num é otorrino, ele vai encaminhá pró otorrino, se for (...) psicólogo, ele num vai tratá. (...) Eu acho que é absurdo marcá com um meis, a pessoa tá ruim hoje daqui um meis já morreu! (...) A última veiz que eu fiz [Papanicolau] demorou 90 dias prá vir o resultado, (...) quando eu vim mostrá pró [ginecologista] já tinha 4 meses e meio que eu tinha feito o exame, digamos que eu tivesse alguma coisa de emergência ... (...) Eu mesmo tenho uma colega, (...) prá ela levá as criança ao pediatra precisa chovê canivete porque às veiz tá trabalhando, (...) às veiz é só bico (...), ela também é separada, (...) tem problema de depressão. Foi (...) [na UBS] num passô, num conseguiu pegá o remédio. Conseguiu a consulta, mas ela queria passá antes, (...) prá comprá aquele remédio controlado (...) e parece que ele falô que é prá esperá a consulta. Aí desanimô! (...) Antes de ontem eu fui lá, disse que tava mal, mal, mal, que acho que ia no pronto socorro da Lapa. (...) Como ela tem muitas, que trabalham, (...) o filho fica doente [e] sara por si, vai dando remédio de casa (...), pega o remédio da vizinha (...) aí melhorô, acabô a febre, deixa por isso mesmo (...).*

Os entrevistados não conseguiram relatar um caso que tivesse sido resolvido na UBS.

Os depoimentos E6 e E8 mencionaram a falta de recursos como limitante no atendimento da demanda da UBS.

E6 – *Ó, que conseguiu resolvê [o problema] no momento assim eu não lembro, mas que não resolveu eu lembro. (...) Como recurso [para resolver os problemas de saúde no bairro] eu acho que não tem nenhum, (...) quase nada porque esse posto aqui é um milagreiro, (...) é um milagre o que eles fazem lá. (...) Eles não têm meios, eles fazem*

o que podem, encaminham, mandam ir tirá chapa não sei aonde, (...) dão encaminhamento prá São Jorge, (...) eles tentam fazê. (...) Outro dia a gente tava conversando na reunião, [será que] adianta encaminhar [se] eles não têm dinheiro nem prá pagá ônibus? Tinha que tê uma ambulância, um micro, alguma coisa qualquer por parte da Prefeitura. (...) [Falta na UBS] uma boa farmácia e o espaço, o posto atende muita gente, muita gente mesmo e o espaço é pequeno. Aqui em Vila Dalva merecia um posto com ar de pronto socorro, bem grande.

E8 – *Ultimamente num tá dando prá [UBS] contribui [com a saúde da população], (...) não porque eles num qué contribui, [mas] porque às vezes cê chega lá prá pedi um remédio (...) na farmácia do posto, eles falam que a Prefeitura não mandô. E às vezes não é por má vontade do pessoal do posto, a mulher da farmácia é super legal, (...) ela se vira prá consegui um remédio que é genérico, que é quase o mesmo efeito do outro. (...) Aqui no posto não me lembro de nenhum caso que tivesse resolvido. (...) Cê sabe (...) tem muitas pessoa que nem no posto passa porque já sabe que sai de lá direto pró HU, [então] vai direto pró HU.*

E9 - *Que resolveu o poblema [na UBS] não [me lembro]. Agora, eu lembro dum moço [que] começô bebê muito, (...) ele morreu, ele começô a amarelá, eu via ele passá inchado, amarelado, tremendo. (...). Agora, que melhorô [eu] não vi. [Que tenha resolvido o problema na UBS], aqui na Vila Dalva se tem eu (...) desconheci.*

O depoimento abaixo descreveu a falta de resolutividade da assistência, ocasionada pela falta de articulação entre os serviços de diferentes complexidades, ficando por conta do usuário a tentativa de resolver o seu problema de saúde por meio da soma de atendimentos realizados desarticuladamente e em diferentes pontos da cidade.

E10 – *[A população] procura bastante [a UBS], mesmo com (...) a maioria reclamando. Agora que a gente tá indo nas casas, a maioria tem reclamado muito, sabe? Não dos médicos, (...) tem sempre uns que eles reclamam, mas uns 2, 3 eles reclamam mesmo bastante, né? Mas eles reclamam mais mesmo era do atendimento. (...) [Uma pessoa que conheço] ela veio aqui [na UBS] e parece que mandaram pró pronto socorro, aí engessô e depois que ela tirô o gesso começô aquela dormência (...), é por isso que ela não anda. Veio pró posto, marcô consulta, esperô o dia, (...) a doutora (...) encaminhô prá Lapa e da Lapa encaminharam pró Cambuci e no Cambuci o médico falou isso prá ela, que ela tinha [que fazer um exame] e esse exame custa R\$800,00 (...). Ela não tá trabalhando, não tá fazendo nada prá tê dinheiro, ela veio procurar aqui [a UBS novamente], prá ver se ela consegue um encaminhamento prá fazê o exame de ressonância. (...)*

E aí vai esse encaminhamento prô Peri-Peri (...), o Peri-Peri vai encaminhá não sei prá onde carimbá, (...) e depois prá tá analisando todo o caso, prá tá voltando diz que demora uns 3, 4 meses, isso se consegui.

Os relatos a seguir evidenciaram a falta de efetividade na atenção à saúde, decorrente tanto da restrição das ações da UBS à consulta médica (E4), quanto da restrição dos instrumentos utilizados na consulta médica (medicação e exames laboratoriais). O outro (E11) relatou ainda a situação em que, na impossibilidade de utilização desses, o médico inviabilizou o atendimento e dispensou os usuários.

E4 - Vamo dizê a questão da gravidez na adolescência, a questão das contaminações, tem várias pessoas que são contaminadas com doenças na comunidade. Mas fica só gravidez com ginecologista? É um problema só do ginecologista e da pessoa? Ou do clínico, não sei o quê? Então, (...) tem essa limitação no posto. Tem algumas coisas que eles até discutem, mas nem tudo, precisava ter coisas mais necessárias que podia fazê uma discussão. [Por exemplo] em relação à questão das drogas, né? (...) Eu acho que a unidade podia tá fazendo alguma coisa, (...) sei lá como poderia fazê isso, (...) eu sei que é uma questão difícil, é fina; é coisa muito delicada, mas falta essa discussão. Porque, vamo dizê que os (...) usuário, vendo que já são dependentes, mesmo aqueles que queira tê um encaminhamento, (...) prá onde fazê isso, né? Num tem...

E11 – [Precisava] que tivesse mais médico que atendesse e que atendesse de acordo, que (...) tinha uns médico aí que era muito a desejar, viu? Você num era atendida lá no posto, você num podia falá, se ia falá já...não! Prá começá, meu marido foi lá, ele (...) achava que tava com diabete, que ele tomava muita água, fazia muito xixi. (...) “Ah, não, o senhor não precisa não, o senhor não tem nada...”. Num examinô, num fez exame nem nada, né? Daí veio uma campanha, acho que num levô nem um meis, (...) aquela campanha do diabético, né? O médico foi lá menina, num sei como é que ele num teve um coma antes, tava quase 400 a diabete dele. Eu mesma fui uma vez com esse negócio de esquecimento, (...) falei “Ô doutor, será que o senhor não podia me passar um remédio prá minha memória?” (...) “Ah não, num vô passá porque esse remédio custa muito caro e a senhora não vai podê comprá”. Falei: “Ué, mas eu estou pedindo a receita eu não tô pedindo o remédio. Se eu tô com a receita na mão, se dé prá comprá eu compro, se não dé esqueceu, né?”. Cê sabe que ele não me deu a receita? Sai de lá e ele não deu, [disse] que o remédio era caro e eu tinha que tomá muito tempo, então ele não ia me dar (...). Mas meu Deus, se eu tô pedindo, né? Aí, eu num conto as outras coisa, viu? Como é que é...

Nos depoimentos abaixo observou-se que os moradores recorrem a mecanismos instituídos para suplantam a dificuldade de acesso às consultas médicas na UBS. Foram citados a solicitação para outras instituições da sociedade civil intercederem para burlar a regra do agendamento prévio (E1 e E13) ou a utilização do “encaixe” nas consultas do dia, depois de terem aprendido o que se configura como atendimento de emergência na UBS (E3), procurar diretamente o pronto socorro (E11) ou ainda a utilização da cultura popular quando não conseguem o atendimento médico (E5).

E1 - (...) O que a gente sabe é que eles acabam vindo aqui para tudo. (...) A filha da (xxx), queimando em febre, passou pelo posto e não não atenderam, (...) ela veio aqui, nós ligamos – “olha, tem a filha de uma funcionária daqui, dá para atender?” – “Ah, dá para atender”. Temos um outro aluno que tem problema de fala, (...) ele não conseguiu atendimento, aí eu conversei com a fono, ela pediu para fazer uma carta [de] (...) encaminhamento para uma triagem. (...) Isso é constante, tanto de aluno [daqui] como [de] não aluno, às vezes uma pessoa da própria comunidade chega aqui e pede para a gente intervir. A gente teve casos aqui que as pessoas vem pedindo para que a gente ligue lá no posto porque (...) não tem ninguém para atender lá (...). A gente liga, encaminha e o posto atende. (...). Por que essa pessoa não foi atendida? Por que eu aqui (...) tenho que ligar lá e pedir? (...). Toda terça feira (...), o ano passado foi assim, reservava-se uma manhã para a dentista atender (...) aluno [daqui] (...), a gente encaminhava e era atendido. Precisaria isso, já que os alunos são moradores [da área de abrangência da UBS]? (...) Então as pessoas vem aqui, quase que se humilhando, às vezes vem chorando, pedindo pelo amor de Deus, como é que essa pessoa vai ter uma vida digna? (...). Parece que tem que viver rastejando o tempo todo, implorando para alguém, ou conseguir uma vaga na escola ou um lugar no posto de saúde.

E13 - Tem uma moça que trabalha aqui no Projeto Guri, ela é assistente social, a gente pediu prá ela fazê uma carta pedindo uma consulta no posto porque se a gente vai pedi (...) sem essa carta, a consulta é marcada prá daqui uns 2 meses (...) [e] com a carta, conseguiu a consulta pró outro dia. (...) O pessoal lá da Vila Dalva, que é da favela, (...) a maioria das mulheres e as crianças que num tão sendo bem atendida aí no posto, (...) o moço daqui (...) tá levando nos médico do sindicato.

E3 - Até eu ia na benzedeira de vez em quando, (...) muita gente vai, [mas] não com a freqüência de antigamente. Antigamente essa história era muito corriqueira, hoje em dia acho que o pessoal tá mais, né? Até chazinho de casa o pessoal toma, mas todo mundo qué

ir lá pegá o remédio no posto. (...) Quando é fim de semana, que o posto tá fechado e eu num quero ir em pronto socorro, tem (...) [o dono da farmácia] ali que ele me conhece de muitos anos, (...) ele viu minhas filha nascê, então (...) tá com febre eu já corro (...) [na farmácia] porque ele tem um aparelhinho, ele já vê se é caso urgente, ele fala “(...) o ouvido tá infeccionado”. Aí eu vou dando remédio de febre [que] ele passa (...), segunda [feira] eu já passo no posto [e] (...) já fico na espera do dia, fico meio pressionando porque eu num saio de lá sem passá, se a criança tá com febre (...). Muitos vão, minha mãe também às vezes vai na farmácia sabê a opinião(...).

E11 - (...) *Aqui em casa, dependendo do que tem, (...) dependendo do horário, falo (...) vamo lá no posto? (...) A gente vai perdê tempo esperando e num vai sê atendido, que daí tem que esperá uma vaga, mais essa vaga num tem, né? Então, já vai direto lá no pronto socorro porque assim, mesmo que eles fale “Não! Agora cê vai procurá o tratamento no posto”, pelo menos o primeiro socorro já foi feito, né? (...) [As pessoas] ficam esperando a boa vontade do posto e eles são encaminhados prá outros lugares, tudo, mas é aquela dificuldade, né? À vez tem pessoas que acaba desistindo porque demora tanto, é tão difícil sê atendido, que acaba desistindo. Então, nessa de você ir até lá e ficá oscilando entre ter ou não ter o atendimento, a pessoa vai direto pró pronto socorro.*

E5 – *A única solução é o postinho, (...) quando num resolve manda prá USP, manda pró Sara, porque [se] num tem atendimento tem que procurá outra coisa, vai pró pronto socorro lá na Lapa. (...) Às vez eu preciso de um médico lá [na UBS] e num tem (...), já precisei e num teve médico prá mim, eu tava com conjuntivite, eu curei (...) com uma rosa branca, (...) fervei água, coloquei a rosa branca dentro da água, tampei e fiquei lavando meus olhos e fiquei bom. Se eu fosse dependê do médico lá, fui treis veiz [e] num fui atendido.*

A totalidade dos depoimentos dos representantes dos moradores mencionou a necessidade de reorganização do trabalho da UBS para que essa pudesse contribuir para a saúde da população.

Os entrevistados consideraram que, para ser efetiva, a atenção á saúde deveria estar baseada na universalização da assistência, ampliação da concepção do processo saúde-doença que orienta as práticas, os recursos humanos, materiais e físicos, além de um atendimento mais humanizado e competente.

Os depoimentos abaixo mostraram que o princípio da universalidade da assistência da UBS foi ferido por não prever nenhum tipo de ação para os moradores dos setores censitários de plena inserção social, população esta que não faz parte da

demanda espontânea da unidade. Nem mesmo as ações consideradas mais efetivas, como as campanhas, são realizadas pela UBS para os moradores desses setores censitários.

E7 - Mas eu acho que de uma certa forma pode até contribuir, mas não contribui porque, como todo ser humano, ir no posto de saúde é (...) eles têm vergonha. (...) As propagandas, as poucas que foram feitas, foram feitas por nós, moradores do bairro, alertar no caso da dengue nós é que fazemos isso.

E14 – [A UBS poderia contribuir] pelo menos prá tá se trabalhando vacinação de idosos, a parte de vacinação, esse calendário infantil, e tá divulgando um pouco mais também [o] que eles têm à disposição, né?

Os depoimentos indicaram de que forma a UBS poderia contribuir mais para a saúde da população. Foi mencionada a necessidade de ampliação da concepção do processo-saúde doença que orienta predominantemente o trabalho da Unidade (E4). Coerentemente com essa ampliação, deveriam ser instauradas ações que incidissem nas necessidades dos moradores, a partir do conhecimento da realidade do território (E3, E13) e de âmbito intersetorial (E11).

E4 - [Falta melhorar] a questão de saúde pública também, que aí trabalhava os esgoto, trabalhava a questão dos “gato” na energia (...). O neguinho tá desempregado, cortou a luz dele e aí ele vai lá e puxa mesmo, não vai ficá sem luz. Então isso traiz risco, que é uma coisa mal feita. (...) [Pediria] a melhoria da saúde pública, como a saúde pública tá difícil. (...) A falta de medicamento, a falta de médico na unidade básica, (...) que legal que cê tá com problema cê chegasse na unidade básica, cê vai sê atendida agora. Não, você só vai marcar uma consulta daqui uma semana, daqui a 3, 4 dia. Ah! [faltam] profissionais não só prá atender, mas profissionais qualificados, com a cabeça aberta, que saúde pública é toda uma questão de ampliação geral daquilo que eu tava falando [conceito ampliado do processo saúde-doença]. Precisa tê profissionais com essa compreensão, porque senão a unidade não anda. (...) Os médico ainda [estão] muito com aquele poder “que eu sou médico, eu sei tudo” [e] não discute, a população muitas vezes não pode discordá, se discordá dele ele não aceita discordância, né? “Porque eu sou doutor” e o que falta é essa integração posto de saúde/comunidade, precisa melhorá isso.

E3 - [Falta] Mais uma coisa chamando o pessoal prá vim ao posto. Muita gente num passa no posto, nem leva as criança, (...) [falta] um controle. (...) Primeiro eu ia investigá tudo. (...) Teria possibilidade de ir de casa em casa? Que nem agora a agente da saúde tá indo, mas na favela será que vai dá prá ir em todas as casas [prá] vê todo mundo que realmente precisa? (...) Se o posto conseguisse dá uma cesta

básica, que nem o Lula vai dá, (...) de imediato dá, depois tinha que arrumá uma frente de trabalho, que não adianta cê tá só sustentando o povo. (...) De imediato eu (...) daria comida, (...) [depois diria] agora você vai passá no posto, vai marcá [consulta] (...) fazê os exames. Aí a gente vai dá uma olhada geral na casa, prá vê se a pessoa tem noção de limpeza. (...) Se ela tivé saúde ela pode trabalhá, trabalhando ela consegue comida.

E13 - *Deveria também fazê algum tipo de visita nas casa, como a irmã [faz]. A irmã, [quando] a criança aqui tá com problema (...) ela vai na casa da criança vê o problema. (...) Ela vai lá, visita, conversa, vê o problema (...) e tenta da melhor maneira possível ajudá, (...) eu acho que seria uma boa também [a UBS fazer isso] porque (...) a pessoa vive uma realidade, a gente tira a pessoa daquela realidade e fala que ela tem que vivê de um jeito diferente, (...) [mas] quando ela volta prá casa as condições são as mesmas. (...) Mas no caso também poderia sê assim, se o pessoal num tá nem aí, lá dentro tem um chefe, uma pessoa que toma conta, num é? diretor, sei lá o quê [e] poderia parti dele também, com os funcionário lá dentro, né? (...) e ele vê “ó gente, cê acha que poderia melhorá assim, nesse caso? vamo mudá um pouco isso aqui”. Eles também poderia, acho que também poderia, sem esperá a população.*

E11 – *Agora esse ano iniciaram lá na igreja um trabalho da 3^a idade, (...) é uma coisa importante demais, ali você aprende a conviver, você aprende a viver porque você tem muitas aulas, muita informação, coisas interessantes prô seu dia-a-dia, prá sua família. (...) Nós tivemo palestra com o fisioterapeuta, tem uma menina que faiz ginástica, vem de fora a fonoaudióloga, tem a irmã que é professora de ginástica. Tá sendo muito bom, já temos umas 40 pessoas no grupo (...). Tem [esse] trabalho na igreja, mas tem [também] o trabalho da fisioterapeuta (...) que é ligado ao posto. Então, vamo ligá essas 2 coisas, com os 2 colégios, (...) aí junta as 2 escolas que são as mais próximas aqui, você coloca o EMEI [e] vai colocando o posto entre isso tudo, as igrejas, que temos várias congregações aqui (...), várias pessoas de vários segmentos, vamo abranger tudo independente da religião, vamos formar realmente a comunidade, isso eu penso que é um trabalho de saúde.*

Observou-se ainda que os depoentes consideraram como limitante para a efetividade da Unidade a falta de recursos humanos, materiais e físicos da Unidade, a necessidade de ampliação do espaço físico, do tamanho da equipe e da complexidade do atendimento. Dois dos depoimentos (E3 e E5) creditaram ao gerenciamento da Unidade a responsabilidade de adequar os recursos às necessidades da população.

E2 - *Ampliação do posto, ter mais médicos específicos, prô pessoal não precisar se locomover prá o Peri Peri, que é contra mão, e prá (...) outros lugares que tenham as especialidades que aqui não tem. (...) Se a mãe perde um dia de trabalho prá trazer aqui no posto e tem que ir no oftalmologista, ela não vai perder dois dias de emprego. [Além disso] mais que cartaiz na parede, acho que tem que ter aquele contato porque é lidar com pessoas (...), o cartaiz é muito impessoal, se você leu, leu, se você não leu, ... e muitas vezes as pessoas não sabem nem ler. (...) [Falta o contato dos trabalhadores para dar] informações sobre o atendimento, o agendamento de consulta, os médicos (...), os dias que eles atendem.*

E3 - *E o controle do remédio. Acabô, cê tem que já tá pedindo (...), antes de acabá, porque já sabe que vai tê de fazê uma média, quantos diabético têm, então uma média de tanto remédio de diabete sai por meis; então tem que tê esse estoque.*

E5 - *O pessoal sê mais bem tratado, tê mais recurso no posto médico, que não tem. O presidente do posto (...), que toma conta, um diretor, eu acho que eles tinha que pedi mais recurso prô posto, pedi mais médico porque aí o pessoal se tratava melhor (...). Tem uns que fala [que] aquele posto ali (...) num tem nada. (...) Prá todo mundo ter saúde devia ter um check-up, então, que o posto tivesse condição. (...) Eu acho que (...) [a UBS] contribui bem (...), não é prá todo mundo, né? Mais eu acho que se não tivesse o posto médico, (...) como é que ia fazê se não tivesse o posto médico aí? Então, (...) tinha que tê um diretor, um pessoal prá organizá mais, (...) prá pedi mais médico, pedi mais recurso prô posto, (...) tê um atendimento melhor, porque aí não precisava ninguém sai daqui do bairro prá ir procurar outro hospital, outro posto de saúde, devia sê tratado aí no posto mesmo. Da forma como tá [a UBS] contribui prá população, eu acho, mas devia melhorar mais ainda, [precisava] tê alguém que tomasse a frente, né? (...) Eu tiro por mim porque às vez a gente chega lá e num tem médico, ninguém sabe informá direito. Cê vê, eu tive que me curá em casa mesmo, a Dona xxx ensinou um (...) chá e eu fiz e fiquei bom. Mais (...) algum caso que o posto ajudou, (...) que eu lembro ... não, não.*

E8 - *Eu mandava derrubá aquele posto e construi um hospital porque aquilo não é mais um posto, (...) a gente num pode andá daqui um pouco ali no posto porque é a mesma coisa da gente (...) ficá aqui parado esperando. (...) [O hospital] tem mais recursos (...), porque às vezes num é porque o pessoal num qué atendê, (...) é porque às vezes num tem recursos prá atendê. (...) O que falta também eu olho bastante, da minha casa eu vejo (...) você vê moto, carro, (...) carro de médico que guarda lá. Você chega lá [e te dizem que] o médico num veio hoje. Tem aquele monte de gente no posto e num tem quem atenda você, médico, né? Às vezes até num tá faltando [médico], às*

vezes tá faltando salário deles, né? E ninguém vai trabalhá de graça (...). Aí é o que falta prôs médicos poderem atendê, equipamento (...) e sê pago. (...) Em termos de atendimento acho que tá faltando praticamente tudo, [a começar pelo uso da] informática. Falta um computador, porque em vez de você ficá lá com aquele monte de papel velho, de anos e anos, por que num coloca aquilo ali numa pasta do computador? Além de sê mais rápido, cê num tem que ficá procurando [e] as coisa que fica registrado com mais segurança, porque se tem um incêndio ali, Deus o livre e guarde, num tô agourando (...) porque pode sê ruim mas que atende as pessoas atende, né? Mas tê um incêndio ali (...).

E9 – *[Falta] melhorá o posto, [o] atendimento. (...) Um posto de saúde juntamente com pronto socorro 24 hora, num precisava de outra coisa (...), já amenizava gente que sai correndo aí de madrugada. (...) [Precisaria também] Mais médico (...), remédio gratuito. (...) E o clínico tem que atendê direitinho os idosos, porque(...) tem médico aí que eles chamam o paciente [e] daí 2 minuto o paciente sai com o papel na mão, eu acho isso um descaso (...), tem médico que você passa com ele [e] não te pergunta nada, anota o que ele qué ali, te dá papel... [a receita médica].*

Os excertos abaixo apontaram insatisfação com o atendimento do serviço, localizada nas relações estabelecidas entre os trabalhadores da unidade e os usuários que a procuram.

E10 - *Aqui [a UBS precisaria ser] maior prá gente, maior porque o bairro é grande, é muita gente. Você vê muita gente prá tá atendendo e é um corre-corre, é prá lá prá cá, sabe? (...) vai lá não é aceito, vai no outro é super lotado também, então (...) acho que aqui teria que sê ampliado, (...) com médicos mais, com enfermeiros mais, que virasse hospital (...) porque a nossa necessidade (...) é essa, viu? [Mas] é [do] atendimento que [as pessoas] se queixam (...) demais da conta mesmo. [Falam] que as pessoas são grossas, não tem educação. Eles falam: “Aí! num dá nem gosto naquele posto, (...) porque as pessoas tratam a gente tão mal, trata a gente como cachorro, (...) nem cachorro é tratado assim. Mesmo pelos médicos, citam nomes até, (...) não se sentem bem [tratados] (...) e reclamam muito dos médicos também, [que] são muito grosseiros. Então, (...) mas a pessoa como só tem (...) aqui prá vir ... Então eles falam: (...) “por que vocês não fazem um abaixo assinado prá tirar Fulana? Prá tirá Siclana? Prá tirá sei lá...”. De tão mal atendidos que se sentem.*

E12 - *Dos próprios funcionários [falta] um pouco mais de condição, né? prá que eles possam passá aquela condição também prá pessoas, calor humano, paciência, (...) as pessoas hoje estão se tornando muito duras. Antigamente (...) um ser humano baleado, esfaqueado era o*

final do mundo, hoje (...) é a coisa mais normal, onde tá o sentimento do ser humano? Cada hora mais se perdendo (...), acho que precisa buscá mais o amor, buscá mais a família. (...) O homem evoluiu, o computador, a internet, a evolução do ser humano, não vamo discuti o progresso, só que onde fica o interior do ser humano, o sentimento do ser humano? Isso (...) tá se perdendo, (...) se cê virá prá pessoas [e perguntar] “por que você tá aqui?” “Ah! porque eu preciso trabalhá, porque eu tenho que ganhá o meu dinheiro” e cabô. (...)

Então, o posto deveria, já que tem a Dona Marta, (...) o seu Lula, vê um pouco mais de condição também dos funcionários. Porque (...) eu tiro por mim, o dia que eu tô com poblema, que eu tô com muita conta prá pagá (...) é difícil de eu ajudá alguém, (...) se quem vai ajudá alguém tá sem equilíbrio também, fica complicado. Então eles deveriam também (...) vê o que falta; vê o que eles podem por mais de material, (...) de o posto ter uma condição também prá atender quem trabalha, prá quem trabalha atender quem vai.

Os representantes dos trabalhadores também consideraram que a UBS poderia contribuir mais para a saúde da população para a qual é referência. Os excertos abaixo elencaram o que falta para a UBS contribuir para a saúde da população. Da totalidade dos entrevistados somente um não tinha idéia do que faltava.

Et9 - *Não sei, você está perguntando para a pessoa errada, não sei. Aquilo que dá para a gente fazer a gente faz, (...) orientação educativa e a restauração (...) não sei, não parei para pensar.*

Grande parte dos demais respondentes localizou a limitação da atenção à saúde no déficit de instrumentos do trabalho - trabalhadores, equipamentos e materiais de consumo, medicação e exames. Foi citado também o déficit de espaço físico da UBS.

Et3 - *Essa parte do prédio, esse prédio é muito quente no calor e muito frio no frio. (...) As janelas não abrem, não tem espaço, (...) essa questão do espaço é importante. O piso é inadequado, a parte de estrutura física do posto não é boa, (...) teria que ter um salão maior de reuniões, espaço maior assim para (...) atendimento em grupo (...). [Na] questão dos profissionais é importante [aumentar o número], preencher essas vagas [que têm], antigamente a gente tinha mais gente trabalhando (...). E a questão de equipamentos, tinha quer investir um pouco mais em equipamentos para a gente ter condições de trabalhar.*

Et10 - *Falta mais médico e mais medicamento, outros medicamentos também, medicamentos mais caros que as pessoas precisam e não tem, ou um lugar que forneça para eles. (...) [Precisaria] aumentar*

principalmente clínico, que tem uma grande procura, podia até ter mais um psiquiatra, que um eu acho pouco. Psiquiatria cobre uma região maior, não é todo posto que tem, psicóloga também não (...) então tem uma procura grande.

Dentre os excertos que referiram a necessidade de mais trabalhadores, dois salientaram a necessidade de aprimoramento qualitativo dos trabalhadores, reiterando a queixa dos moradores com relação à necessidade de humanização do atendimento e requalificação técnica do trabalhador.

Et1 - *[Falta] mais recursos humanos e mais materiais, mais equipamentos, (...) a gente vai precisar de uma ampliação [da UBS], (...) [falta a alguns trabalhadores] que conseguisse tratar a pessoa de uma maneira mais adequada, de uma maneira menos ríspida, [pois assim] a própria visão que a pessoa tem da unidade já vai ser melhor e a própria capacidade de apreensão da informação fica melhor, (...) às vezes a pessoa é um bom técnico só que em termos de relacionamento humano às vezes deixa a desejar.*

Et8 - *[Falta] contratar profissionais, não que os daqui não sejam qualificados, mas com boa qualificação, dando condições aos profissionais [de] atuarem e até [de] ampliar em terapias, não ficar voltado só para o que está no momento. Acho que nos dias de hoje precisa de coisas mais atualizadas, um trabalho mais atualizado, além de consulta médica (...).*

Foi significativo também o número de depoentes que avaliaram que falta à UBS um projeto assistencial no qual todos os trabalhadores pautem suas práticas, uma vez que os atendimentos são feitos a partir do projeto individual de cada trabalhador e dos programas planejados pelo Ministério da Saúde, não sendo prevista uma articulação entre as ações na Unidade. A participação de trabalhadores da UBS em cursos oferecidos pela Secretaria Municipal da Saúde não garante que os conhecimentos adquiridos sejam operacionalizados na UBS, conforme declara o depoente Et5.

Et2 - *A instituição pública, (...) [pela] questão da sucessão de administrações, ela acaba sendo impregnada pela questão da política, às vezes da politicagem e isso aí implica em descontinuidade [dos projetos]. (...) [Também] a (...) linha de mando (...) pesa muito na questão da administração pública, não precisa ser um autocrático mas também não pode ser um 'laissez faire' e às vezes a pessoa, se não sente uma presença mais firme (...) da coordenação, direção, ele tem o entendimento de que pode fazer o que bem entende. Então (...)*

essa liberdade para a ação, essa abertura, às vezes tem gente que entende de forma equivocada. Então, (...) e não sou só eu que fico apagando incêndio, isso já tem um peso extraordinário em cima de toda a equipe [e] de todo o trabalho que ela faz. (...) Se a gente não tivesse que apagar tantos incêndios, [seria mais fácil] falar - vamos sentar e conversar, vamos conversar de saúde? (...) Poderia (...) ter esses dados [das características da população] tabulados, (...) a qualidade melhorada dessas informações e ter uma linha de trabalho, falar assim - sabemos quais são nossas prioridades, está aqui, sabemos que temos que fazer alguma coisa -, então aí você dá uma direção para o trabalho, porque hoje fica muito é por conta do profissional.

Et5 - (...) Falta integração, (...) só quando alguém vem buscar alguma coisa [é] que a gente vai fazer. Então, é palestra de não sei o que, dá para você ir? (...) É uma coisa que não tem resultado porque não tem [o] sentar, discutir [como o] nosso trabalho vai ser agora, nesse mês nós vamos fazer tal coisa (...). O chefe é muito acessível, a gente nunca teve problemas, na verdade cada um faz o que quer, o que imagina que pode fazer pelo serviço. Então, a coisa da diretriz tem que ter, motivar as pessoas é fundamental. (...) Tem as reuniões, (...) [mas] (...) não é [colocado] assim - vai ter a questão da dengue sendo trabalhada na comunidade, mas nós vamos fazer ... -, é diferente a forma de colocação (...), você sabe do pacote pronto (...). A reunião em geral é mais para passar e não para discutir [por exemplo] como vai ser nosso atendimento [ou] para distribuir as tarefas (...) que vêm do Distrito, ou fala assim - vai ter um curso, você vai?, [mas] como é que vão aplicar isso? Quem vai depois tem que ficar pensando como é que vai fazer a coisa, né? A gente teve um treinamento (...), fomos [em] quatro pessoas da unidade [e] até hoje não sentamos para saber como vamos implantar [o que aprendemos,] na unidade, nem o chefe veio perguntar se vai existir, nem se falou mais nada no assunto (...), se esse conhecimento vai ser revertido para o trabalho vai depender muito da pessoa [que fez o curso]. São cursos que geralmente aparecem, (...) [mas] muito do que você vai fazer fora não vejo aplicação prática, não necessariamente casa com as necessidades da população, tem bastante coisa que não tem nada a ver. Você tira o profissional da atuação que precisa (...) para não aplicar na sua prática diária.

Alguns desses depoimentos ressaltaram a necessidade do conhecimento das características e necessidades dos moradores do território para construir um projeto de atenção à saúde elaborado em conjunto por trabalhadores e moradores do território, cuja implementação e continuidade estivesse garantida pela política de saúde do município.

O depoente Et2 afirmou que as práticas da UBS incidem no aprimoramento dos perfis epidemiológicos dos moradores da área de abrangência da UBS e não são articuladas e processuais. São pontuais, instauradas para o atendimento momentâneo do mal-estar referido pela demanda espontânea da UBS.

Et2 - Vou fazer um paralelo entre saúde e mercado de consumo. Um pouco pela condição de vida, um pouco pela questão dessa matriz ideológica que está aí, a questão do capitalismo, (...) [os moradores] querem a prestação do serviço de saúde para ontem (...) e [isso] sempre foi reforçado, se a gente pegar o histórico da Prefeitura de São Paulo, dos Pronto Atendimentos (...), de reforçar um pronto atendimento e ponto final, [de] trabalhar em cima do sintoma, medicalizar o grosso da população. (...) Então essa unidade por muitos anos aí ela teve um caráter de um pronto atendimento e [em] dois anos aqui, com um novo enfoque de saúde, nós não conseguimos reverter esse aspecto que está cristalizado na população, eles querem a consulta para aquele momento. (...) [No] orçamento participativo, quando é colocado para a população o que eles querem em termos de saúde, o que é mencionado com uma frequência maior é equipamento hospitalar. (...) Não é que eles não tenham razão, (...) se a gente for ver a questão da prevenção e se fizer um trabalho mais amplo na questão de saúde, provavelmente não deixaria chegar nesse limite, a relação deles com a unidade de saúde seria uma relação mais ampliada, a gente poderia estar discutindo saúde (...) de uma maneira ampliada. [A UBS] atualmente contribui (...) minimizando o agravo de saúde, está nesse limite porque (...) [tem] essas ações pontuais (...) [de] planejamento familiar, atividade corporal ou a questão de grupos de diabéticos ou hipertensos, mas é redução de danos, eu acho que é mais nesse limite propriamente, quer dizer, (...) não [se] faz uma intervenção na origem dos problemas (...).

Et5 - (...) [Falta] ir mais para a comunidade [para] saber o que ela precisa, estar junto porque a gente tem muita dificuldade de saber, quem está dentro da sala atendendo tem às vezes dificuldades de visualizar esse geral. Então fica difícil se a pessoa não vai, não sai, porque a gente não consegue atingir. (...) Por que por exemplo a adolescente não vem, [se] ela precisa de uma orientação sexual, de planejamento familiar?, mas a gente não tem esse envolvimento suficiente para estar lá fazendo elas virem buscar. Então é fundamental a entrada na comunidade, mas junto com o povo, não sou eu que estou lá (...) [que] quero ir lá fazer um trabalhinho meu, que seja filosofia do nosso atendimento estar indo. Mesmo não tendo Saúde da Família, a gente conseguiria pelo número de associações [e] de espaços que tem na comunidade, se conseguiria fazer um trabalho que iria ser mais efetivo, de reconhecimento, deles conhecerem a nossa postura em relação ao que acontece aqui e não

ficar tão distante. Isso geralmente é a reclamação, [a população] não sabe o que acontece; então ajuda a conhecer quando você sai.

***Et11** - Falta talvez integração [com a população], o atendimento ele é feito [segundo programas determinados] de cima prá baixo, teria que (...) ver mais o que a população quer (...). E [falta] ter também um diálogo maior com a população, ainda tá faltando ver as necessidades, faz consulta, consulta, mas não dá tempo de você ter uma idéia (...) [do] que a população tá tendo. (...) Talvez precisasse de um pronto socorro no bairro, por exemplo aqui no Rio Pequeno. (...) [Precisaria] diminuir a espera no atendimento, tanto prá marcar consulta quanto também prá retornos. (...) E falta o próprio posto também poder interferir mais nessa parte de saneamento, educação (...). O modelo seria um tipo policlínica (...), seria como lá em Cuba onde (...) tem todo o atendimento, né? Mas nunca substituir, (...) tem que ser colocado o posto [e] mais alguma coisa.*

5.1.3 Expectativas de mudanças no trabalho da UBS

Os excertos abaixo apontaram que os representantes dos moradores não têm muitas expectativas a respeito de mudanças na UBS, para que possa contribuir mais com a saúde da população.

A expectativa do entrevistado abaixo era uma maior complexidade do atendimento da unidade, o que justifica que não vislumbre a possibilidade de mudança.

***E2** - As minhas expectativas são baixas. (...). A implantação de especialidades tá muito difícil. Prá gente consegui a contratação dos agentes de saúde foi uma luta muito, muito grande. A gente teve que mobilizá pessoas, conversar com políticos (...) e não foi fácil. Prá conseguir as especialidades prá cá eu acho que isso é uma luta [que] vai tê que ser muito maior.*

Relatando a mesma descrença, o depoimento abaixo (E1) atribuiu a baixa expectativa à falta de recursos para o setor público, justificativa dada pelo Estado. Sugeriu que a mudança dependeria do empenho e da boa vontade dos trabalhadores da unidade. O depoimento E11 depositou as expectativas nas ações a serem realizadas pelo agente comunitário de saúde.

***E1** - A gente sabe que o Brasil hoje não tem condições financeiras de estar ampliando muito o atendimento, que a verba já está toda*

comprometida (...). Eu acho que até daria para melhorar com as pessoas que vem trabalhando, com a estrutura que tem, mas precisaria um trabalho de conscientização muito grande (...) porque a estrutura física está aí, está montada, tem equipamento, tem tudo, o que falta é um pouquinho de boa vontade. Acho que as pessoas se acomodaram, então precisaria um trabalho grande de conscientização, isso não exigiria muito dinheiro para modificar, tudo bem que é devagar que você modifica as pessoas, ninguém se modifica de um dia para o outro, é um trabalho lento, mas eu acho que é um trabalho que não despenderia muito dinheiro. Não sei como que isso poderia ser feito, mas eu acho que tem que ser feito e rapidinho porque parte financeira todo mundo sabe que não adianta a gente esperar muito. Agora espero que a mudança aconteça, mesmo que lentamente, até porque a maioria das pessoas aqui votaram nele [no Lula], a grande maioria. Então tem uma expectativa de melhora muito grande, muito, muito grande [e] se isso não acontecer eu tenho medo, tenho muito medo.

E11 - *É difícil dizer [sobre expectativa de mudança], é difícil porque projetos bons muitas pessoas aqui já tiveram, já apresentaram e no entanto se perderam. A idéia que a gente passa é uma coisa que faria bem prá todo mundo, (...) faria da comunidade em si um lugar muito interessante, mas daí a você crer que isso possa realmente acontecer é meio difícil, embora agora o posto tenha aberto assim um espaço prá tá trabalhando a comunidade. Deus queira que seja realmente a ponta, que os agentes de saúde é um trabalho super sério, (...) eles tão batalhando prá cadastrar as pessoas, visitam as pessoas, tão tentando conscientizar as pessoas.*

Os depoimentos abaixo assinalaram uma esperança de mudanças na qualidade dos serviços públicos de assistência à saúde advinda do poder central, a partir da eleição do Presidente da República com grande apoio da população menos inserida socialmente.

E8 - *Eu num tenho como vê [nenhuma possibilidade de mudança na UBS], num tenho esperança. Estamos trocando de presidente, vamo vê o que ele vai fazê, tá no começo vamo vê se ele tem competência prá mudá isso, né? Todo mundo, muita gente votô nele, acreditô e o pessoal da comunidade também. (...) [O Lula] andava com o povo, fazia manifestações, tudo, todo mundo acreditô, [as pessoas diziam] “vô votá no Lula, ele é do povo”. Agora vamo [vê], é o serviço dele, vamo vê o que que ele vai fazê, né?*

E9 - *Com certeza [tenho esperança que mude] e que mude prá melhor, foi prá isso que o Presidente tá lá, nós colocamo ele lá, a classe pobre, e acho que o Presidente veio dessa parte também, um dia foi pobre necessitado que nem tem tantos. Não só aqui na Vila*

Dalva [e] São Paulo em geral, o Brasil em geral tá doente, né? Tá precisando de saúde melhor. Tem que vê essas pequenas coisa, [é] do bairro mais pobre que a pessoa tem que vê [e] num ficá visitando só lá o centro da cidade e deixando as periferia, as periferia só vai servi quando eles precisá de voto? Num é assim, né? Ele tem que mostrá que se os bairro do centro coloca ele lá em cima, a maior parte da população é da periferia, que põe ele lá, né? (...) Ele tem que tê a consciência que tem que cuidá dessa parte doente, essa parte doente que é a periferia, que mora em locais de risco, bairro pobre mesmo que o povo não tem condição. Ele tem que mudá, não é possível nenhum se tocá, não é possível, né?

E12 – *Ele [o Presidente] sabe o que é uma dor de dente, eu acredito que ele saiba o que é passá fome, o que é passá dor, o que é passá necessidade, ele sabe. Porque o (...) que eu vejo falá de Lula não é de hoje, (...) [mas ele] tem que enfrentá muita gente, (...) as pessoas pensam [que] tudo é o Presidente [e] não [é], em volta do Presidente vem milhões de pessoas, milhões de assessores, muita corrupção, mas que ele faça a diferença, que ele pode nem que não seja muita, mas a gente acredita que ele pode, (...) ele pode fazê muita coisa se ele não se deixá contaminá. Agora, se ele se deixá contaminá, lá se foi mais uma chance...*

A maioria dos representantes dos trabalhadores da UBS tampouco tinha expectativas quanto à superação das limitações apontadas. A baixa expectativa de mudanças foi justificada pela falta de perspectiva de investimentos do Estado na garantia da qualidade do serviço público.

Parte desses depoentes mostrou-se conformada com a explicação das instâncias administrativas da esfera central, a respeito da falta de recursos. Uma perspectiva de melhora da atenção prestada pela UBS foi antevista com o início da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Et1 – *[As expectativas de mudanças são] terríveis, (...) a gente buzina muito mas não tem muito poder decisório, a gente tem poder decisório a nível local e mesmo assim é limitado, (...) depende de liberação de verbas para reformas, (...) de mudança de política de contratação de pessoal através de concursos (...) [e] isso depende de orçamentos que vêm a nível de Prefeitura, de Secretaria. A gente buzina a nível de Distrito [de Saúde], que vai buzinar no Secretário [da Saúde], que vai buzinar na Prefeita e até ali tem um longo espaço de tempo. [As expectativas] são limitadas, [mas] não diria impossíveis porque não se esperava mais a questão do Agente Comunitário e agora vão entrar, mas são limitadas. [Tenho expectativas com o trabalho] dos*

agentes comunitários (...), acho muito interessante a entrada de agentes comunitários porque eles são pessoas da população, (...) são pessoas mais próximas a essa população, então são pessoas que vão escutar muito mais facilmente muita coisa e vão trazer para a gente muito mais facilmente muita coisa. A gente fica meio longe, às vezes fica difícil de descobrir muita coisa, eu acho bem positivo nesse sentido, (...) é como se fosse um pé da unidade dentro da casa das pessoas, vamos dizer assim, da comunidade.

Et3 - *Uma hora tem verba, outra hora não tem verba, então a gente não sabe o que vai ser feito, não tem [expectativa]. Já veio aqui o engenheiro, a gente já esquematizou mais ou menos o que poderia ser feito, fizemos algumas propostas, mas a gente não sabe o que vai acontecer pela questão de dinheiro aí. [Com relação a outras coisas que faltam] acho que a unidade pode estar levando mais para essa sub prefeitura esses problemas que a gente está vendo aqui. (...) Eu acho que até o chefe leva esses problemas, mas tem que vir de lá para cá alguma coisa para resolver. (...) Não sei se tem esse movimento aí, se essas coisas estão sendo levadas, o que eles podem estar fazendo aqui, quais são essas prioridades. (...) Essa favela ou outras que tem aí, que está cheio de favelas aqui no bairro, né? é prioridade, teria que mexer.*

O depoente Et7 verbalizou a crença exclusiva no compromisso que tem o trabalhador para manter como pode o funcionamento do serviço público, dando mostras de que o trabalhador vai absorvendo a ideologia neoliberalizante que instaura a responsabilização individual pelo que deveria ser de todos, especialmente do Estado. Reiterando a mesma prática, o depoente Et4 sugeriu que para superar a ausência de recursos do Estado os moradores e os trabalhadores realizassem atividades de geração de renda para a manutenção da UBS.

Et7 - *Olha, prefeito para mim é pior que (...) madrasta e padrasto, então não tem perspectiva nenhuma, não tenho mesmo. A minha única perspectiva é a boa vontade, o compromisso, (...) a competência dos profissionais que mantém o serviço público funcionando, porque o que depende de lá de cima eu não conto, eu não espero, só espero bomba. Se um programa funciona é porque a equipe está ali correndo, se bobear está comprando papel, está pagando café, se bobear até o papel higiênico, (...) então eu não espero nada.*

Et8 - *(...) Se o governo trabalhasse em cima disso, (...) a gente está vendo esse Saúde da Família aí, achou que ia entrar e de repente está tudo muito parado, muito, você vê que não vai ter uma continuidade assim, isso daí. Acho que essa seria uma causa, ou uma maneira de estar ajudando, (...) acho que a maior parte seria o governo estar*

investindo mais nesse trabalho. Acredito que a longo prazo isso possa acontecer, a curto prazo está difícil, viu?

Et4 - *Eu acho que sempre as pessoas estão tentando melhorar a qualidade do atendimento ao público, então acho que perspectiva tem, (...) acho que tem que ter vontade para que faça com que a coisa aconteça. Eu sou otimista assim, (...) a gente vê que nesses anos (...) teve muita melhoria, então não é uma coisa estática, as coisas mudam, (...) então eu acredito que vai ter muito mais ainda. (...) Por exemplo [para] levantar recursos você pode fazer um bingo, (...) [ou] cada um trazia algum objeto e vendia, fazia um bazar para angariar dinheiro, ou então juntar latinhas, vender latinhas, porque ficar [reclamando que] não tem dinheiro, mas se criam possibilidades de ter algum dinheiro. (...) Acho que até a unidade poderia se aventurar assim a (...) [em] alguns finais de semana propiciar alguma interação de alguns profissionais junto à comunidade, promovendo alguma atividade. (...) Aqui tem escada, por exemplo fazer uma rampazinha, (...) pode se pensar em algum mutirão, planejar qualquer coisa, o número de profissionais acho que a grade está satisfatória aqui, (...) sempre vai ter uma demanda maior que a oferta (...).*

Os representantes dos trabalhadores, numericamente minoritários, que visualizaram perspectivas de melhora na UBS na prestação de serviços de saúde, atrelaram-nas às mudanças na organização do trabalho na Unidade.

Et2 - *(...) O que me motiva é o que precisa ser feito, então estou sempre esperançoso porque sempre tem alguma coisa para fazer. E (...) com a chegada agora de 30 agentes comunitários de saúde mais do que nunca a gente vai poder redirecionar, (...) [pelo] (...) número maior de profissionais e (...) [pela] proposta de trabalho definida. (...) Estou apostando, estou acreditando muito, muito (...) no Programa de Saúde da Família.*

Et5 - *(...) Com a introdução [dos agentes comunitários da saúde] a perspectiva é um pouco melhor, mas eu acredito que se não tiver a filosofia mais centrada num modelo de atenção definido, numa diretriz que todo mundo se veja como uma equipe também, está tudo muito solto. (...) Tem que estar muito firme aqui, todo mundo saber o que faz, para acontecer lá fora. (...) Acho que a gente vai ser mais pressionado [e] existindo a pressão as coisas começam a acontecer um pouco, ou pelo menos a ter a reflexão. Uma mudança vai demorar, nada é a curto prazo (...) e daí vai depender de quem manda, de quem consegue que as pessoas façam, de quem gerencia. Se você tem um gerenciador que tem uma certa visão, a comunidade caminha de um jeito (...), tudo vai de acordo porque [a dinâmica da equipe] é a cara da pessoa [que gerencia]. Então, se a cara da minha equipe é essa depende porque eu a faço ter uma certa cara.*

5.2 Necessidades de reprodução social

Evidenciou-se entre os moradores depoimentos que atribuíram ao Estado a responsabilidade pelos diversos serviços necessários para a reprodução da vida social. Relataram que neste espaço urbano onde residem a ocupação que deu origem ao bairro ocorreu sem que tivesse havido um processo de urbanização, não tiveram garantida nem mesmo a infra-estrutura de saneamento básico.

E9 – [Precisava] urbanizá a favela (...), fazê a loteação prás pessoas que pode comprá aquele pedacinho, prá tê certeza que aquilo lá é dele (...). Não tem a escritura, devia fazê isso (...) prás pessoas se senti mais segura, porque tem gente que fica doente só de pensá que [está] morando naquilo que não é dele, coitado.

E6 – (...) quando eu mudei prá cá, [há 53 anos], não tinha favela. (...) Cada um [tinha] o seu terreno (...), tinha 13 casa na Vila Dalva (...). (...), dava prá contar as casas que tinha. [Onde hoje é] a [rua] Taciele Hugo tinha 4 casa, (...) nessa minha rua tinha uma casa lá em cima, que tinha um chiqueirão, umas 5, 6 casas aqui em baixo, só, o resto era tudo barranco. Onde hoje é o Silva Braga era um sapezal só (...).

E8 - (...) A minha avó, ela mora aqui faiz uns 25 anos (...), (...) aqui era tudo mato, meu vô construiu uma casa, (...) os dois trabalhavam e têm casa até hoje, mais o pessoal que chegô (...), já chegô desanimado porque era um lugar no meio do mato, tinha é [que] baixá tudo o mato e construi qualquer coisa em cima porque senão (...) cê perdía o terreno. (...). Agora a maioria já tá tudo se reconstruindo, (...) mas nunca foi assim dum jeito favorável prá ninguém.

Os representantes dos moradores apontaram a ausência do Estado no que diz respeito à segurança pública, pontuando como fator de risco a periculosidade do local onde residem alguns moradores – a favela.

E1 – (...) É uma situação muito stressante dentro da favela. (...) Não tem tráfico aí, mas (...) tem roubos, (...) há grandes gangues, (...) tem barraco aí que está cheio de armamento. Às vezes baixa a polícia aí, (...) a gente acaba ouvindo alguma coisa, mas eu acho que é um momento muito difícil para eles, de insegurança, (...) fora todas aquelas situações de higiene, de falta de condições básicas.

E9 - (...) Por aqui a gente só vê segurança quando é na época da eleição. Quando eles precisa do voto eles põe ali meia dúzia, que passa uma vez por semana e cê tá vendo, mas depois que passa a eleição, some.

Os moradores também apontaram a ausência do Estado no seu papel fundamental de responder à necessidade de inserção no mercado formal de trabalho, que possibilita o acesso a outros benefícios dele advindos além do salário, uma vez que programas assistencialistas não interferem na causa determinante. A sociedade civil sente-se responsabilizada a suprir as carências que ameaçam a sobrevivência dos moradores.

E9 – Mais meio de trabalho, (...), não tem serviço por perto e quando tem o povo não paga direitinho. Por exemplo, arruma serviço [e o empregador] não dá vale transporte, não dá (...) vale refeição, aquele coitado já vai trabalhá prá ganhá o mínimo do salário mínimo [e] daquele salário mínimo tem que pagá condução, levá marmita, [o] que sobra prá trazê prá casa? Nada. (...) É a primeira coisa que ele [o Presidente] devia pensá.

E11 – [É preciso] campo de trabalho, porque (...) é fácil você dizer (...) Fome Zero. Interessante, por enquanto você ainda tem fontes de onde tirá prá ajudá quem não tem. (...) E a hora que essas fonte secarem? Porque elas (...) não estão sendo renovadas, (...) porque as pessoas não trabalham, as pessoas não produzem. Então (...) você vai vivê naquele ciclo - Fome Zero, quem tem dá, quem não tem ...; quem tem dá, quem não tem ... (...), acabô. Igual aqui, fica metade da cesta básica lá em cima, que aqui é (...) mais (...) nós pobres que ajudamos uns aos outros, né? Que nós, pobres, num tamo podendo ajudar uns aos outros, com a taxa do desemprego que cresceu e muito. (...) Então, se você tivé campo de trabalho, porque (...) há muito o que fazê nesse país, ele é muito grande, era prá sê um país totalmente auto suficiente porque aqui você planta, você colhe, você tem água, você tem terra, você tem tudo. Você tem a indústria prá trabalhá o seu produto, mas mesmo assim não funciona. O Brasil é um país rico, né? Minérios, essas coisas, acho que num há necessidade de tê que passá como está, num depende de nós.

Os trabalhadores da UBS novamente se restringiram a tecer considerações a respeito dos moradores socialmente menos inseridos desse território, reiterando a lógica da focalização das ações do Estado para os que não podem comprar no mercado privado a satisfação das suas necessidades, na mesma direção dos depoimentos dos representantes de instituições da sociedade civil localizadas nos setores censitários de maior inserção social. Nos depoimentos dos trabalhadores foi pontuada a ausência do Estado na garantia do acesso ao emprego e aos serviços públicos, como saneamento

básico, coleta de lixo, educação de qualidade (emancipatória) e equipamentos de consumo coletivo (creche pública).

Com exceção do depoente Et2, os demais depoimentos dos trabalhadores identificaram-se mais com narrativas pouco comprometidas com as condições concretas de vida dos moradores, que contam sobre a vida dos moradores do bairro abstratamente e não como uma explicação advinda da própria experiência. Em outras palavras, não está colocado na finalidade do trabalho da UBS o conhecimento sistematizado dos perfis epidemiológicos dos grupos sociais do território de abrangência da Unidade.

Et1 - Em primeiro lugar a favela, (...) teriam que ter uma garantia de rede de esgotos adequada (...) já que vai continuar existindo, [que] não vão acabar com (...) [ela], tem que urbanizar essa favela e que as residências fossem menos insalubres, (...) tem locais que são terríveis. Eu diria que esta favela que existe exatamente atrás da unidade não é das piores, mas a gente tem alguns pontos críticos, alguns córregos bem fedidinhos a céu aberto e passando embaixo da casa, áreas de risco muito grande.

Et2 - Se as pessoas tivessem oportunidade de trabalhar elas já se sentiriam dignificadas. Se tivesse uma renda a população sabe se virar muito bem com esse mínimo do mínimo, trabalho e renda, o restante a população vai dar conta de cobrar da instituição pública para que ela faça.

Et5 - [Falta] a valorização de algumas coisas do ambiente, (...) aqui falta infra-estrutura (...), a questão do esgoto, da reurbanização, (...) [da] posse da terra (...) em relação à favela, porque é uma questão que vai melhorar muito a qualidade de vida da pessoa, o bem estar e (...) a educação estando junto com todos esses recursos que já tem, vai melhorar muito, [porque] quando a pessoa tem meios para decidir ela só decide quando ela consegue pensar, raciocinar. Então é impossível quando (...) não [se] tem acesso à educação saber o que é melhor, ter esse poder de decisão, de ação (...) educação é muito esse poder de decisão do que você quer da vida, [de] qual rumo você vai querer fazer, [que] depende fundamentalmente da educação que você tem.

Et6 - Saneamento e moradia (...), depois equipamentos, tem poucas creches para uma população grande, que está cada vez crescendo mais porque vem gente de fora, tem uma população flutuante ali, um pessoal que vem do nordeste para cá. (...) Sem um lugar para morar (...), se não é seu pelo menos você tem que ter condições para pagar um aluguel [e] do jeito que está o desemprego o pessoal não pode pagar aluguel então eles se submetem a morar em favela, eles não estão aí porque eles escolheram (...), eles estão aí porque não têm condições para estar num lugar melhor [e] mesmo com toda essa

precariedade de instrução, de conhecimento, eles sabem que isso daí não é a melhor coisa para morar, para viver. Eles não têm uma consciência muito clara de que isso determina doença, mas eles sabem que tem rato, (...) que isso acaba atrapalhando na saúde deles, não têm banheiro direito e para onde vai isso, as crianças acabam aparecendo com problema de pele e isso para eles tem a ver com o local onde eles estão morando, [com] as condições em que eles vivem.

Et11 - Primeiro [o] emprego (...). Salário mínimo não dá (...), teria que ter um salário mais que suficiente prá manter (...), teria que ser mais de R\$1000,00 (...) e olhe lá, (...) depende de quantos filhos. O salário é tudo, não adianta a pessoa ficar recebendo doações só e ela não ter seu emprego, ela dar valor, (...) ter uma vida ativa, né? [A] (...) habitação, são favelas, tem [que] melhorar a parte de esgoto (...) porque apesar de ser favela tem [que ter] uma rede de esgoto, (...) um saneamento básico (...) e lixo também (...) e tudo ao mesmo tempo. (...) Só pelo fato de ter água (...) caiu muito a verminose, [é] difícil a gente achar verminose agora. (...) [E] educação também (...) prós pais, (...) os pais mais educados vão entender mais a doença [e] saber como, quando levar [para tratar] (...).

5.2.1 Concepção do processo saúde-doença

Grande parte dos representantes dos moradores entrevistados definiu a saúde ou a doença como o resultado do acesso ou da falta de acesso, a vários fatores. Apontaram saúde e doença como momentos polarizados, sem as definir como parte de um mesmo processo.

Diferentes concepções de saúde-doença foram apresentadas pelos moradores, quanto à amplitude do conceito e quanto a compreensão da causação do referido processo. Evidenciou-se homogeneidade na definição de saúde-doença como o resultado do desgaste expresso no corpo bio-psíquico individual. Saúde foi associada à possibilidade para viver e transformar a vida, e a doença, seu oposto, foi identificada com a dificuldade ou com o impedimento para realizar atividades produtivas para a manutenção da vida.

Os depoimentos abaixo apresentaram em comum o entendimento da causação da doença associada a fatores localizados nas condições do ambiente e nos hábitos dos indivíduos.

E2 – (...) A doença é assim, é quando você não agüenta mais, a doença atinge o pobre quando a gente não agüenta mais levantar prá trabalhar, aí tá doente. Enquanto você tem forças prá levantar prá trabalhar você não tá doente, você não se considera doente. Uma

peessoa que tem saúde é uma pessoa que tem saneamento básico, tem trabalho, que tem um atendimento de saúde digno, tem educação, tem cultura e ele tá ali vivo, ele tá atuando, então ele é uma pessoa saudável. Ele faz, ele transforma, ele modifica. Uma pessoa doente é (...) totalmente o oposto disso, que não consegue fazer o que (...) essa pessoa faz. Não consegue transformar a vida dele, a realidade dele. (...) Eles andam muito descalços, têm esses contato com esgoto. Recentemente fizeram uma lagoa aqui no Mattarazzo, (...) eles freqüentavam essa lagoa, eles não lavam as mãos, (...) não têm higiene, acho que a falta de higiene contribui também prá isso.

E9 - *Tá com saúde é justamente participá de tudo, é tá disposto a qualquer tipo de trabalho, evento, tem muita gente que tá desanimado e o desânimo é uma doença, não é saúde.*

E11 - (...) *Se você constrói moradia, você acaba com esse esgoto a céu aberto, com a infra estrutura certinha, pelo menos 20% das doenças você elimina, (...) montando um centro profissionalizante cê tá tirando a molecada da rua (...), já é um problema a menos porque a doença não é só a doença física, tem a doença mental; a criança tá trabalhando o psicológico ela tá se tornando um adolescente, um adulto centrado, mais 10% dos problemas cê já tá resolvendo. Já são 40 [% dos problemas resolvidos], (...) com jeitinho cê vai (...) colocando tudo no eixo, prá evitar que as pessoas fiquem doentes.*

Você estando com saúde, você tem disposição prá tudo, cê tá é pronta pró que der e vier. Agora, cê tá doente, dá aquela apatia, né? Num tem o que fazê, num tem ânimo prá nada, (...) um dia que você num se sente muito bem, ocê num produz nada, mentalmente nem fisicamente, de jeito nenhum cê não tem produção. (...) Porque o (xxx) [familiar] já tava com problemas de saúde, só que ninguém detectava porque embora levantasse um pouco mais tarde e deitasse um pouco mais cedo, ele ainda produzia, trabalhava, fazia o seu dia-a-dia praticamente normal, só que parava mais cedo, dormia mais cedo e não dormia tranqüilamente, tava com arritmia, né? (...) Mas graças a Deus hoje ele tá bom, ele tem um ritmo de vida diferente, porém dá show. Vê o ritmo dele, mais é uma pessoa ativa, ele levanta, ele mexe o dia inteiro, ele vira com as coisas dele prá cá, prá lá, (...) faz uma coisa, faz outra. Um ritmo diferente de antes da doença? Claro, diferente porque agora requer cuidados, mas é uma pessoa ativa, agora ele é mais lento, mas tá fazendo.

Ainda entre os depoimentos que não abordaram saúde-doença como processo, a quase totalidade deles afirmou que o que determina os agravos à saúde dos moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva são as suas condições de vida, atribuindo peso determinante às diferenças sociais dos moradores desse espaço geo-social.

Os depoimentos localizaram no âmbito da reprodução social os potenciais de desgaste que caracterizam os perfis de saúde-doença dos moradores do território. Assinalaram as dificuldades de gerir o cotidiano para a manutenção da sobrevivência, colocando o trabalho na base da determinação da saúde, conceituando-o de diferentes maneiras. Os depoentes E3, E6 e E9 definiram-no como a possibilidade de prover materialmente a vida, já os depoentes E2, E12 e E13 consideraram também o trabalho voltado ao atendimento de necessidades humanas imateriais. Os depoimentos E12 e E13 assinalaram a relação do desemprego com a perda do papel de provedor do chefe de família, gerando agravos.

***E2** - Trabalho é (...) a saúde mental, (...) você fica sem o trabalho, você fica desmotivado, (...) ou você fica em casa o dia inteiro ou você começa a beber. E aí, a sua saúde de fato vai se esvaindo. (...) Trabalho é muito bom prá manter a saúde, (...) trabalhando você se sente vivo, (...) atuante, (...) presente, capaz. (...) Você pode sonhar, você pode fazê planos com o trabalho.*

***E3** – (...) Aquela tensão da vida, que não tem [e o] filho pede, (...) não acha emprego, a conta [prá pagar] (...), aquilo lá vai te estressando duma tal maneira, (...) que nem aquela música, a vida é o trabalho e sem o trabalho o homem não é nada, porque você trabalhando você vive dignamente, sem trabalho não. Parece que fica tudo fora de esquadro, (...) até ela [a música] fala, não dá prá ser feliz (...).*

***E6** - Por favor Lula, trabalho prá esse povo, que dá dó, batem na porta “Qué que lava roupa? Qué que passa roupa?”. (...) é um direito que todo mundo tem de tê o trabalho prá viver dignamente, tá implorando um serviço (...), tem dó gente, é muita humilhação, eu acho. Olha, trabalho, estudo, moradia digna prá dar teto e alimento na mesa, aí eu te garanto que a população estaria com saúde.*

***E9** -. O trabalho também deixa a pessoa doente, deprimida, se a pessoa tá trabalhando, ele (...) é motivado, tá trabalhando, tá ganhando o seu dinheiro e quando tá desempregada a pessoa fica deprimida, acaba até adoecendo porque não tem emprego. (...) A pessoa que acaba ficando (...) desmotivada [porque] não tem serviço acaba bebendo e gera problema de saúde, (...) acaba adoecendo ele, adoce a família, fica tudo (...) um caos, né?*

***E12** – A falta de emprego desequilibra muito, leva as pessoas a um caminho doloroso (...). Há um caso de um senhor que era motorista, lá em cima, uma pessoa forte, sadia, (...) de repente um corte na empresa o levou prá rua e esse homem hoje (...) você fala “essa pessoa não é essa”. (...) A falta de emprego é uma base muito grande, a pessoa sem emprego leva à falta de dignidade, à falta de saúde, à*

falta de respeito e ao desequilíbrio na família, que desequilibra também uma sociedade.

E13 - Eu já vi muita gente em depressão por falta de emprego, teve gente que já tentaram até suicídio, porque pôxa vida, prum pai de família ou uma mãe, paga aluguel, (...), tem filho, fica batalhando prá arrumá um emprego [e] num arruma, tem uns que eu conheço ou entra em depressão outros já começa bebê, tem mulher que começa sair, se prostituir porque não tem condição, né? Num sabe como fazê prá num vê os filho... . Eu conheço muitos caso assim.

Num extremo, embora em minoria, o processo saúde-doença foi definido como um funcionamento biológico inadequado do corpo físico individual, reconhecido à medida que se afasta do padrão de normalidade pré definido.

E12 - No básico (...), na parte que diz saúde corpo (...), eu vô sê bem radical (...) - sem saúde seria, Deus me livre, uma pessoa que tá com tuberculose, que taria com AIDS, assim modo de dizer, com câncer e por aí vai. E uma pessoa com saúde seria uma pessoa normal, só que tem problemas psicológicos que se tornam câncer.

E7 - Bom, eu diria que é primeiro pelo aspecto (...). Se chegasse aqui um cara com um barrigão desse tamanho não pode ter saúde, ele vai ter problema de coluna, vai ter uma série de problemas.

No extremo oposto dessa concepção os entrevistados definiram saúde-doença como um processo que transita entre diferentes gradientes de saúde e de doença, a depender dos potenciais de fortalecimento e de desgaste a que o indivíduo esteja exposto, cujo resultado – a saúde ou a doença – é definido pelo embate entre esses potenciais. Os próximos três depoimentos descreveram a concepção do processo saúde-doença claramente identificada com a teoria da determinação social.

O primeiro deles (E4), embora inicialmente tivesse partido de uma aproximação com a teoria da multifatorialidade, ao aprofundar a reflexão foi identificando o determinante das condições de vida em que se encontram os moradores das áreas mais precárias do bairro e ampliou o conceito de saúde-doença para além do acometimento localizado no corpo biológico individual, considerando as diferenças na inserção social da população e as atribuições do Estado. Assinalou também que as ações da UBS são pautadas na concepção de saúde-doença restrita a sintomas expressos no corpo biológico.

E4 – (...) Saúde não é só a Secretaria de Saúde que vai trazê (...) pró povo, mas é toda uma concepção, é moradia, é emprego, é saneamento básico, é asfalto, é estar bem, é ter lazer, é ter cultura.

Isso prá mim tudo é saúde, porque se fosse resumi saúde só em questão (...) é o posto de saúde, é o ambulatório, é o hospital, essas coisas também, [mas] não é [só]. Minha concepção de saúde é no geral. (...) Se você for vê, relacionado a isso só tem a vê com as condições de vida em que a população tá ali, (...) gripe porque há falta de alimentação adequada, dengue porque tem esgoto estourado, tem toda uma questão de falta de limpeza, a questão do lixo. A questão do lixo na favela é uma questão muito séria, (...) eu era muito injusto (...) com a comunidade (...) porque eu não compreendia, num vim de favela (...), eu achava que as pessoas eram muito porcas, jogavam lixo na rua (...), mas onde é que as pessoas nas vielas vão jogá o lixo? Eles moram num barraquinho, pequenininho, (...) vai ficá sexta, sábado, domingo, com o lixo dentro da sua casa, principalmente com resto de frango? Eles põe na rua mesmo porque não tem onde largá (...). Coleta de lixo na favela devia sê diária porque as pessoas não têm espaço, é diferente daquela pessoa que mora naquela casa que tem um quintal. Ninguém tem saúde porque (...) falta tantas política públicas nessa cidade e principalmente pró pessoal da periferia, que ninguém tem saúde (...) porque saúde é uma coisa muito precária. Sei lá se eu estou com saúde hoje (...), eu tô preocupado com um monte de coisa, eu tô preocupado com minhas conta, (...) com minha moradia que eu preciso dá uma arrumada, eu estou preocupado de ficar desempregado, é tanta coisa. Então, será que eu estou com saúde? Eu não estou com saúde completa, posso está com essa saúde que o povo diz a básica, (...) num tô deitado, eu num tô com febre. (...) [Conversando com uma conhecida do bairro perguntei] “por que cê tá tão triste? Cê tá tão abatida, cê tá doente?”. “Não! Não estou doente!”. Mas ela dizia: “Eu tô com uma coisa tão terrível, uma coisa me trancando, (...)!”. (...) “Meu marido ficou desempregado (...), minha filha tá grávida!” (...) Entendeu? Isso tá me cheirando uma crise assim. (...) Mas se ela fosse no médico, o médico ia dizer o quê prá ela? Nada, né? “Cê não tá com nada”, ele ia primeiro medir a pressão, podia sê que estivesse com a pressão um pouco alterada. Mas num tá com febre, num tá com gripe ... (...). Inclusive eu fiz uma vez um discurso no Conselho Municipal de Saúde sobre isso, (...), sobre essa questão (...) [do] que é saúde. As pessoas entenderam bastante, muitos compreenderam, os profissionais sim porque tem muitos médicos, né? Alguns fez algumas crítica dizendo que eles também entendem isso, mas lá eles não tão prá isso, eles tão lá prá diagnosticar a doença, né?

No depoimento E8 o ponto de partida da explicação da origem dos potenciais de desgaste responsáveis pelos perfis saúde-doença dos moradores foi a falta de informação, explicação mais identificada com a do senso comum. Com a reflexão,

localizou-a na reprodução social, diferenciando os fatores sociais dos biológicos e atribuindo peso determinante aos sociais, tanto na determinação quanto no enfrentamento dos agravos do processo saúde-doença.

E8 – (...) Inclusive dizia até por aquela falta de informação, às vezes ela assiste televisão, [mas] ela num tá sabendo o que acontece, num lê jornal, (...) num conversa, a pessoa [pode] tá triste porque a filha viu uma menina com uma boneca da Barbie [e ele] num pôde dá prá ela, (...) aí [a pessoa] fica meio de mal com a vida, quando chega uma pessoa dizendo que é da Prefeitura, que vai ajudá, (...) ela já fica meia com o pé atrás e num atende porque ela num tem toda aquela informação que uma pessoa que teve aquela sorte de conseguir um emprego bom [tem]. E se isso que é uma coisa de momento, imagine uma pessoa [que] vem segurando isso nas costas muito tempo atrás, então essa num vai sê a primeira pessoa, pode sê a décima quinta, mas ela trata sempre desse jeito. (...) [Quem tem mais dinheiro] tem muito mais saúde (...), [quando o rico] tosse, aí um empregado ia falá: “Cê qué uma aspirina, senhor?” “Pode pegá!”. Aí abre aquela gavetinha cheia de remédio, pega uma aspirina ... “Agora não quero mais, acho que já passô”. (...) Essas pessoa que tem dinheiro (...) gasta bastante com bobagem, compra pizza, compra um hot-dog (...) compra doce, bala, sanduíche na rua, tudo o que tem bastante gordura, (...) e prejudica na saúde dele. Pode vê a maioria das pessoa que tem problema de coração, porque dificilmente cê vê (...) assim pessoa pobre, (...) eles [os pobres] já ficam [com] outros tipo de problema, [mas] (...) se pobre comê tudo isso e ficá doente, ele num tem como prá pagá. O rico tem, porque quem tem dinheiro também tem outras possibilidades de tratamento [e] às vezes a doença pode vir até mais fraca.(...) Isso sobre o que eu falei da exclusão (...) do mercado de trabalho, as pessoas não tão tendo muita oportunidade, (...) se a gente tivesse realmente mais oportunidade, no futuro a gente seria mais sadio. (...) Dá prá entendê também que a média das pessoas às vezes não consegue buscá vitamina nos alimentos, tem que ir na farmácia prá buscar essas vitaminas [e] muitas vezes ela não consegue ir na farmácia e num consegue nas frutas. Então, a falta de dinheiro é tão prejudicial à saúde (...) quanto um vírus de gripe (...). Se você trabalhô, se tem dinheiro (...) prá você tê um remédio e prá comê (...), essa gripe já não vai sê tão forte quanto a de quem não teve.

Já o entrevistado E14 considerou que estar mais para um lado ou mais para o outro do processo saúde-doença dependia da capacidade individual de se adaptar às situações de desgaste. Esse relato também se identificou com a concepção da determinação social do processo saúde-doença, uma vez que descreve que é a inserção

no trabalho que determina o agravo, ou seja, que os perfis saúde-doença são determinados pela inserção social dos grupos sociais que compõem o território. Este depoimento difere do anterior à medida em que descreve perfis saúde-doença característicos de outra classe social, a que detém os meios de produção.

E14 – (...) Estar com saúde é um universo bastante abrangente, não é só o que eu estou sentindo no meu emocional, no meu físico. (...) Saúde é equilíbrio, saber se adaptar diante dos desafios. (...). Eu vejo pessoas que tão excluídas do mercado de trabalho (...), mas ela sorri prá você porque (...) parece que ela ainda tá com estoque de forças aí (...) e às vezes pessoas que têm uma realidade até mais interessante, mas ela não tá sabendo lidar com os problemas também. (...) Ela tá num processo do não saúde prá saúde (...) existe aí a vontade dela de querer atingir, mas a vida é uma balança, (...) oscila. (...) Existe [uma linha] (...) que (...) abaixo daquilo você não tem condições de ir, de tocar sua vida adiante e acima daquela linha você tá vencendo seus (...) linfócitos, sei lá, suas defesas. (...) Num país como o nosso onde vira e mexe você tem oscilações aí da economia, uns tombam, outros (...) Eu acho que é uma realidade prá esse público alvo, no caso A/B, essa capacidade de dar a volta por cima até porque tem filhos, então como encarar um retrocesso aí? Donos da empresa, construtores, né? (...) [Aqui] deve ter câncer, (...) [porque] uma pessoa que tem (...) um índice de vida até relativamente acima do padrão, muitos deles acabam fazendo daquilo uma obsessão e a obsessão leva um pouco também a esses quadros, né? (...) No caso de cárdio eu não faria nenhuma distinção entre homem e mulher, porque aqui boa parte dos moradores, tanto homem como mulher trabalham. (...) Eu diria até mais, em alguns casos a mulher, quando ela atinge um ápice aí profissional, ela acaba até superando o salário do marido e aqui também não foge não. Então, quer dizer, os desafios eu vejo assim muita mulher fumante aqui, isso é um pouco reflexo da tensão (...), é impressionante, o fumo é notório, né? Então (...) acaba levando o quadro aí de degeneração cardiovascular e câncer.

Entre os trabalhadores da UBS, a quase totalidade dos entrevistados relatou o entendimento de estados de saúde ou de doença como eventos pontuais e polarizados, sem os definir como parte de um mesmo processo, da mesma forma que parte dos representantes dos moradores.

A concepção do processo saúde-doença da maioria dos trabalhadores identificou-se com a compreensão de saúde como o bom funcionamento físico e psíquico traduzido no corpo individual, explicação bastante identificada com a concepção funcionalista de saúde-doença.

Quanto à causalidade do processo, foi apontada pela maioria dos entrevistados como a resultante da possibilidade de acesso a vários fatores e que, à medida em que há um desequilíbrio entre esses fatores, ocorre a doença. No entanto, houve diferenças entre os depoimentos. Embora a minoria ampliou essa concepção, ao agregar fatores advindos do âmbito da reprodução social, porém com a mesma valoração dos fatores advindos do ambiente ou de hábitos pessoais. Essa explicação aproxima-se da concepção multicausal da causação do processo saúde-doença.

***Et3** - Saúde é um conjunto de coisas, são várias coisas. É a parte física, é o bem estar emocional, (...) é se sentir bem, estar feliz onde você mora, no seu trabalho, estar bem fisicamente. (...) Quando alguma coisa não está bem então a sua saúde pode estar afetada, (...) se alguma coisa sai disso aí (...) pode não ter saúde, mental, física, espiritual, sei lá qual. Reconheço estado da pessoa (...), se está bem [ou] se ela não está, se ela tem alguma questão a reclamar. (...) Perfeição não existe, sempre tem algum ponto que está pegando aí, (...) mas acho que quando no geral está tudo bem (...), pela aparência eu sei.*

***Et7** - Eu acho que é super amplo esse conceito porque tem a saúde física, mental, espiritual (...) e uma determina, desencadeia a outra. Agora, você está de bem com a vida, as contas pagas, está tudo beleza, mas você mora em cima do córrego, (...) você vai ter a doença física, no mínimo alguma coisa você vai ter. Então acho que saúde é um equilíbrio na medida do possível dos três departamentos, não, dos quatro porque tem o financeiro também que é base. [Saúde] é o equilíbrio entre saúde física, mental, espiritual e financeira.*

O excerto Et9 salientou a redução da saúde à possibilidade de diagnóstico médico feito no corpo e à responsabilização do indivíduo pela sua saúde, uma vez que a compreensão do entrevistado é que a saúde depende da decisão e do empenho pessoal.

***Et9** - Saúde é disposição, é alegria, é vida e não ter saúde é você ser uma pessoa amarga, uma pessoa rebelde, uma pessoa de mal com o mundo. Isso traz doença, com o tempo vem doença, isso está na alma, né? É uma decisão você ser alegre, você se dispor a ser alegre, procurar se motivar, fazer um exercício, prevenção [e] prevenção no corpo o que é? É exercício, não abusar nem de bebida nem de álcool, nem de fumo nem de droga, nem de nada, né? Você ser uma pessoa que pensa na alimentação na hora que você está comendo, que não fica comendo só 'besterol'. (...) Reconhecer isso é muito complicado, eu não sou médica, então (...) eu não posso olhar para a pessoa e falar se ela tem saúde dentro dela. Você pode conhecer muito pelos olhos da pessoa isso aí pode, [e na minha área] pelo sorriso.*

Da mesma forma que os moradores, alguns dos depoimentos dos trabalhadores identificaram a saúde com a potência para a realização de atividades produtivas para a manutenção da vida. O depoimento E1 agregou a esse entendimento o de saúde como potência para a satisfação de viver.

***Et1** - Em primeiro lugar realmente você se sentir bem, para você ter uma cabeça legal você vai ter que estar bem com você mesmo, então você vai ter que se enxergar bem. Para você se enxergar bem você vai ver que (...) não está descompensando por causa da tua diabetes, você não está com dor de cabeça e vomitando por causa da tua pressão alta. Então você teria que estar com teu organismo adequado (...), funcionando digamos como uma Ferrari qualquer [e] a gente tem que ter o complemento (...), cuca legal (...). Se você estiver se enxergando bem, se estiver vendo que você pode produzir, que você pode ajudar outros a produzir e ajudar a comunidade em geral e a você em particular, (...) isso acho que é um alimento para a alma, e vai ficar cada vez melhor. Isso seria ter saúde, no meu entender, você estar bem com você, física e psiquicamente. Se a pessoa começa a se incomodar com o não controle daquele problema que tem, (...) de maneira que ela não consiga produzir aquilo que ela gostaria (...) desde trabalho até a foto que ele queria bater hoje, (...) aquilo começa a gerar ansiedade e ele começa a não ficar legal (...) e infeliz a saúde (...) vai estar prejudicada. (...) Para dar um exemplo, a história do Betinho, ele conseguiu fazer bastante coisa mesmo sabendo que o fim dele estava chegando cada vez mais. Não tinha saúde do ponto de vista físico, mas do ponto de vista de realização é um cara perfeitamente saudável. (...) No fundo seria isso, uma satisfação de viver seria a real saúde de todo mundo.*

***Et4** - Uma pessoa que está com saúde tem mais disposição para a vida, tem disposição de luta, tem motivação maior. Ela se locomove com facilidade, luta pelos objetivos, é isso. A não saúde gera uma fixação no seu estado, gera tempo para cuidados que a pessoa tem que despender para exames, cuidados pessoais [e] acaba tendo que retirar esse tempo do seu trabalho, quando é mulher, digamos que vai ter reflexos na família, porque aqui também tem um bom percentual de mulheres que são chefes de família, se ela ficar doente (...) vai ter reflexos na família toda, na sobrevivência inclusive.*

***Et5** - Desde a questão visual dela, (...) a fala, o olhar, o corpo dela mesmo, a própria postura, isso te fala se ela tem saúde ou não. (...) Se ela consegue estar apta para o trabalho, se consegue (...) desenvolver as atividades na casa dela [ou] no trabalho, se consegue fazer um lazer, consegue caminhar, ela está com mais saúde do que aquela que não consegue (...). A pessoa [que] está num ambiente mais saudável, que não esteja sujo, então ela está com mais saúde (...). Se ela está*

doente ela está sem força, uma pessoa sem energia (...). Saúde (...) é principalmente ter o bem estar, (...) se eu posso estar fazendo coisas, estou num ambiente bom, estou bem para o trabalho, estou me sentindo com saúde.

Et11 - (...) *Com saúde cê está disposta, saúde física [e] (...) mental também, que é super importante. É disposição para o trabalho, poder também trabalhar (...), é disposição prá (...) tudo. É horrível porque cê só vai perceber quando cê está doente, [quando] cê tá sem a saúde, né? (...) A gente só percebe mesmo como é bom estar com saúde quando cê tá sem, né?*

Dentre esses depoimentos que não abordaram saúde-doença como processo, alguns afirmaram que o que determina os agravos à saúde dos moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva são as suas condições de vida. Os depoimentos abaixo apresentaram uma concepção mais ampliada, à medida que consideraram também aspectos advindos das características da reprodução social como condicionantes dos perfis saúde-doença dos moradores do território, embora sem hierarquizá-los.

Et4 - *Então, acho que a própria condição de vida traz esses abalos físicos e mentais, (...) o desemprego, o stress, a tensão, a falta de perspectiva às vezes, ou a precariedade de vida sempre traz reflexos na saúde, física e mental. Às vezes uma dor de cabecinha inexplicável pode ser uma cefaléia tensional (...) ou uma dor de barriga inexplicável, às vezes com exames médicos não se detecta a razão [e] você vê que tem reflexo no andamento da vida normal da pessoa, na qualidade de vida dela.*

Et5 - *Então, em relação às crianças vem até do próprio ambiente delas que é precário, então acaba influenciando nessa parte respiratória e da condição de vida dela, de alimentação. (...) Tanto a criança como o adulto numa situação de desemprego, se não tiver o remédio no posto não vai tomar, não tem condição mental até de estar pedindo, fazendo um exercício, procurando, não tem condição de uma dieta adequada. (...) O que mais influencia é o ambiente que ela está, o que está interferindo é a falta de recursos pela falta de trabalho. [Para ter saúde] primeiro tem que se conseguir trabalho para todo mundo, o trabalho (...) traz assim para a pessoa a dignidade, o respeito, o acesso a muita coisa. A própria doença (...) seja sua saúde mental, saúde física, desnutrição, está muito relacionado a você ter ou não ter trabalho. (...) Se eu não trabalhasse, se eu não tivesse tido a oportunidade do trabalho, mesmo tendo estudo, (...) apesar de eu saber o que tenho que fazer, não consigo porque não consigo ter meios para me alimentar, para morar, (...) para conseguir muita coisa.*

***Et10** - Precisa de dinheiro para ter saúde. (...) Precisa do emprego para ter dinheiro porque dinheiro assim, caído do céu ninguém vai ter, (...) tendo o dinheiro você tem alimentação, (...) tem paz de espírito. Sem meu emprego eu caio doente (...) porque aí não vou (...) poder dar muitas coisas para meus filhos, (...) quando você está com uma dívida aí e não consegue pagar, nem dorme então você fica doente. (...) Dar só alimento não adianta, tem que ensinar a pessoa a conquistar esse alimento, não adianta dar um mês o alimento e no outro mês como é que fica? [Trabalhando] me sinto útil, me sinto bem, tenho contato com outras pessoas, a cabeça da gente fica melhor, né? [A doença é decorrente da] de uma vida cheia de privações, [de] falta de dinheiro, falta tudo, aí a pessoa entra em depressão, não tem emprego. (...) Às vezes a gente não tem dinheiro para fazer uma dieta certa, (...) não adianta o médico chegar e falar [que] você só pode comer isso, às vezes passa uma dieta e não tem como a pessoa fazer, (...) tem que comer o que tem. Então acho que aí a pessoa não tem dinheiro para comprar remédio, no posto não tem o remédio, fica um tempo sem tomar [e] aí volta com o mesmo problema. Isso acontece muito aqui.*

Os únicos depoimentos que se diferenciaram dos demais foram os dois abaixo, à medida que apresentaram a concepção de saúde-doença identificada com a teoria da determinação social do processo saúde-doença. O depoente Et2 definiu saúde-doença como um processo no qual em qualquer momento da vida há diferentes gradientes de fortalecimento e de desgaste que se localizam em algum ponto entre a saúde e a doença como num movimento pendular e o depoente Et6 hierarquizou o trabalho como determinante do processo.

***Et2** - Não é só (...) a questão de alimentação (...), mas é tudo na vida, habitação, renda, lazer, cultura e à medida que você (...) não tem acesso [ou] quanto menos acesso você tem a esses itens e outros mais aí, (...) você vai perdendo saúde. É que (...) a percepção dessa saúde ela só fica mais clara quando ela chega numa situação extrema da pessoa somatizar ou da pessoa enlouquecer (...) [e] a gente sabe que se fizesse uma intervenção não chegaria a tal ponto, se as pessoas tivessem acesso a esses itens aí (...) [uma vez que] o grosso da população hoje no Brasil ela não tem esse mínimo ainda. Nós estamos falando o mínimo de habitação, com mínimo de qualidade, (...) acesso (...) à alimentação, à questão de segurança (...) [e] não é [a] segurança (...) [de] sair da casa e não levar um tiro, mas sair de casa e saber (...) que vai continuar trabalhando (...). Como fica a saúde de uma pessoa, (...) que segurança na vida ele tem hoje com a economia desse jeito?*

***Et6** – Então, isso tem muito a ver com as condições de vida. (...) Não tem emprego, não tem saúde, como que é a relação dessa família, (...) deve ser muito difícil. Os pais às vezes são muito ausentes, têm que sair para trabalhar, quando trabalham ou fazem algum bico, [e] esses filhos ficam sozinhos em casa, saem da escola e não têm com quem ficar, fica pela rua, vão usar drogas, eles não têm um espaço de lazer comunitário. Então, não só essas doenças clínicas, mas a (...) saúde mental também é influenciada por essas condições de vida, [pelas] relações que eles têm na família e com a comunidade. (...) O homem só produz em sociedade, o homem é um ser social porque ele transforma a natureza [e] ao mesmo tempo (...) se transforma, então as relações sociais é onde ele faz essa troca, não tem outro lugar. (...) Se ele não tem trabalho, não tem casa ele não poderia se considerar inserido nessa sociedade, ele está à margem e isso acarreta uma porção de coisas, não só problema de saúde, de conduta, de violência e tudo. (...) Para a pessoa ter condições ela tem que ter um local para morar, decente [e] ter condições de pagar por ele, seja o aluguel ou para comprar, ter um trabalho, tem que fazer essas trocas, tem que ter acesso aos bens de consumo e bens culturais (...). Ele não cria só materialmente, ele cria espiritualmente, culturalmente, ele tem que mostrar que está evoluindo espiritualmente através da arte, é isso, acho que tudo começa aí. (...) É bem característico o (...) pobre, aquele que está ali à margem, [é] essa população que a gente atende, você olha e você vê a vestimenta, [porque] a gente acaba mostrando (...) as condições que tem através da roupa, do falar, [de] como chega [e] se comporta numa recepção, [de] como recebe um 'não'. (...) Essa [população] já recebe o não direto [é o] não para tudo, não para casa, não para trabalho, não para alimentação, não para atendimento médico, não para respeito (...) então é muito 'não' pela frente. Geralmente quem recebe muito não acaba reagindo a esse não de uma forma diferente daquele que de vez em quando recebe um não e até aceita melhor, às vezes [reage de forma] mais agressiva, às vezes de [modo a] engolir aquilo e não digerir, [isso é] sinal de não saúde.*

Os excertos abaixo mostraram também que as modificações causadas pelos agravos na vida das pessoas acometidas, foram localizadas reduzidamente na mudança de hábitos alimentares ou de comportamento e na mudança da rotina diária em virtude das tomadas de medicação.

***Et1** - Principalmente pelo fato de ter que ficar pegando aqui os medicamentos, pelo fato de muitas vezes não conseguir comprar, cria uma certa dependência até da frequência à unidade de saúde, nem que seja para pegar o medicamento, isso em termos de hipertensão e*

diabetes. (...) [Quanto à violência] muda nesse sentido, as pessoas se engaiolam um pouco em casa.

Et5 - (...) A [vida da] grande maioria [dessas pessoas] muda devido à grande quantidade de medicação (...) que elas saem tomando (...) e a mudança de hábito, ela vai passar a ter uma dieta com menos sal ou abolir o açúcar, então isso acaba afetando no trabalho, na vida com a família, (...) leva ela até a vir mais vezes ao médico, não se adaptar (...).

Et8 - Eu acho que muda muita coisa [na vida da pessoa], principalmente esses que costumam tomar medicamento diariamente. (...) Tem que mudar a alimentação e [para] eles é difícil de mudar (...) porque tem que ter uma qualidade e eles não tem essa condição. Não têm aquela consciência de que tem que (...) mudar hábitos de andar, fazer caminhada e nem sempre eles fazem isso. (...) Se deprime porque está doente - estou doente, agora estou sofrendo (...).

5.2.2 Perfis saúde-doença

Compreendendo-se o processo saúde-doença como o embate entre os *potenciais de fortalecimento e desgaste advindos dos perfis de reprodução social*, observou-se que os diferentes agravos que acometem os moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva guardam coerência com a inserção na reprodução social característica dos diferentes setores censitários.

Assim, os representantes dos moradores de plena inserção social tiveram dificuldade para descrever agravos entre os moradores, localizando-os a partir do desgaste advindo do processo natural de envelhecimento. O entrevistado E14 associou a possibilidade da existência de agravos crônico-degenerativos às características da inserção dos moradores no âmbito da produção.

E14 – Velhice mesmo. Acho que (...) velhice ainda não, né? (...), acho que é cárdio mesmo, [os] poucos casos que chegaram ao nosso conhecimento foram infarto. (...) Deve ter câncer, porque o câncer já é um pouco reflexo mesmo (...) das suas frustrações, né?

E7 – Eu acredito que problemas de saúde mesmo, assim prá você enumerar, é muito pouco. Acho que os moradores terão que envelhecer um pouco mais, a não ser aqueles que já tão ... Eu por exemplo tenho na minha casa a minha sogra, com 87 anos, ela tem problemas seríssimos do osso, né? Agora, levou um tombo, quebrou o fêmur, teve que colocar prótese, (...) mas é a minoria. De um modo geral o bairro é muito jovem, [então é] difícil você dizer os problemas de saúde ...

Os demais entrevistados citaram vários agravos e os associaram aos condicionantes, desde os atinentes ao âmbito individual até ao âmbito estrutural e também comentaram suas conseqüências na vida dos sujeitos acometidos.

Os problemas respiratórios foram apontados pela quase totalidade dos entrevistados como os agravos que acometem as crianças. Foi citada também a verminose como problema incidente nessa faixa etária. Pode-se depreender do depoimento abaixo que há um entendimento que a saúde das crianças é proveniente do contato com situações adversas, conferindo-lhes uma certa resistência.

E12 - Olha, as minhas crianças o máximo que já tiveram aqui foi gripe e agora essa (...) conjuntivite, as crianças são muito sadias, graças a Deus. Eles acostumaram, eles criaram muito anticorpos, os que vivia nessa vida difícil. Então as crianças daqui não são de ficar muito doentes, (...) cê vai no posto, cê vê muito problema respiratório (...), porque falta às vezes a fruta realmente, falta a verdura, falta o líquido, o cuidado ali, um cuidado mais delicado. Alguns ficam à mercê, o único cuidado que tem é a creche, muitos ficam com os irmãozinhos mais velho e daí num tem aquele cuidado todo.

E11 - Mas as crianças daqui sempre é (...) bronquite, vermes, essas coisas, né?

Entre os adultos os agravos mais citados, em ordem decrescente, foram alcoolismo - com relato de aumento da incidência entre as mulheres - e violência, os quadros de hipertensão, diabetes ou ambos.

Todos os depoentes que apontaram a violência como um dos agravos que compunha os perfis saúde-doença dos moradores da área de abrangência da UBS Vila Dalva, descreveram a inserção na reprodução social como determinante. Ou seja, atribuíram à falta de emprego o potencial de desgaste que acarreta a impossibilidade do acesso ao consumo de mercadorias. A inserção dos jovens no tráfico foi atribuída à falta de perspectiva de inserção desses jovens no mercado de trabalho e pela impossibilidade de acessar o consumo de produtos que os alça à condição de pertencimento a um determinado grupo - o dos jovens ou o dos socialmente incluídos.

E8 - Bronquite, gripe, o problema da dengue que tá surgindo agora. Aqui doença é meio difícil, aqui morre mais de assassinato, roubos. Não que seja uma rotina prá gente, a gente ouve falá mais isso mas a gente num ouve um cara que (...) morreu de doença, de derrame

também, aí é uma novidade, mas chegá o cara e falá: “Ah! Aquele cara tomô um tiro e morreu”, aí já é uma...

E9 - (...) *A maioria [das mortes] é por causa de droga, envolvimento de droga e [em decorrência] da velhice (...). A droga aqui no bairro, essa tá sendo um medo, viu? [e] geralmente [é por causa do] desmotivamento, da falta de diálogo com os pais, que geralmente esses adolescente acaba ficando doente e leva a família à doença também.*

E10 – *Eu vi criança já morrer de, (...) criança de 2 anos, a criança tinha e morreu de catapora, né? Deu, atacô o pulmão. (...) Mas de morte mesmo, morte que a gente mais ouve aqui no bairro é quando fulano atirou em fulano. Ah! Fulano morreu, (...) porque fulano atirou em beltrano, aleijou ou... Ah! Só que assim, é muito ruim ouvi isso.*

E4 - *Pressão, diabete, gripe, agora dengue, a Vila Dalva tá sendo foco de dengue, (...) muito rato na comunidade, até que não sei se tem muito essa questão da (...) leptospirose, não sei se existe muito, mas deve tê. (...) A questão da violência é muito séria, (...) nós não tínhamos tráfico, mas tá aparecendo focos na favela de tráfico, (...) os adolescentes tão num índice de criminalidade muito grande, entrando no mundo do crime com roubos, com o chamado tomá boy na porta do shopping center. Tomá boy é ir tomá relógio, tomá tênis de marca dos boys, que eles chamam os filhos dos ricos, filhos de classe média. A causa é a infeliz dos meio de comunicação, é o mostrar o tênis Nike na televisão, (...) o relógio bonito, é as revistas (...) e aí eles quê. (...) Um adolescente de 16 ano que tá entrando no mundo do crime, ele falou assim - (...) eu tomei dum cara lá na porta do shopping Eldorado. Aí eu falei, mas por quê?. Ele falou, porque é meu sonho de tê esse relógio, (...) esse relógio é muito lindo, (...) custa quatrocentos e poucos reais (...), agora eu tenho o relógio. (...). Falei: mas onde cê viu esse relógio? Ele falou Uai, tem uma propaganda na televisão, presta atenção, que é lindo quando o ator passa com esse relógio no braço. O tráfico é a questão de ganhar dinheiro fácil (...). Prô menino que tá lá, de uma família que se diz normal, que o pai trabalha [e] ganha 300, 400 reais por mês, que nunca tem nada, que só dá prá comprá alimentação, aí o menino (...) criado dentro da favela, ele tá com 15, 16 ano, ele vê o ladrão com carro importado, com roupas, com as mulheres a seus pés, com tudo o bom (...), o menino começa [a pensar] (...) eu vou sê traficante ou ladrão porque o cara (...) tem um estrutura de vida financeira muito boa. Esquece que ele não tem vida social; esquece que ele não tem integração à sociedade, mas ele tem dinheiro. (...) Como o tráfico e os ladrões põem cada tênis nos pés, (...) cada roupa de marca, (...) isso é uma grande influência prá cabeça dos menino.*

Foi também relatado o aumento da incidência do uso de drogas entre os moradores do bairro, especialmente o álcool entre as mulheres. Foi também relatada a incidência de problemas cardiovasculares.

E4 - Tem um índice de alcoolismo muito grande também (...), a própria condição de vida leva [a isso] (...), mulheres bebem muito na Vila Dalva (...) e algumas [são] alcoólatras, (...) elas bebem com os homens lá nos bares. Aí, eu falei assim “por que cê bebe tanto?” “Prá esquecer os problemas (...) eu tô desempregada, meu marido tá preso, (...) minha filha tá muito desandada, (...) vô curti uma bebida”.

E3 - E tem mãe que é drogada também. Tem muitas aí que tem filho cedo, que são moças, né? Tem filho com 13, 14, 15 ano e (...) às vezes usa droga. (...) Eu conheço uma, mas eu acho que você entrando na favela, cê vê muitas. (...) Eu conheço uma menina, ela tem 16 ano, (...) teve [um filho] com 14. Só que (...) mudô a mentalidade da menina, virô uma dona de casa, ajuda a mãe; tá na Associação [trabalhando], tá estudando. Ela mesmo fala: eu era de bagunça naquela época, agora... . Nem sai, sai mais, cuida do neném e tudo (...), mudô a cabeça.

E12 - Aqui é muita gripe, muita tosse, cirrose por causa do alcoolismo, tanto mulheres quanto homens, o alcoolismo aqui é uma taxa muito alta, viu? (...) As pessoas começam a se entregar por se sentir (...) sem opção, sem caminho. (...) Tem casos aqui (...), se quisé avaliar, você vai vê casos assim de pessoas que eram duma puta duma responsabilidade no serviço, em casa, com a família e tudo e hoje você não acredita o que se tornô, perdeu a perspectiva de vida. (...) Tem os enfartes mesmo. Eu acho que a pressão é muito grande que eles sofrem, as pessoas ficam naquela ansiedade, naquela perspectiva de consegui algo, fazê algo e (...) não consegue, então aquilo vai criando, vai deteriorando o interior do ser humano e Pluft!

E3 - Todo mundo tem pressão alta, já sofreu de derrame (...), eu acho que a diabete e a hipertensão tá tomando conta. (...) A pessoa doente já não pode desenvolvê, se a pessoa trabalha já não trabalha como trabalhava.

E11 - O maior problema eu posso falá que é pressão alta, viu? Tem bastante diabético aqui também, câncer aqui tem bastante, houveram vários falecimentos com câncer.

Já entre os trabalhadores da UBS, os agravos relatados foram aqueles referidos pela demanda específica de cada entrevistado. Não foram citados dados sistematizados pela UBS.

A maioria dos trabalhadores inferiu que a hipertensão, seguida pela diabetes, são os agravos que mais acometem os adultos, refletindo a idéia de parte da população, pautada no senso comum. Esses agravos são os que acometem a maior parte da

demanda que chega até a Unidade solicitando atendimento, induzida pelo trabalho realizado pela UBS, que é instaurado a partir da obrigatoriedade de implantação de programas do Ministério da Saúde para atender esses agravos e não a partir das características dos moradores de sua área de abrangência.

***Et3** - Tem muita gente com problemas de coluna, de hérnia, de não saber como senta, como deita, como levanta, como segura uma vassoura, (...) tem muitos casos de acidente de automóvel, (...) tem atropelamento (...), fraturas. (...) A maioria (...) tem dor (...) com dificuldade para trabalhar, para levantar, para se movimentar.*

***Et11** - Doenças alérgicas tem muito aqui, tem a asma, (...) a gente vê muita rinite alérgica, (...) infecções de vias aéreas superiores, que [em] criança é mais comum [e nos adultos] (...) deve ter muita hipertensão, deve ter muita, né?*

***Et4** - Tem um relatório com a chefia, ele acabou de fazer um levantamento por ordem de importância assim das patologias. Ainda não tive acesso a esse documento que é recente mas eu acredito, pelo contato que eu tenho, [que] tem doenças (...) [como] hipertensão, diabetes num percentual menor, problemas respiratórios em crianças, principalmente no inverno. (...) Tem os problemas de saúde mental, tanto os mais graves psicose aparece aqui, (...) tem a saúde mental mais leve, de não menor importância, que seriam os distúrbios psicológicos de todas as faixas etárias que também tem uma frequência significativa. Há um certo desprezo pelas necessidades do idoso, (...) o que traz um certo isolamento, uma solidão, uma necessidade de troca com o outro que muitas vezes ele não tem, né? As pessoas estão muito ocupadas com a própria vida para poder dar atenção ao idoso. Então você nota muito isso, questão de solidão, de carência afetiva.*

***Et8** - (...) uma maior parte são as pessoas idosas, com problemas de feridas, ferimentos, pessoas que são diabéticos, que procuram para tomar as insulinas, os hipertensos para controle, a maior parte também para inalação. E vacina, acho que a maior parte mesmo é vacina, eu acho.*

Num extremo, os depoentes abaixo declararam um profundo desconhecimento dos agravos que acometem os moradores, até mesmo daqueles que constituem a demanda espontânea da UBS. O primeiro depoente (Et7) fez inferência a agravos respiratórios, a partir do que observa de ruído do entorno da sala em que atende, não especificando nem mesmo a demanda que chega à especialidade que atende. Quanto ao segundo (Et9) enfocou somente a demanda que chega ao seu atendimento específico.

Et7 - *Acho que tem muito problema respiratório porque (...) [três vezes na semana] eu atendo lá embaixo, (...) de frente para a inalação [e] ela está sempre ligada, (...) não sei se eu estou certa, pelo menos o que eu posso observar acho que é mais respiratório.*

Et9 - *Não sei, (...) eu não sei falar essa região o que diferencia das outras que eu já trabalhei, eu não sei falar isso. [A população procura para] tratamento, [por sentir] dor, (...), tem algumas mães que trazem os filhos só para ver se tem (...) [agravo já instalado]. (...) Não sei o que muda na vida das pessoas [por causa desses problemas].*

Dentre todos os depoimentos, foram dois os únicos que citaram dados oficiais. Ainda assim diferenciam-se muito entre si à medida que o primeiro (Et1) restringiu-se ao levantamento feito a partir da demanda do serviço e o segundo (Et2) acrescentou outros dados, a partir de sua observação do território, tanto de doenças que acometem individualmente as pessoas, mesmo as que não chegam à UBS quanto de outros agravos que acometem a população. Discriminou os agravos por segmento etário, numa demonstração de grande conhecimento das características da população menos inserida socialmente no território de abrangência da UBS Vila Dalva.

Et1 - *Na faixa dos 15 até os 35, 40 anos, você vai ver que a grande epidemia é de morte violenta, (...) tem muitos hipertensos e diabéticos, neoplasias a gente tem bastante também, particularmente dos 65 anos para frente. Tem bastante doenças respiratórias, asma, bronquite e afins. Isso eu lembro bem do que eu vi lá no levantamento que eu fiz por conta do curso.*

Et2 - *Mais uma vez a gente remete para a questão econômica, [de] trabalho [e de] salário e que aí descamba para a questão alcoolismo, droga, criminalidade, eles são indicadores. (...) Aqui no bairro sempre teve uma resistência muito grande em relação às drogas e a população até pouco tempo conseguiu breca isso daí, hoje não existe só consumo mas tráfico de drogas também. (...) Homicídio de adolescente, ele pode não morrer aqui no bairro mas morre no Rio Pequeno, morre em outros bairros da região [por] envolvimento com o crime (...), são coisas que a gente observa no dia a dia. [Nas] crianças, principalmente as mais novas, [são os] problemas respiratórios, particularmente as pessoas da favela, as pessoas que moram em edículas, nessas casas de cômodo. [Outros agravos das] crianças [são] diarreia, vômito, febre. (...) Adolescente é uma população que mereceria uma atenção maior, não é o grosso que vem na unidade, o que vem são jovens que engravidam e aí a instituição de saúde não consegue, no tocante à questão de orientação, atingir esses*

adolescentes. (...) [Será] uma mãe jovem, com pouca informação, (...) com uma certa frequência uma gravidez não desejada e que o serviço público em relação aos adolescentes, nem na questão da cobertura vacinal aqui a Unidade Básica de Saúde da Vila Dalva dá conta de maneira satisfatória. (...) [E eles] são vulneráveis, estão vulneráveis. (...) Tem o Centro de Juventude que abriga um número de adolescentes, esses estão assistidos, mas tem outros que estão fora de qualquer instituição de ensino. E tem relatos (...) de consumo de drogas, maconha principalmente, a prática de pequenos delitos, furto, esses são outros indicadores de como anda a saúde desses adolescentes. Nesse contato com esses adolescentes [observa-se que a] saúde bucal é lamentável. (...) E tem uma outra população que não tem acesso ao serviço, principalmente aqueles idosos que estão acamados, (...) porque o serviço não está estruturado para ir à casa desse paciente e que a gente sabe que mereceria uma atenção. (...) O adulto que vem com maior frequência aqui é do sexo feminino (...) com problemas ginecológicos, os mais variados (...) [e] tem problema de hipertensão, algumas. (...) [Os homens] que chegam até aqui normalmente (...) [é] o que está com algum tipo de dor, às vezes pela condição de trabalho (...). O homem adulto ele não utiliza [ou] utiliza eventualmente o serviço [e só] quando ele chega numa situação limite, que está impossibilitado de trabalhar, de levar a vida dele, o mínimo do mínimo. (...) [E] os idosos vêm com uma frequência grande por conta de diabetes e hipertensão, mas abaixo de 50 [anos] vai diminuindo muito o número [de homens que procuram a UBS].

5.3 Necessidade de participação política

Os relatos abaixo atribuíram a dificuldade de conseguir emprego ao âmbito individual e pessoal, localizando-a em algum déficit dos indivíduos (faixa etária, estado de origem, escolaridade (tempo de estudos), formação profissional, pouco esforço na busca do trabalho, jogo de sorte e azar ou à metafísica) que os coloca em desvantagem numa situação de concorrência. Não criticaram o posicionamento econômico do Estado na determinação do desemprego. Esse posicionamento faz coro à ideologia dominante da responsabilização da vítima desse modo de produção, que além de atribuir aos indivíduos a culpabilização pela não inserção no mercado de trabalho (E2, E4, E5), ainda atribui a eles a responsabilidade por desenvolver atividades para geração de renda (E12) para que possam ser inseridos no mercado de consumo.

E2 - Ou é novo demais, não tem experiência, ou é velho demais pro serviço.

E4 - (...) A maioria são nordestinos, baiano, pernambucano, cearenses, paraibanos e alguns mineiros. Mas a condição de renda é baixíssima, é porque a questão (...) do profissionalismo. As pessoas são mais prestadoras de serviço do que têm uma profissão.

E5 - (...) eu conheço bastante aí que já faz mais de 6 meses, 8 meses, um ano que tá parado, só fazendo bico, porque não tem emprego. E principalmente pra quem não tem estudo, (...) muitos aí que chegou da Bahia esses dias, do norte, da Paraíba, de todos os lugares, se não tiver estudo fica aí passando mesmo.

E9 - Uns não sabe lê outros não sei, (...) eles são desmotivado [para] sair e procurar.

E10 - Tem também as pessoas que já terminaram o colégio, que (...) são um pouquinho mais além, (...) deram uma sorte nos estudos, (...) porque não é sorte, a gente sabe que não (...) então, tiveram mais oportunidade, né? de estudar um pouquinho mais, e Deus abençoou.

E12 - Tem [muitas pessoas desempregadas] [que sobrevivem] com a ajuda da comunidade, (...) ainda tem muita carência aqui, principalmente as pessoas que já passaram da idade (...), as pessoas que não têm um estudo, (...) fica difícil pra eles enfrentarem o mundo lá fora. (...) Então acho que o outro ponto (...) é abrir mais chances, parar de ver que as pessoas têm 40, têm 50, têm até 70 [anos], mas [perceber que] as pessoas têm capacidade, vamos juntá aí, abri oficinas de bordado pras vovó, (...) os senhores adoram marcenaria, não dá pra eles fazer o trabalho pesado, mas são ótimos artesão. (...) Falar não é fácil, (...) é falar e fazer, enfrentá e persisti (...).

5.3.1 Participação política da população

Nos excertos abaixo é clara a organização da sociedade civil para suprir a ausência do Estado, demonstrando que a participação é mais evidente nos espaços onde os serviços públicos não atendem as necessidades da população. Esses depoimentos confirmaram que à sociedade civil, os moradores, coube tentar de alguma forma buscar respostas para os problemas dos moradores do território, atribuição esta que deveria estar presente nas instituições representativas do Estado, como é o caso da educação, da saúde e da segurança pública.

No depoimento E2 foi relatada a organização de moradores para suprir a manutenção da educação pública e a inserção no mercado de trabalho dos jovens que, naquele território, foram ficando fora de agências de socialização e aderindo a práticas ilegais.

O depoimento E5 atestou a organização de um grupo de pessoas para manter uma certa ordem no bairro, atribuição que deveria estar sob a responsabilidade da segurança pública.

O depoente E11 assinalou a organização e o desenvolvimento de atividades de cuidados à saúde por instituição da sociedade civil a qual representa, instaurada a partir da ausência do cuidado aos doentes pelos serviços de saúde.

E2 – (...) Eu comecei a perceber que os adolescentes completavam 15 anos e tinham que sair do CJ [Centro da Juventude], (...) [mas] eles não tinham mais nada. E aí (...) é a rua, é a droga, a criminalidade. (...) Eu comecei a conversar com algumas pessoas a respeito disso, o que a gente pode tá fazendo prá tirar essa molecada da rua? (...) Eles não saíam do CJ e caíam nas drogas e na criminalidade e aí (...) algumas pessoas compraram a minha idéia e nós resolvemos fundar a princípio a União de Moradores da Vila Dalva e depois, com a mudança de nome, é Associação Caminhando com o Futuro do Brasil. (...) Na verdade (...) nós fizemos parceria com o condomínio Parque dos Príncipes e estamos fazendo a coleta seletiva do Parque dos Príncipes. (...) As pessoas separam o lixo reciclável e aí os adolescentes vão lá, todos uniformizados, tocam a campanha e as pessoas entregam os lixos e eles recolhem, faz uma triagem dos lixos e a gente revende. O lucro é prá café da manhã, a gente vai investir em cursos e prá pagar a bolsa prá eles. (...) No primeiro momento (...) eu fui lá (...) e mostrei minha preocupação em relação ao que tava acontecendo aqui no bairro (...) e como nós somos vizinhos e é uma diferença muito grande entre o Parque dos Príncipes e a Vila Dalva, eu tentei mostrar prá eles essa diferença [social], (...) prá vice presidente lá [da Associação dos Moradores]. (...) Ela tinha acabado de ser assaltada 2 ou 3 vezes pela mesma pessoa, que acho que foi aqui, né? (...) e aí ela entendeu o que eu estava dizendo, e (...) ela falou: “Tudo bem! Precisamos fazer”. [Na] parceria (...) ela entraria com os uniformes, faria toda a divulgação no Parque dos Príncipes do nosso projeto, que é a coleta seletiva, o projeto Criando Caminhos, (...) e buscaria parcerias prá gente também: doação de café da manhã, máquina, outras coisa que a gente precisaria. Esse foi o primeiro momento e (...) na verdade (...) a Prefeitura já tava exigindo deles a coleta seletiva, que eles fizessem uma coleta seletiva. Quer dizer, nós chegamos no momento crítico, no momento crucial prá eles. Eles tinham que fazer a coleta seletiva e nós chegamos com a proposta. Assim, foi uma coincidência.

E5 – (...) Agora, num pode chegá assim e querê espírrá a gente, (...) porque aqui a gente tem a lei, né? Aqui, ó, final de semana, ninguém chegá aqui dia de semana, os cara num usa droga (...) [aqui], que a gente proíbe, né? Porque tem criança. (...) Isso aqui era assim, (...)

depois que a gente tá, [que] metemo os peito aí, ninguém faiz isso mais. A gente pede, (...) quando eu vejo que o cara não qué me obedecê, eu já vô lá e já chamo a muvuca. Ah! Os cara (...) já dá uma prensa, (...) o grupo da Associação. (...) Então, a finalidade dessa Associação seria manter a ordem [aqui]. (...) Apareceu uns gaiatinho do Sapé aí, né? que ainda pichou ali na frente, mas aí a gente já mandô um recado prá eles, (...) que a gente não desce pró bairro dele, então eles num podia, num pode subi prá pichá aqui.

E11 – *Nós somos várias (...) que fazem visita (...), o trabalho (...) é cuidar de doentes, sabe? É levar doente ao médico, dá banho na doente, cuidar da casa do doente, se ele não pode fazer. É essa a luta (...) sabe? (...) Não é qualquer pessoa que qué entrá, (...) porque é um trabalho muito humilde. É um trabalho voluntário. (...) Porque é dá banho em doente, o doente às vezes, tá... . O doente esteja ele como estivé, a gente tem que dar banho, não é qualquer pessoa que qué fazê esse trabalho, né? Então quer dizer que é um trabalho muito bonito, mas é um trabalho muito Num é assim (...) qualqué pessoa que qué fazê, não, viu? (...) Mas a razão [desse trabalho] foi (...) que a pessoa que tava necessitada (...) e não tinha quem fizesse, precisava de pessoas prá cuidar de doentes, fazê visita, dá banho, levá médico, essas coisas (...) que o doente precisa. Eu gosto, viu? Eu gosto de tá visitando, tá vendo a pessoa, ah! Tá ali junto, sabe? (...) As pessoas têm [que] têm vizinhos que fala: “Ó (...) tem uma pessoa que tá doente, tá sozinho, num tem quem visita...”. Aí nós vamos lá, se eu não posso ir então peço prá outra e [elas] (...) vão. (...) Quando há notícia que alguém não tá bem, tá precisando de alguma coisa, a gente tá sempre fazendo visita, (...) a gente tá sempre pronta prá fazê isso.*

O depoimento E4 apontou que por um lado a população organizou-se, como nas demais experiências descritas, para minimizar precariedades originadas pela ausência do Estado no aprimoramento das condições de saúde dos moradores. Mas por outro apontou a implementação de atividades para instrumentalizar os moradores, potencializando desta forma a participação política.

E4 – *A gente começou um (...) trabalho que tava ligado muito à questão da saúde das adolescente, que era um índice de meninas grávidas muito grande na comunidade, [com] 14, 15, 16 anos, grávidas (...) de meninos também dessa mesma idade e aí a gente descobriu que existia uma entidade, (...), uma ONG chamada GTPOS (...) – Grupo de Proteção e Orientação Sexual, (...) eles tavam com um projeto chamado “trance essa rede”, (...) eu vi isso (...) [no] Globo Repórter e (...) aí, eu liguei prá eles. (...) Veio uma técnica prá comunidade, (...) uma psicóloga (...) [e] começou um grupo muito*

bonito, nós começamos com 40 meninos e meninas na comunidade. E esse trabalho teve um grande fruto, discutia prevenção, DST, AIDS também e todo Sábado (...) a psicóloga se encontrava com os adolescentes no Centro Comunitário prá discutir prevenção, gravidez na adolescência. (...) Os pais começaram a gostar (...) e o índice caiu, de gravidez. Nós ficamos 2 anos com essa parceria, (...) eles continua na comunidade, só que agora tão no CJ, não tão mais no Centro Comunitário. Mas (...) tem meninos hoje, adolescentes, na Vila Dalva, que foram lideranças (...) o “trance essa rede” ajudou muito eles, (...) eles viajaram prá congressos de adolescentes nacionais, em Belo Horizonte, (...) a Vila Dalva começou (...) [na] questão dos adolescentes, [a] ser muito representada. O projeto é financiado pela Petrobrás e pelo Ministério da Saúde. Em relação aos idosos (...), a gente conseguiu um projeto, do Governo do Estado, (...) o leite prós idosos. (...) Cinquenta idosos recebe leite pelo Centro Comunitário, duas vezes por semana e nós começamos a se reunir com eles uma vez por semana, prá formar um grupo de 3ª idade na Vila Dalva. Não teve muito sucesso porque a pessoa que tava acompanhando (...) foi embora, mas a gente tá querendo retomá agora o trabalho com os idosos. Também conseguimos um projeto (...) de cesta básica do Governo do Estado (...). Nas outras comunidades o pessoal dá a cesta básica e eles vão embora (...). Nós, não! “Vem aqui, vamos conversar, vamos fazer curso, vamo nos aperfeiçoá...”. (...) São 50 famílias, só mulheres, aquelas mais carentes, as que tão mais enfiadas no fundo da viela, aquelas que passa mais necessidade, aquelas que tem mais falta de cidadania mesmo. Aí a gente começou primeiro com a xxx, que discute a questão (...) das mulheres, dos direitos, todas essas questões. [Ela] (...) fez um bom trabalho o ano passado inteiro com elas. Elas foram prá Conferência Municipal das Mulheres, (...) elas foram primeiro prá 3ª Regional de Mulheres do Butantã, depois foram prá Municipal, (...) foi no Anhembi, foi muito interessante. A xxx é de fora, é (...) dum grupo de mulheres de São Paulo, fazia uma vez por mês, se encontram prá fazer esse trabalho.

Agora nós estamos com formação de brigadistas de incêndio, né? Que [é] o novo projeto que a gente tá começando no Centro Comunitário, com bombeiros, Secretaria da Ação Social da Prefeitura, SAS, sub Prefeitura, (...) COMGAS e IPT. (...) O projeto é o IPT da USP que montou, que seria um grupo de brigadistas de incêndio da favela. (...) inclusive nós estamos sendo pioneiros do município de São Paulo, vamo formá 100 brigadistas na Vila Dalva (...). Nós também tivemos um trabalho na Vila Dalva com o pessoal da Johnson & Johnson, que era um grupo que tem lá sobre a questão das lajes. Eles têm um projeto chamado “Criança Segura”, dentro da Johnson, então (...) nós fez uma parceira com eles também prá trabalhar essa questão. Aí começamos a orientar a questão dos moradores tá protegendo as laje;

tê cuidado com os menino nas escadas, as escadinha são muito... as criança cai muito. A questão dos produtos químicos que as criança têm acesso em casa, água sanitária, todas essas questões de produtos químico.

O depoimento abaixo E4 reiterou que além da participação da população para responder a carências advindas da ausência do Estado no bairro, existe também a participação política da população, que organizou-se para reivindicar do Estado o direito de acesso a melhorias de infra-estrutura do bairro.

E4 – (...) Eles partem prá lideranças: (...) “cêis têm que fazê alguma coisa”, ou eles diz “que que a gente pode fazê junto? Vamo reivindicá, vamo na Prefeitura, vamos fazê um abaixo assinado (...) prá fazê esse esgoto”. [E vão] pró posto de saúde, pró pronto socorro, prá curar a doença sua, pessoal.

A gente conseguiu o asfalto da rua, né? Quer dizê, com a luta,(...) anteontem foi a inauguração do asfalto e foi uma grande festa em agradecimento mesmo. Podemos até dizer que temos crítica à administração Marta Suplicy, mas naquele momento a gente tava ali prá agradecê porque foi luta, Pitta, Maluf, entendeu? E a gente não conseguiu, conseguiu nessa administração. Então a gente tem o reconhecimento, (...) sabe que ali quem fez é mais do que um direito, né? Mas a gente viu como foi uma luta tão árdua, tão difícil que como a gente conseguiu, a gente se achou na questão de agradecer. (...) É um sonho que se tornou realidade mesmo, (...) eu até falei prá prefeita (...) que ela podia até te levado ouro práquele povo, que ela não ia agradá (...), agradava aquele povo era o asfalto das ruas mesmo. E a luta continua pela urbanização da favela, tem muito esgoto estourado ainda, muitos moradores aí que tão (...) em área de risco, que tão morando na área de córrego, que é questão de saúde pública também.

Já entre os trabalhadores da UBS, somente um depoimento afirmou a importância da participação política, apontando que ela amplia o espaço público de decisão.

Et5 - [E] essa distribuição do recurso, pela visualização mesmo seja [através da] imprensa, que vai tirar recurso da saúde, da educação, isso vai ter um prejuízo. Então, se esse prédio funciona de acordo com algum objetivo lá da Secretaria [da Saúde] e está funcionando (...) e ninguém reclama muito, por que vai mudar? Deixa aí correndo enquanto dá. Eu não vejo pressão política suficiente, não vejo que vai ter essa expectativa de recurso material sendo atendida, por essa situação toda [de] priorização de outras áreas. Agora acho que são os CEUS da Prefeitura, Centro Educacionais, (...) sei que é esse CEU que está na crista da onda da prefeita, então tem a política permeando tudo, com certeza, determinando.

Os excertos abaixo, tanto de representantes de trabalhadores da UBS quanto de moradores indicaram que os usuários da UBS reivindicam pouco seus direitos.

Et6 - (...) *Se não tem instrução é difícil você saber que tem direitos (...) [e] vai ficar sempre ali à mercê de tudo, não sabe até onde pode ir, até onde pode reivindicar, (...) até dentro da unidade. Eles reivindicam muito pouco, (...) às vezes não percebem que estão recebendo violência institucional, (...) mesmo na recepção [onde] às vezes é a mesma [pessoa que] mora no bairro [que] está trabalhando temporariamente na recepção e por estar ali, do outro lado do balcão, essa pessoa tem uma conduta diferente com o colega de comunidade, às vezes trata mal. Então essa pessoa não (...) reage, (...) não vai até a administração fazer uma queixa, uma observação do que aconteceu, o que a gente percebe às vezes é isso [e que] a forma de reagir é no bate boca, na agressão também, revida e aí não leva a nada.*

E3 - (...) *Mas eu falei: “Não adianta você tá falando aqui ou falando prá mim. Você pode entrá lá e falá: meu filho tava assim, assim, eu num fui atendida pelo posto. Eu tenho direito como cidadã (...) Se você num falá, quem é que vai ficá sabendo?” (...) “Não! Vocês têm que pedi, se vocês ficarem quieto, fica pior. Se já tá ruim, vai de ruim prá pior”.*

O depoimento abaixo sugeriu que os moradores que vão à UBS fazer reivindicações são qualificados pejorativamente como agitadores.

Et1 - (...) *Como você vai trabalhar com um certo nível de escolaridade (...) [e] de maneira geral a maior parte dos que freqüentam a UBS é pessoal da favela, (...) às vezes você tem que adaptar a maneira de colocar as coisas de acordo com o tipo de população com a qual você está tratando. Então é diferente a gente conversar as coisas com o pessoal da população que vem aqui, os agitadores do pedaço, (...) do que com a população de origem mais humilde que freqüenta mais amiúde a unidade.*

O depoimento abaixo apontou que falta à UBS restringir ainda mais o direito da população de questionar e reivindicar.

Et7 - *[A população] tem necessidades corretivas também, porque (...) o povo está folgado, (...) acho que estão misturando um pouco o direito de vir e falar, solicitar e pedir com a coisa do mandar. Então, nesse sentido precisa dar uma redirecionada a essa liberdade de direito, a essa cidadania, (...) acho que precisa também um corretivo, (...) que aqui a gente não é veterinária não, não estudou para atender animal. (...) [Um corretivo dirigido] à postura deles frente ao posto,*

[eles chegam perguntando] a que horas o médico chega? mas o médico tá ..., mas como não tem vaga? [Ora,] não tem vaga porque não tem vaga. [Eles questionam] como não tem ambulância? Sabe, reclama na Prefeitura, no gabinete da prefeita, não aqui (...).

Os depoimentos abaixo mencionaram a efetividade da UBS em efetivar a participação dos moradores, a partir da criação do Conselho Gestor na unidade.

E2 - *Eu sou usuário do posto e acho que já teve muito pior isso aqui. (...). Prá tá bom, ideal, falta muita coisa (...),[mas] o pessoal tá se esforçando prá trabalhar, aqui se ouve mais a comunidade, a comunidade tem um acesso maior e agora as pessoas daqui que tão coordenando (...) não ficam só aqui dentro sentados, esperando as coisas chegarem, vão lá buscar a informação, (...) eles abriram o posto, formaram o Conselho, eu ajudei a formar o Conselho Gestor e o Conselho Tutelar. (...). Eu não sei é se as pessoas entendem o trabalho deles, mas (...) eles estão muito interessados no que tá acontecendo. (...) [Contribuem] buscando informações e trabalhando essas informações, que é muito importante. (...) O que acontece é que as pessoas que moram aqui têm mais acesso às casas dos moradores (...), é mais fácil eles chegá e entrá numa casa do que alguém aqui do posto. (...) Essa é a questão da [importância da] informação trazida pelas pessoas que distribuem cesta básica e [pelos] outros moradores.*

E3 - *Agora ele [o posto de saúde] tá contribuindo bem porque ele alerta, ele faiz essas reuniões (...) que isso tem que tê, o Conselho Gestor e Popular, o Popular chama o pessoal prá tá participando, prá vê os problemas e prá contarem os problemas, tanto é que tinha uma caixinha prá (...) reclamação e prá (...) sugestões.(...) Até que ia bastante gente na época, ia bastante gente na reunião. Lotava a reunião. (...) Eu faço parte do Conselho Popular, tem o Gestor que são funcionários (...) e tem o Popular que é o pessoal mesmo. (...) Então a gente ia contá o que tá se passando na comunidade, prá sabê [os problemas de saúde]. Ó, tem mais Fulano com isso ou [o] que posto precisa melhorá, o que o posto já melhorô. Porque a gente também não ia só prá criticá. (...) Eu vô lá; então eu falo: “Ai, o médico agiu assim, assim, então eu vô recramá, ou então eu vô elogiá. (...) Eu falo, né? (...) Porque até a fisioterapeuta tava fazendo exercício com o pessoal, os idosos, tal, que (...) tinha tido derrame. Então a gente propagava isso: “ó, a fisioterapeuta tá dando aula e ginástica lá na capela do padre Pedro”, ele tinha cedido o salão prá ela. Então a gente falava isso. (...) Então a gente falava o que a gente queria do posto: “ó, a gente precisava melhorá aqui”, no geral era recramando dos médicos. E que num tinha remédio, no geral. (...) Tem espaço no posto prá ir lá e participar, prá falar o que não tá*

bom, o que tá bom. Que nem uma vez eu recramei dum médico. (...) Eu falei: “pô! A gente recrama, recrama, recrama, vocês não mudam nada, então não adianta, eu acho que ele tem que mudá porque senão vai ficá a mesma coisa. Tá escrito imbecil aqui na minha testa por um acaso?”
E4 – (...) Falta é essa integração posto de saúde/comunidade, precisa melhorá isso. Tem alguns focos, tem algumas coisas? Tem. O Conselho é uma coisa dessa, né?

5.3.2 A criação do Conselho Gestor

A criação Conselho Gestor, atrelado à implantação do Programa de Saúde da Família no município, foi produto da exigência da legislação que estabeleceu esse requisito para o repasse de recursos financeiros federais.

E3 - Olha, eu nem sabia que ia acontecê isso. Um belo dia, o (xxx) falô, explicô que veio o (yyy) do posto, que o (yyy) ia formá um Conselho, (...) prá vê as necessidades da Vila Dalva e prá isso ia tê que chamá o pessoal da comunidade. Aí a gente marcô uma reunião na casa do (xxx). Fui eu, minha mãe, meu irmão, foi todo mundo. Aí o (yyy) veio e explicô que ia sê implantado o agente da saúde, que ia tê um médico, o médico ia tá passando na residência, não todo dia, mas ia tê um acompanhamento. Todos iam sê cadastrados no posto, o que num podia vim, o médico ia tá, o dia do médico tá vindo em casa, o médico familiar, né? o médico da família. (...) E acabei entrando, aí acabei pondo meu nome, entrei como voluntária. Eu, a (xxx), o meu irmão, aí a gente começô a participá, a gente começava a recramá, o pessoal vinha aqui recramava que num tinha médico, que num tinha remédio, eu ia lá, falava na reunião (...) e começava a falá: “ó, eu faço parte do Conselho Popular, qualquer coisa cêis vêm prá mim e recramam” e dava explicação mais ou menos, por cima, né? Aí começô assim, foi tendo essas reuniões (...), mas já nessa intenção que ia tê o médico da família...

Os depoimentos abaixo mostraram claramente que o Conselho Gestor não é uma instância de participação política, de âmbito decisório. É um espaço formal de participação popular, legitimador das práticas da Unidade, no qual os representantes da população ficam como anteparo entre a população e a equipe da UBS, aplacando a possibilidade de expressão de conflitos.

E6 – A finalidade [da criação do Conselho] foi ouvir a população e levar solução da população prá dentro do posto e de dentro do posto prá população, o que tá acontecendo, o que tá precisando, o que precisamos fazer, ter mais paciência, todo tipo de reclamação. Nós levamos prá reunião e escutamos o povo falar, né? Olha, na paróquia muitas reclamações eu ouço lá e falo: “Vamos ver o que podemos fazer”. (...) Convido para ir nas reuniões também, que é livre, qualquer pessoa que quiser participar pode ir, fazer suas reclamações. E a gente tenta orientar da melhor maneira. Nós, representantes da população levamos as reclamações e a direção do posto põe a par das necessidades, das dificuldades, porque eles não podem sair na rua falando prá todo mundo: “Olha! Tá faltando médico! Olha! Tá faltando pessoas prá atender! Olha! Tá faltando enfermeira! Nós somos a voz do povo, nós levamos. Às vezes a gente encontra pessoas na rua: “Ó, tá faltando dr. Fulano, onde é que tá?”. A gente vai falar: “Tenha paciência que este médico está de licença, ele está doente.”. “Por que não põe outro?”. “Não pode por, não pode substituir”. E a gente põe tudo a par dessas dificuldades que a gente tem aí, a gente faz a ponte, né?

Et3 - E na terceira sexta feira do mês, à noite, tem uma reunião aqui com a comunidade, com os representantes da comunidade, que a gente também discute problemas. Eles trazem reclamações, então a gente está discutindo isso. (...) Olha, a gente procura também estar trazendo um pouco o que está acontecendo no Distrito e nesse último período a gente teve muito problema com a questão do PSF. As agentes já deviam ter sido contratadas há muito tempo, então essa questão vinha sempre nas reuniões. Vinham representantes desses agentes, estavam participando da reunião para saber como ia ficar. Muitas vezes a gente tinha o que falar e muitas vezes a gente não tinha o que falar ... Então, eles também trazem reclamações da população Tinha reclamação de fila, por exemplo; logo cedo, 7 horas da manhã, quando a gente chegava essa fila estava dobrando, e não tinha necessidade dessa fila (...) Eles trouxeram sugestões de como dividir o atendimento na recepção, que foi legal, a gente dividiu, atendimento pediatria: box tal, coisas que a gente nem tinha pensado e eles foram trazendo. Então, eles trazem propostas. Ou se de repente tem alguma reclamação de algum profissional, eles trazem. Então a gente procura discutir um pouco os nossos problemas aqui na unidade e dividir um pouco com as pessoas, os representantes da comunidade, porque também eles são a nossa voz lá fora. Os problemas que a gente tem eles sabem, o que a gente pode resolver e o que a gente não pode. Por exemplo, essa questão do PSF que não tinha jeito, (...) a gente ficou um período sem ter clínico geral no período da manhã, (...) tinha um problema de agendamento para clínico sempre lotado, na parte odontológica os dentistas não tem

condições de dar conta, a gente procura explicar o que está sendo priorizado - as crianças, as gestantes - e depois aberto algumas vagas para adulto, mas nem tudo pode ser feito aqui na unidade. Mas a gente procura dizer - olha, nós não temos condições de trabalhar, não temos todos os equipamentos, não temos espaço suficiente e nem pessoal suficiente (...) [e] a população se for procurar esses representantes, eles vão saber o que falar, a gente está dividindo.

O depoimento abaixo reiterou que o Conselho Gestor da UBS é uma instância opinativa e não de decisão política. Observou-se nos dados que as conquistas do Conselho incidiram na organização da recepção do usuário no serviço. O Conselho Gestor da UBS não é reconhecido como espaço potente para promover mudanças nas práticas em saúde, nem mesmo as restritas ao âmbito interno da UBS.

***E6** - Olha, diz que nós vamos conseguir [mudanças na UBS] a longo prazo. [Conseguimos reorganizar] o atendimento no guichê, o atendimento do balcão foi o Conselho [Gestor] que orientou o critério. Era assim (...) no balcão atendia marcação de consulta [e as consultas agendadas do dia], a fila vinha por fora, era um tumulto, quem estava lá no fim da fila (...) quando chegava no guichê já tinha dado a hora, já não podia mais ser consultado. Isso o povo começou a reclamá, depois surgiu uma orientação do Conselho [para fazer] os guichês (...) e melhorô, acabô com a fila. (...) [Outra reivindicação do Conselho Gestor foi a substituição de] médicos que tão doente, nós achamos que deveria por alguém no lugar até ele voltar. Não pode, infelizmente diz que não pode.*

O depoimento abaixo assinalou a necessidade da ampliação da participação política, tanto a dos trabalhadores quanto a dos moradores.

***Et6** - Eu acho que tem espaço para fazer reivindicação a população, mas eu não sei, até que ponto existe espaço para reivindicação de profissionais. Não que não existe, mas fica uma coisa meio velada, as pessoas tem um pouco de receio de se colocar, nessas reuniões, geralmente discute coisa administrativa, mas não existe um estímulo talvez para que acontecesse isso, acho que a informação, essa coisa está meio nebulosa. (...) [Falta] estar aberto para ouvir, porque às vezes se você faz uma coisa de cima para baixo, não é bem aquilo que a população está querendo, talvez ela quer outra coisa bem mais simples, bem mais concreta para ela do que às vezes algum grupo mesmo a gente sabendo que é importante, que é necessário, (...) mas ela está lá com problema de rato, de esgoto, da luz que não ligaram, uma coisa mais concreta do dia a dia. E aí foge um pouco à atribuição da unidade, (...) eu acho que a gente tem que estar aberto*

sempre, toda hora, todo dia estar disponível para essa população. (...) Seria bom se pudesse ampliar a participação, tanto dos trabalhadores quanto dos moradores nesse espaço [do Conselho Gestor].

5.3.3 Propostas para o enfrentamento dos problemas de saúde

O material empírico também indicou propostas de representantes dos trabalhadores e de representantes dos moradores, para a UBS aprimorar as condições de saúde da população.

As propostas apresentadas pelos trabalhadores identificaram-se com propostas de ações no âmbito interno da unidade ou articuladas a instituições e até mesmo uma que restringe o aprimoramento das condições de vida dos grupos sociais homogêneos do território a partir da esfera individual, privada.

Entre os representantes dos trabalhadores, foram elencadas propostas de ações intersetoriais (Et1), reconhecendo no entanto o longo caminho para a viabilização dessas ações. O depoimento Et2 reforçou a necessidade de ações articuladas entre as diferentes instituições sociais do território, incidentes também na prevenção dos agravos à saúde.

O excerto Et3 propôs a atuação da UBS claramente vinculada ao reforço da responsabilização individual dos moradores pelas suas condições de reprodução social. Sugeriu que a UBS estimulasse os moradores ricos do território a realizar ações caritativas, até com o intuito de manter a segurança deles, e a ensinar atividades que pudessem gerar renda.

Et1 – (...) Por que não fazer uma grande triangulação entre UBS, escolas e centros de juventude, casas de cultura da região, por que não fazer uma grande ponte de maneira a tornar essa região uma região que se conheça, que consiga transmitir seus problemas e de repente [consiga] achar as suas próprias soluções para aqueles problemas, (...) ajudar a própria população a encontrar os seus problemas e ajudar a resolvê-los também, não ficar esperando uma coisa de cima para baixo, acho que se a gente conseguir uma coisa de básico esse pessoal vai ter muito maior receptividade do que se eu chegar e falar - eu vou fazer isso, vai ser bom para vocês -, ele não está vendo que isso é bom, ele não está descobrindo isso. Acho isso legal. (...) É que assim, o grau de vínculo, de relacionamento com a comunidade ainda não chegou no patamar que eu gostaria, de maneira que assim, o pessoal vem para cá para discutir ... que use isso daqui para discutir assuntos tipo, vai ... sexualidade infantil, e vamos passar um filme sobre isso e vamos conversar sobre isso. Não

chegou a esse patamar ainda. Precisa melhorar ainda esse tipo de vínculo. E precisa também aumentar a própria unidade, a gente não tem espaço físico para muita coisa. A sala de reuniões que a gente tem é pequena, a próprio hall de entrada onde a gente faz as reuniões não é muito grande, então a gente tem uma certa limitação de espaço, mas talvez ampliando esse contato com escolas, a escola tem um salão, tem um ginásio grande, a gente poderia fazer alguma coisa lá de repente. A gente ainda não chegou a isso, embora haja o vínculo, não é ainda nesse nível.

Et2 - *Se a gente invertesse um pouquinho o foco de entendimento, (...) é preciso dar assistência? É preciso sim mas é preciso você investir um pouquinho na questão da prevenção, da profilaxia, em vez do particular, (...) a gente deixa a desejar e muito, muita coisa poderia ser prevenida. (...) Na questão de vulnerabilidade a gente poderia estar trabalhando um pouco a população (...) nos diversos aspectos, nas diversas patologias, nas diversas situações que a gente não consegue fazer. (...) [Falta] uma intervenção mais firme, continuada, dentro da instituição de ensino, (...) nas igrejas não fazemos nenhum tipo de intervenção [e] são espaços que a gente poderia estar atingindo um grande número de pessoas para discutir a questão de saúde, (...) de prevenção.*

Et3 - *[Quanto ao desemprego – geração de renda] (...) Acho que aqui eles teriam que estar montando grupos de atividades tem tanta coisa (...) que elas poderiam estar aprendendo, ganhando dinheiro [e] até melhorando de vida. Acho que o espaço da igreja lá é ocioso, (...) eu sinto falta de uma T.O. que poderia estar ajudando um pouco nessa área aí (...), acho que está meio parado (...) e eu não me conformo das pessoas estarem tão paradas, esperando, (...) meio passivas, acho que tem que reagir. Eu acho que tem muita gente parada, acho que poderia estar sendo promovido curso, (...) a prefeitura tem esses projetos ‘Começar de Novo’ (...), mas eu acho que tem que fazer mais. Algumas pessoas conseguem o tal do ‘Começar de Novo’, trabalham seis meses (...) e depois ficam sem nada, (...) teria que estar investindo mais em coisas que as pessoas pudessem aprender para ganhar dinheiro [e] não ficar só dormindo, esperando não sei o que, vir esse dinheiro da Prefeitura. (...) [No] Parque dos Príncipes eles estavam promovendo cursos de jardinagem, por que eles não promovem esse curso para essa população que está aqui? (...), tem o São Francisco, o Adalgiza, tem tantos bairros bons aqui de estar trazendo esse pessoal para desenvolver algum trabalho aqui (...). A população vai ganhar, essa população que está em volta, e eles também, acho que até a segurança deles melhora, né? Aqui tem a pobreza e a riqueza, os dois opostos estão juntos e acho que todo mundo poderia ganhar com isso, acho que a gente precisaria fazer essa integração aí e o posto poderia estar mediando um pouco isso, - olha, a gente tem esses problemas,*

vocês poderiam estar ajudando? (...) Trabalho voluntário, quanta gente que mora aqui em volta [e] que sabe tanta coisa, não poderia estar dividindo um pouco esse saber aí? (...) Nesse ponto também a gente poderia estar interferindo um pouco. (...) A escola que tem dentro do Parque é uma escola rica, (...) poderiam fazer um trabalho social de alfabetização ou de cursos (...) [que] a escola pode oferecer. Eu não sei porque eles ainda não abriram os olhos para olhar um pouco do lado dessa pobreza, dessa miséria que tem aqui (...), se a gente se empenhar um pouco mais pode fazer alguma coisa melhor para esse bairro porque tem tudo, tem todos os opostos, ricos, pobres, da classe média, todo mundo está vivendo aqui. Acho que teria que estar juntando mais, um poderia estar ajudando um pouco o outro ali.

Já entre os representantes dos moradores foram sugeridas ações que, ao tomarem como finalidade o aprimoramento das condições de vida dos grupos sociais do território, ampliam o espaço de discussão. Foi apontada a necessidade de expansão da participação política dos moradores, para além da participação formal no Conselho Gestor. Foi proposto que a UBS realize ações que instrumentalizem a população, por exemplo no que diz respeito à compreensão do conceito mais ampliado de saúde, favorecendo a ampliação da participação política dos moradores.

E4 – [Mas falta] a direção do posto participá da rede da Vila Dalva, é uma coisa [que] ainda precisa mais, a rede é o encontro de todas as instituições, das organizações da comunidade. (...) O Conselho [Gestor] é fraco. Eu acho que o Conselho (...) é faça de dois gumes porque (...) a população [diz:] eu já elegi o Conselho, o Conselho me representa e muitas vezes não representa. Um dia desses eu tava cobrando das meninas que são ligadas ao Centro Comunitário (...) [que] precisa fazê uma discussão, o posto começá a fazê uma discussão com a gente (...) sobre a questão do lixo, (...). isso é saúde. (...) O Conselho ainda fica muito de balançá a cabeça, é o diretor, é o presidente, o diretor é o doutor e (...) ninguém vai discordar do doutor. Então, apesar que eu acho o diretor um cara até que é muito legal, mas (...) o cara não vai (...) batê de frente com a Secretaria [da Saúde]. (...) Uma vez (...) a menina [representante da população no Conselho Gestor da UBS] falou assim: “Ah! Mas o Centro Comunitário precisa fazê alguma coisa em relação ao lixo”. Nossa! Isso me deu uma raiva! Porque o próprio (...) pessoal [da UBS] falou assim “o Centro Comunitário precisa fazê uma discussão com a população sobre o lixo”. Eu disse: “por que o Centro Comunitário? por que não o posto? Que é saúde, que tem a ver com a saúde?”. (...) Tudo bem! (...) Até o Centro Comunitário pode entrá junto, mas vamos nós aqui, vamo na Unidade Básica discuti, (...) vê a questão do

lixo?. (...) Muitas vezes [a UBS] fala assim não ponha lixo na rua. Isso é muito fácil, por um cartaz ali NÃO PONHA LIXO NA RUA. Não é isso! É discuti um projeto de reciclagem, discuti um projeto como colocá o lixo, aonde tê o espaço prá colocá o lixo, todos, né? Como trabalhar o problema educacional com a população em relação a isso. Não! [Ao invés disso] põe um cartazinho lá “você não pode por o lixo na rua, (...) lixo traz doença, lixo traz não sei o quê! Isso é muito prá mim... (...) Ah! Primeiro [precisa] fazê um estudo disso, [do] porquê as pessoas colocam o lixo na rua (...) e o Conselho Gestor e o posto de saúde podia pautar algumas discussões que eles não pauta, dentro da comunidade. É isso que eu digo (...), pauta isso! Precisa pautá isso com a comunidade, não é pautá dentro do posto, é (...) trazê isso prá discussão da comunidade, integrá o restante de organização que tem na comunidade. O posto poderia fazê isso também porque tem algumas coisas que nós fazemos, mas não fazemos tudo, outra ou o Stefanine faiz ou o CJ faiz e muitas vezes [uma instituição não sabe o que a outra faz]. (...) Porque não basta só o xxx [um morador] ter o entendimento mais amplo da saúde, o posto tem que tê, a população tem que tê, (...) aí a gente vai começá a entender a história porque senão nós vamo sê um bando de pica-pau, só picando e apontando defeito, apontando e não chega a nenhuma solução, nem a resolver algumas coisa. (...) Eu sou privilegiado em tê essa essa discussão, por acaso eu participo de grandes discussões sobre a saúde. Eu sei que sou privilegiado, mas será que a dona Mariazinha é privilegiada a tê essa discussão? Então, é preciso eu também fazê a minha parte, mas que o posto, como ele é o centro de saúde daquela comunidade, daquele bairro (...), que ele paute algumas discussões com a comunidade em relação a isso.

E8 - (...) Falá de política, uma outra idéia. Aí a gente começava a fazê um trabalho assim de política, dessas coisa, prá gente tê informação um pouco sobre saúde. (...) Fazer palestras, o médico sentá não só prá passá o que o cara tem que tomá, (...) pode também (...) vir um representante do posto (...), passá na sala de aula também, (...) na sala de vídeo aqui mesmo, colocá fita prá prevenção de alguma coisa, num precisa sê lá no posto. Lá é prá atendê, traz uma pessoa de lá, um representante do posto.

No depoimento abaixo foi sugerido que o trabalhador realize uma prática instrumentalizadora da crítica dos moradores do território, favorecendo e ampliando assim a participação política no bairro, em lugar da realização de ações que legitimadoras da ausência do Estado.

E4 – (...) Eu até disse para os agente comunitário “primeiramente, antes de sê agente comunitário de saúde, vocês são agentes políticos

porque se ocê não ajudá essa população a discutir a melhoria de vida deles, cêis não vão trazê saúde prá essa população nunca. E vocês têm que fazê encaminhamentos, reivindicação com a população, formá essa população a buscar os seus direitos, a melhorar de vida porque senão não vai tê saúde”. (...) Eu acredito que tem uma equipe de agentes muito boa, são pessoas de lideranças que tão sendo agente comunitário, (...) se eles não tivé medo - porque [tem] a questão salarial - (...) de fazê denúncia, de chegá prá direção do posto, de chegá prôs profissionais e dizê “vocês têm que mudá o relacionamento” [com a população]. (...) [Eu disse a eles] “se vocês se senti submissos vai sê difícil, vocês têm que ser defensor da população e se sentir seguro com a população, se vocês fizé um bom trabalho a própria população faiz a defesa de vocês”. [O que não pode é pelo medo] (...) de perdê o emprego não fazer denúncias do que o Poder Público deveria resolver, [é] por isso que eu (...) continuo dizendo que eles têm que sê agentes políticos, política de vida, política de melhoria de vida da população em todos os níveis, quando eu penso naquela saúde abrangente.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram os efeitos da política econômica do país, subordinada aos imperativos do processos de globalização, na dinâmica da vida das pessoas que ocupam o território de abrangência da UBS Vila Dalva.

No contexto da globalização, o processo de legitimação do modo de produção capitalista solidificou as relações de exploração do trabalho, que subordinou a produção voltada para a autoprodução e a reprodução societal aos imperativos de reprodução do capital. Esse constituiu-se em um poderoso sistema de metabolismo social, cujo “núcleo constitutivo [é] formado pelo tripé capital, trabalho e Estado” (Antunes, 2000: 22).

Esse metabolismo trouxe questões sociais “complexas e intensas”, como o salário como elemento central de sobrevivência, a concentração da população em centros urbanos – interrompendo o vínculo imediato com a natureza como meio de subsistência, e “o desaparecimento das formas tradicionais de proteção social, que faz aparecer a insegurança social e a pobreza”. Ao mesmo tempo, estimulou os embates a partir da organização de grupos sociais para a obtenção de benefícios em resposta às necessidades socialmente estabelecidas, transformando-as em “fato político”, traduzidos concretamente nas políticas sociais – “conjunto de medidas e instituições que têm por objeto o bem-estar e os serviços sociais” (Laurell, 1997: 153).

No Estado capitalista as políticas são apenas mediadoras entre o Estado e a sociedade, sendo que as políticas sociais públicas são um dos instrumentos da manutenção da ordem capitalista e articulam-se à política econômica (Salum, 1998:7).

Os depoimentos dos moradores entrevistados para este estudo atribuíram ao Estado a responsabilidade pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem estar social. Trata-se de uma concepção próxima a do Estado de bem-estar social, do Estado provedor que garante os serviços, que predominou principalmente em países da Europa Ocidental e da América do Norte entre os anos 1920 e 1970, em contraposição à concepção dominante do modelo liberal. Neste a sociedade é compreendida como a soma das ações individuais, capazes de gerar o bem-estar geral e no qual as ações do Estado, no âmbito da sociedade política, são voltadas prioritariamente para “proteger a propriedade e cuidar para que as relações mercantis transcorram de forma ordenada”

(Toledo, 1997: 73). O liberalismo pressupõe que o equilíbrio entre o crescimento econômico e a ordem social pode ser conseguido espontaneamente, sob a égide das leis do livre mercado.

O Estado social capitalista foi fruto do fracasso do liberalismo em sustentar seus pressupostos na reprodução do capital e também “das lutas sociais e políticas do século XIX e princípios do XX”. Propôs a redifinição das relações do Estado, no âmbito da sociedade civil e da política, com ações de intervenção na economia e de legalização das relações entre capital e trabalho e das organizações dos trabalhadores. “Em síntese, o Estado social é, em parte, investidor econômico, em parte regulador da economia e dos conflitos, mas também Estado benfeitor que procura conciliar crescimento econômico com legitimidade da ordem social” (Toledo, 1997: 75).

Desta forma, o Estado de bem-estar social colocou-se como mediador entre o capital e o trabalho, conciliando a acumulação do capital “com a legitimidade da ordem social, inscrevendo a política pública de saúde como um dos componentes básicos da seguridade social” (Salum, 1998: 1).

Pode-se dizer que o Brasil nem chegou a constituir-se como Estado de bem-estar social. À época em que este já se encontrava em avançado processo de transição para o modelo neoliberal nos países em que se constituiu solidamente, o Brasil passava pela transição democrática que foi consolidada com a promulgação da nova Constituição Federal em 1988 e que garantiu “a saúde como um direito universal dos cidadãos e um dever do Estado” (Cohn, 1997: 233).

A Constituição Federal, em seu art. 6 enunciou que a saúde é um direito social e, para garanti-lo, o Estado responsabilizou-se pela implementação do SUS no país (Brasil, 1989).

Os dados empíricos desta pesquisa indicaram que os moradores, ao atribuírem ao Estado a responsabilidade pela garantia dos serviços, apreenderam o conceito de cidadania condizente com os preceitos da Carta Constitucional brasileira de 1988.

No entanto, se no Brasil a década de 1980 foi marcada pela Constituição que ficou conhecida como Cidadã pela sua proposição de ampliação de direitos sociais com fortes traços do Estado de Bem-Estar Social, nessa mesma década nos países de capitalismo central tinha lugar o ajuste estrutural da economia e o Estado desenvolvimentista e interventor foi sendo substituído pelo Estado Mínimo, regulador de mercados e fiscalizador da conduta dos agentes econômicos. Para cumprir essa meta os Estados foram pressionados pelos organismos internacionais financiadores a viabilizar as

privatizações e as novas modalidades de organização de caráter público-privado (Moretto, Pochmann, 2002). Essa proposta de Estado Mínimo determinou uma redefinição dos espaços institucionais geridos pelo poder público (Moretto, Pochmann, 2002).

Queiroz, Salum (2000), baseando-se nas convicções do prof. Wanderlei Guilherme dos Santos, argumentam que esse Estado constituiu-se mínimo “na intervenção e regulamentação do mercado [e] (...) no alcance das políticas sociais, porém é máximo no financiamento e na garantia da acumulação do capital privado (...)”.

As políticas sociais, que deveriam refletir um Estado forte e favorecedor do bem-estar social, favorecem a acumulação capitalista, às custas da privação do bem-estar e da criação de intensa desigualdade social.

Nas diferentes formas de organização do Estado as políticas sociais públicas estão intimamente vinculadas ao encaminhamento do projeto de manutenção da ordem econômica. A mudança de rumo das políticas sociais no Brasil é coerente com um rearranjo - mesmo que tardio, se comparado até com outros países da América do Sul - do núcleo capital / trabalho / Estado, que possibilitou a influência da concepção do modelo neoliberal (Laurell, 1997; Antunes, 2000).

O Estado, de regulador da economia e promotor do bem-estar social, vem diminuindo sua dimensão pública “pela mercantilização de suas políticas e das relações sociais como efeito daquelas” (Sader, 2003: 139). A internacionalização da economia e a desregulamentação estatal tem definido programas econômicos identificados com os objetivos liberais do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial e da Organização do Comércio, organismos internacionais que definem também os limites para os investimentos sociais nacionais (Sader, 2003).

O grande êxito do neoliberalismo tem sido alcançado no âmbito social, político e ideológico, o que não ocorreu no âmbito econômico (Anderson, 2000; Boron, 1999).

Embora tenha criado sociedades marcadamente mais desiguais, “provavelmente nenhuma sabedoria convencional conseguiu um predomínio tão abrangente desde o início do século como o neoliberal hoje” (Anderson, 2000: 23). Em que pese seus opositores, a ideologia do neoliberalismo tornou-se então senso comum, uma vez que são as relações de produção que exercem o papel determinante, em última instância, da dinâmica da superestrutura (Direito, Estado, Ideologias) (Althusser, 1999). Assim, foram as relações de exploração capitalista norteadas pelo projeto neoliberal que passaram a balizar e induzir a aplicação do Direito, a medida da presença do Estado,

bem como onde ele deveria estar presente, e as Ideologias que garantiriam a adesão a esse projeto.

Esse sucesso ideológico e cultural do neoliberalismo, segundo Boron (1999), manifesta-se em quatro dimensões. A primeira delas refere-se:

a) a avassaladora tendência à mercantilização de direitos e prerrogativas conquistadas pelas classes populares (...) convertidos agora em “bens” ou “serviços” adquiríveis no mercado. A saúde, a educação e a seguridade social, por exemplo, deixaram de ser componentes inalienáveis dos direitos de cidadão e se transformaram em simples mercadorias intercambiadas entre “fornecedores” e compradores à margem de toda estipulação política (Boron, 1999: 9).

Nos dados empíricos coletados entre os moradores da Vila Dalva foi assinalada a ausência do Estado na garantia do ensino e da atenção à saúde com qualidade, bem como a piora dos serviços como consequência da crescente privatização desses setores.

Essa avaliação crítica é consonante com essa primeira dimensão na qual o neoliberalismo se enraiza, descrita acima por Boron (1999). Uma Segunda dimensão diz respeito ao:

b) deslocamento do equilíbrio entre mercados e estado, (...) fenômeno objetivo (...) reforçado (...) no terreno ideológico que “satanizou” o estado (...). Potentes definições culturais [foram] solidamente arraigadas na população, [associando] o estatal com o mau e o ineficiente e os mercados com o bom e o eficiente (Boron, 1999: 10).

Reiterando essa afirmação, nos dados empíricos coletados entre os moradores da Vila Dalva encontrou-se depoimentos afirmando que somente recorre ao setor público quem não pode pagar pelos serviços privados, os que não têm outra possibilidade de escolha. Foi expresso também o descrédito nas instituições públicas, em virtude da falta de controle e da ausência de processos de avaliação e de monitoramento, por parte do Estado, do acesso e da efetividade dos serviços. A terceira dimensão, por sua vez, decorre da:

c) criação de um “senso comum” neoliberal, (...) que penetra muito profundamente no chão das crenças populares (...). Este conformismo também se exprime no terreno mais elaborado das teorias econômica e sociais, [o chamado] ‘pensamento único’ ” (Boron, 1999: 10).

Consonante com essa terceira dimensão na qual o neoliberalismo se consolida, encontrou-se nos depoimentos de representantes das instituições localizadas em espaços de plena inserção social do território foi possível constatar a ausência do Estado na garantia do acesso aos direitos que deveriam ser universais. No entanto, essa ausência foi compreendida por esses depoentes como natural, uma vez que acreditam que a ação do Estado deve incidir sobre os pobres, numa clara identificação com a concepção de focalização das políticas sociais do modelo neoliberal.

Por último, a quarta dimensão diz respeito ao “convencimento” de

d) (...) amplísimos setores das sociedades capitalistas – e a quase totalidade de suas elites políticas – de que não existe outra alternativa (...) [e rejeita todo discurso] que se atreva a dizer que a sociedade pode se organizar de outra maneira (Boron, 1999: 10-1).

Coerentes com esse encaminhamento de lógica neoliberal, os trabalhadores da UBS Vila Dalva atribuíram ao Estado a responsabilidade pela implementação de ações voltadas para os pobres, numa identificação com a focalização proposta pela concepção neoliberal. É possível que tenham essa visão porque, na condição de representantes do Estado, são legitimadores da política pública.

Estão numa encruzilhada entre a legitimação deste Estado, que favorece o mercado, e a impossibilidade de deixar de ler a realidade dos moradores do bairro, o que os coloca numa posição de impotência e inoperância frente a proteção social presente no texto da Constituição Federal.

A população sente e verbaliza claramente esse afastamento do Estado, enquanto o discurso dos trabalhadores é dúbio, porque estão numa posição dúbia, estão numa instituição representativa de um Estado que não é protetor - embora tenha um discurso de proteção social, e que culpabiliza os trabalhadores pela ineficiência dos serviços, embora tenha operacionalizado manobras de “satanização” (Boron, 1999) das instituições públicas.

Quanto aos depoentes que representam o Estado, os trabalhadores da UBS, estes novamente se restringiram a tecer considerações a respeito dos moradores socialmente menos inseridos desse território, reiterando a lógica da política neoliberal vigente de focalização das ações do Estado para os que não podem comprar no mercado privado a satisfação das suas necessidades.

Apreendeu-se nos depoimentos dos trabalhadores da saúde um discurso descomprometido com a universalidade proposta pelo SUS, numa aparente legitimação

da prática do Estado. No entanto, foi também pontuada a ausência do Estado na garantia de acesso a serviços públicos, até mesmo para essa população a quem se destinam as políticas de focalização.

Embora os depoimentos não tivessem uma conotação crítica, pode-se inferir que no cotidiano do trabalho esses trabalhadores vivenciem a contradição existente entre serem trabalhadores sociais num Estado em que o investimento em causas sociais foi sendo progressivamente esvaziado.

Bourdieu (1998: 10) faz a oposição entre essas duas posições nominando-as de “a mão esquerda do Estado” – os trabalhadores sociais, “os gastadores” e de “a mão direita do Estado” – os “burocratas do ministério das Finanças, dos bancos públicos ou privados e dos gabinetes ministeriais”, que não querem “pagar o preço” e que estão a serviço da reprodução do capital.

Segundo a interpretação de Bourdieu (1998: 10), o mal-estar dos “trabalhadores sociais” reside no fato da “mão direita do Estado” de fato não se importar e nem querer saber o que faz a “mão esquerda” e também no fato desses trabalhadores estarem na

linha de frente, para desempenhar ações ditas “sociais” e suprir as insuficiências mais intoleráveis da lógica do mercado, sem que lhes sejam dados os meios de cumprir verdadeiramente a sua missão. Como não teriam eles a impressão de ser constantemente iludidos ou desautorizados? (Bourdieu, 1998: 11).

Justifica-se desta forma a encruzilhada em que se encontram os trabalhadores, expressa por um descontentamento evidente, que inclui mas vai muito além das questões salariais, que em si já demonstra o valor que o Estado atribui a eles e ao seu trabalho, uma vez que “o desprezo por uma função se traduz primeiro na remuneração mais ou menos irrisória que lhe é atribuída” (Bourdieu, 1998: 11).

Os discursos ilustraram como esse esgarçamento do tecido social vem conformando a dinâmica da vida das pessoas que ocupam o território de abrangência da UBS Vila Dalva, a partir da sua inserção na reprodução social.

Os dados que caracterizam a inserção dos moradores na reprodução social apontaram que a mesma ausência do Estado que marcou o início da formação do bairro continua presente, marcando a vida de grande parte dos moradores pela falta de garantia de acesso a direitos, característica da periferização no processo de urbanização da cidade de São Paulo.

Na cidade de São Paulo é muito evidente a separação das classes sociais na conformação do espaço urbano e é tomado como natural o fato dos pobres ocuparem as bordas da cidade, a periferia. No entanto, a cidade nem sempre teve essa configuração.

Esse padrão periférico teve início com o crescimento da industrialização, a partir da década de 1940, que aprofundou “a divisão social do trabalho” (Sposatti, 2001: 68) e como decorrência ampliou o distanciamento entre os perfis de reprodução social dos diferentes grupos sociais.

Tomou-se neste estudo perfil de reprodução social como

o conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam (Campaña, 1997:133).

A ocupação de espaços mais distantes do centro da cidade passou a ser feita inicialmente pelos operários, que passaram a morar nas vilas operárias, ao redor da fábrica, para reduzir os custos do setor industrial. Aos poucos esses trabalhadores foram espalhando suas residências em outros pontos da periferia. Esse deslocamento ocorreu com a intensificação do transporte por ônibus, que facilitou o deslocamento das pessoas e que também determinou a desapropriação de inúmeras construções para abertura de ruas e avenidas, incentivando a especulação imobiliária e a elevação nos preços do aluguel e dos terrenos mais centrais, expulsando a população de baixa renda para a periferia (Santos, 1992).

A periferação deu-se entre o final dos anos 1940 e o ano de 1964, período em que foi incentivada a compra de terrenos a baixos preços em loteamentos periféricos, sem infra-estrutura, e a “autoconstrução”, sem controle e fiscalização sobre a expansão urbana. Santos (1992) citou o descaso do governador Ademar de Barros em 1947, ao dizer aos pobres – “podem construir suas casas sem planta que a prefeitura fecha os olhos”.

Ao final desse período o país estava sob o governo da ditadura militar e já não havia mais nenhum interesse no pacto popular. Segundo Santos (1992), uma conjunção de fatores ocasionou o esgotamento da ocupação periférica através da auto-construção em loteamentos clandestinos e exacerbou-se a pauperização da classe-que-vive do trabalho, tendo como consequência o aumento sem precedentes da favelização da periferia.

Esse foi o processo que deu origem à Vila Dalva. Os dados apontaram que o bairro teve início a partir do loteamento de terras de um proprietário que tinha duas filhas, Dalva e Adalgisa, daí o seu nome. Há cerca de 53 anos não existia favela no bairro, que contava com umas 13 casas espalhadas pelo seu território. Já há aproximadamente 25 anos a forma possível das pessoas estabelecerem-se no bairro foi colocando a habitação possível em terrenos invadidos da prefeitura, constituindo a favela da Vila Dalva.

A periferia não é, portanto, um fenômeno natural, é algo que foi forjado no seio da desigualdade, é produto do que Sposatti (2001: 92) denominou “urbanismo da apartação”, que determina aos que são empurrados para as franjas da cidade a sobrevivência “em espaços que não são cidade”, marcados “pela falta de planejamento”, pela “inexistente presença do Estado”.

O que deu início à periferização já foi a ausência de um Estado legitimador dos direitos sociais, situação que foi se agudizando cada vez mais com a globalização da economia.

No material empírico foram descritas as dificuldades advindas do perfil de reprodução social que predomina no bairro, aflorando necessidades das famílias e grupos que lhes correspondem. O índice de desemprego é alto e o acesso a alguma atividade para prover necessidades de sobrevivência, mesmo no mercado informal, é difícil. Como decorrência, é alto o número de famílias que sobrevivem através da caridade que lhes é prestada.

Esse quadro de precarização no perfil de reprodução social de grande parte dos moradores do bairro, mostrado pelos dados, é o mesmo que descreveu Sader (2003), ao identificar que as consequências da relação entre capital e trabalho na contemporaneidade são a terceirização, o trabalho precário, o trabalho doméstico, o trabalho infantil e a remuneração da força de trabalho abaixo de seu valor. A transferência de grande parte da classe-que-vive-do-trabalho para o desemprego, para a economia informal e para o setor de serviços (cerca de 60% da população submete-se à precariedade do trabalho informal) e a expropriação de direitos dos trabalhadores, produziram uma ruptura entre o mercado de consumo popular e o da alta esfera de consumo.

O material empírico evidenciou ainda as diferentes alternativas que os moradores recorrem para suprir a ausência do Estado na garantia de direitos. A compensação desse déficit nas atribuições do Estado tem sido feita, por um lado, através da organização da sociedade civil em grupos que se constituem como instituições para a realização de

ações que não suprem, mas tentam fazer as vezes de instituições do Estado. Por outro lado, através da compra dos serviços na iniciativa privada e outras vezes no próprio serviço público.

Esses mecanismos utilizados pelos moradores como resposta ao déficit de atendimento das suas demandas por serviços públicos mais universais demonstram que a população está respondendo a contento aos princípios da ideologia neoliberal do Estado mínimo para os encargos sociais, calcada na justificativa da falta de recursos dos municípios e da crise financeira do Estado. À medida que os governos de orientação neoliberal imprimem a diminuição dos encargos sociais, vão automaticamente transferindo a responsabilidade “às instâncias locais, ao mercado e à sociedade” (Carvalho, 1998: 11).

Os dados também indicaram a falta de acesso de parte da população a saneamento básico e serviços públicos de qualidade.

Desta forma, representantes das instituições localizadas em espaços de plena inserção social declararam suprir a ausência do Estado comprando serviços de saúde, educação e segurança no mercado de serviços privados e até mesmo serviços de saneamento.

Já os representantes das demais instituições, localizadas no espaço de inserção social mais precária do bairro, frente à impossibilidade de consumo, organizaram-se para responder a algumas dessas demandas que deveriam constituir a finalidade de instituições representativas do Estado, como é o caso da educação, da saúde e da segurança pública.

Grande parte das 14 instituições da sociedade civil mapeadas na área de abrangência da UBS constituiu-se a partir da mobilização da sociedade civil para dar respostas a problemas da população como, por exemplo, a instituição criada para suprir o déficit de vagas na educação pública e o da inserção no mercado de trabalho dos jovens que, naquele território, foram ficando à margem das agências de socialização e aderindo a práticas ilegais. Outro grupo de moradores organizou-se para manter “uma certa ordem no bairro”, desde a repressão a pichação de muros, furtos e desordem na rua à noite, até a manutenção da pintura e da ordem em prédio público. Foi também descrita a organização e o desenvolvimento de atividade de cuidados à saúde por outra instituição da sociedade civil, a partir da ausência da resposta às necessidades não atendidas pelos serviços públicos de saúde.

Ainda no âmbito da saúde, uma das instituições implementou ações de atenção básica em saúde, tais como prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis em jovens, cursos para prevenção de acidentes domésticos e outras atividades de âmbito intersetorial, para suprir a inoperância da UBS no aprimoramento das condições de saúde dos moradores.

Trata-se da reinvenção do Estado, de que este “se concentre na formulação e na avaliação de políticas públicas e não em sua implementação”, que deve ficar a cargo de “organizações não-governamentais ou empresas, de forma descentralizada” (Moretto, Pochmann, 2002: 53).

Essas ações tem sido então executadas pelos próprios demandatários, o que, segundo Gohn (2002: 315), tem representado uma mudança radical no paradigma da ação social coletiva. Essa atuação não se estrutura como movimento social, a execução das ações passa a ser articulada em grupos organizados, a partir de projetos, propostas de soluções, estratégias de execução das ações demandadas e o poder público passa a ser o “agente repassador de recursos”.

Na área de abrangência da UBS Vila Dalva, os grupos que se organizaram não se configuram como movimentos sociais e a esmagadora maioria deles não recebe qualquer tipo de recurso financeiro do poder público.

Apreendeu-se que a participação social da população da Vila Dalva tem sido muito menos a participação política nas decisões e muito mais a participação emanada do vácuo criado pela insuficiência dos serviços públicos em responder as necessidades da população. Assim constituída, a participação social é característica dos atuais tempos de economia globalizada.

Analisando os diferentes contextos sociais que determinaram diferenças nas características de participação dos movimentos sociais no Brasil, Gohn (2002: 313) identificou que na década de 1980 - anos de transição democrática - os movimentos “eram interlocutores privilegiados do Estado”, que buscava legitimar sua imagem de não repressor. Já na década de 1990 o Estado pôde prescindir dos movimentos sociais para essa legitimação, ou para “aparentar ser democrático”. Foi também a partir dessa década que a participação dos movimentos sociais passou a refletir as ingerências das políticas de ajuste vigentes no país.

Como decorrência da precarização nas condições de reprodução social dos grupos sociais, as reivindicações populares até então “centradas em questões de infra-estrutura básica

ligadas ao consumo coletivo (...), [tiveram seu eixo deslocado para as questões] relativas à sobrevivência física dos indivíduos, objetivando garantir um suporte mínimo de mercadorias para o consumo individual de alimento (...) ou terra para produzi-lo” Gohn (2002: 309).

Como consequência do rearranjo do Estado, que se tornou mínimo na implementação de políticas sociais, a década de 1990 foi frutífera para a multiplicação e fortalecimento das organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias “implementadas pelo poder público, particularmente no âmbito do poder local” (Gohn, 2002: 309).

Essa autora apontou também a eclosão de lutas sociais mobilizadas pelas camadas médias da população, decorrentes da indignação com “a ausência de ética na política e a agressão a certos valores consensuais da sociedade” em relação à gestão do espaço público (Gohn, 2002: 309).

Foi nesse contexto que a participação social dos moradores da Vila Dalva tomou essa conformação mais centrada nos grupos organizados para responder as demandas sociais originárias da retirada do Estado na resposta a elas.

Assim, a retirada do Estado da gestão do espaço público foi também definindo o lugar das ações que respondem ao bem estar social. No embate entre o espaço público e o privado, a participação política ficou delimitada e circunscrita ao âmbito privado das organizações e dos grupos organizados, espaços onde primordialmente se desenvolvem ações focalizadas para os pobres que, por sua vez, assumem o fracasso da sua exclusão do mercado de trabalho, reiterando que as respostas às necessidades de reprodução social devem se dar no plano privado. Os que ficam fora do mercado assumem para si a culpa pela impossibilidade de prover o sustento da família.

O desemprego foi atribuído, em parte, a algum déficit dos indivíduos - faixa etária, estado de origem, pouco tempo de estudo formal, ausência de formação profissional formal, pouco esforço pessoal na busca do trabalho, jogo de sorte e azar ou à metafísica - que os coloca em desvantagem numa situação de concorrência.

Esse posicionamento faz coro à ideologia dominante - da responsabilização da vítima desse modo de produção - que além de atribuir aos indivíduos a culpabilização pela não inserção no mercado de trabalho, ainda atribui a eles a responsabilidade por desenvolver atividades de geração de renda, para que possam inserir-se no mercado de consumo.

Para explicar essa culpabilização e esse mal estar, Bourdieu (1998: 16) atribuiu-os ao que chamou de “retorno ao individualismo” determinado pela concepção que destruiu “a noção de responsabilidade coletiva (nos acidentes de trabalho, na doença ou na miséria)”.

O retorno ao indivíduo é também o que permite “acusar a vítima”, única responsável por sua infelicidade, e lhe pregar a “auto-ajuda”, tudo isso sob o pretexto da necessidade incansavelmente reiterada de diminuir os encargos (...) [sociais] (Bourdieu, 1998: 16 – grifos no original).

Reiteradas vezes diferentes moradores entrevistados atribuíram ao jogo de sorte/azar o fato de conseguirem ou não um bom emprego, conseguirem ou não continuar os estudos, conseguirem ou não a consulta médica no momento em que precisam.

Esse discurso também marca o mecanismo da volta ao individualismo e de acusação da vítima, nos dizeres de Bourdieu (1998), mecanismo esse que segundo Bianchetti (1997: 90-1), atribui à “sorte [e à] decisão individual o volume dos resultados individuais e coletivos”. Ou seja, na atualidade em que “o bem-estar é identificado com o consumo, cada indivíduo tem a possibilidade de adquirir os bens que seu próprio esforço lhe permita”.

Essa exploração da competência individual é a operacionalização do alargamento da esfera privada em detrimento da redução do espaço público.

Conceituando a esfera pública e a esfera privada, pautada em grande parte em Marilena Chauí e Hanna Arendt, Calipo (2002: 32) mostrou que na sua gênese, o espaço público era o espaço do exercício da liberdade, do se mostrar autenticamente ao “expor sua subjetividade, das palavras, dos debates públicos”, do consenso.

Em oposição, o espaço privado era lócus destinado à manutenção individual da vida e à sobrevivência da espécie, o espaço da casa, da família. A premência da vida supera a possibilidade de persuasão, de consenso, ficando portanto justificado no espaço privado, no lar, o uso da força, da violência, da ordem.

Esses espaços, ontologicamente distintos, bem diferenciados, historicamente foram modificando a expressão do projeto social naquelas duas esferas. Assim, com a hegemonia da mercadoria permeando as relações sociais e um projeto de Estado marcadamente associado aos interesses da reprodução do capital, a esfera privada foi se alargando a ponto de se assistir na atualidade a “invasão do espaço público pela intimidade”, com sua conseqüente diminuição (Calipo, 2002: 41).

Os depoimentos dos moradores reiteram a ideologia de responsabilização do indivíduo, que remete para o foro privado a busca pelo emprego e pela satisfação das necessidades de reprodução social, sendo ao indivíduo imputada a competência para perceber e aproveitar as “oportunidades” da sorte.

Nos dados empíricos coletados entre os moradores da Vila Dalva, além da ausência do Estado na garantia do acesso a direitos universais, como o ensino e a atenção à saúde, foi assinalada também a piora da qualidade destes, atribuída à crescente privatização e mercadorização desses serviços.

Moradores avaliaram que se os filhos de professores, diretores das escolas ou de pessoas famosas estudassem em escolas públicas haveria mais poder para se exigir qualidade.

Em discussão acerca da atenção primária em saúde, Schraiber, Mendes-Gonçalves (1996) abordaram essa mesma questão que os moradores da Vila Dalva abordaram da perspectiva da educação: que os serviços, ao desconsiderarem as diferenças sociais da população a que pretendem atingir, criam demandas focalizadas para o segmento da população que tem seus pronunciamentos desconsiderados, uma vez que a possibilidade de reconhecer as necessidades da população tem sido atribuída aos técnicos, aos que detêm o conhecimento - mecanismo a que Marilena Chauí chama de inversão político/técnico do espaço público - que resulta na despolitização e na privatização das discussões de questões que dizem respeito a toda a sociedade (Calipo, 200).

Esse mecanismo de despolitização, produzido pelo desinteresse na participação política da sociedade civil, é a disseminação da ideologia de que os portadores de conhecimento formal

têm poder de mando e direção e os que não (...) [o têm] devem obedecer e executar as tarefas. No plano político, concretiza-se na transferência da decisão política para aqueles que têm conhecimento, e a política passa a ser coisa de especialistas e não de cidadãos (Calipo, 2002: 114).

Desta forma, Schraiber, Mendes-Gonçalves (1996) alertaram que esse procedimento – a “inversão político/técnico”, termo utilizado por Calipo (2002:113), - reitera e mantém as pessoas na mesma condição social, inviabilizando o papel potencializador de aprimoramento das condições de vida que devem ter as práticas sociais.

Nessa condição haverá uma reprodução da vida social em que são mantidas as formulações já existentes, cujos valores foram dominantes quanto à estruturação desse modo de viver, inviabilizando a busca por formas alternativas de vida ou até mesmo a criatividade do pensar reformador. (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996: 31).

Essa diminuição da esfera do “compartilhamento e da publicidade às custas da unilateralidade e segredo das decisões” (Calipo, 2002: 36), somada ao projeto que o Estado vem imprimindo, deslocado da finalidade de promover o bem comum a todos os cidadãos, que enaltece os serviços públicos pela sua ineficiência e inoperância, gera um descrédito, por parte da população, no Estado.

Comentando essa “crise de confiança no Estado e no bem público”, que permeia a sociedade civil, Bourdieu (1998: 13) explicita como se constitui essa reação, afirmando que:

o cidadão, sentindo-se repellido para fora do Estado (que, no fundo, não lhe pede nada, além das contribuições materiais obrigatórias, e principalmente não solicita devotamento nem entusiasmo), repele ao Estado, tratando-o como uma potência estrangeira que ele utiliza do melhor modo para os seus interesses.

Esse é outro processo que produz o desinteresse na participação política e consequentemente diminui a expressão do conflito social.

Calipo (2002: 113) mostrou como a “despolitização da sociedade” é um mecanismo, assim como os já assinalados, que leva à privatização da esfera pública. Dada a descrença na ação política, as decisões do que deverá posteriormente ser acatado por todos passam a ser feitas no espaço privado, no âmbito das decisões não consensuais, tomadas por técnicos que legitimarão o projeto do Estado.

Em suma, a diminuição da esfera pública em detrimento da expansão do espaço privado ocorre como resultado da “descrença da ação política e na crença em órgãos burocráticos e hierarquizados para solução dos problemas da coletividade” (Calipo, 2002: 115).

Os dados empíricos mostraram que a população aceita a justificativa técnica e portanto torna-se impotente para tomar a decisão política de reivindicar serviços públicos de qualidade.

Foi atribuída à escola, que é uma agência de socialização fundamental na vida das crianças e jovens, uma contribuição muito pequena no que diz respeito ao seu papel instrumentalizador da inteligência e da crítica e avaliou-se que a educação tem sido abordada de forma descontextualizada e não emancipatória.

Essa avaliação encontra eco na afirmação de Martins (2000: 39), no que diz respeito à escola estar “muito distante do que o jovem quer, do que ele precisa”.

Isso porque a educação pública, como os demais serviços públicos, reproduz a ideologia dominante, conforme afirma Frigotto (2001) ao avaliar que as tendências das

novas propostas educativas que “substituem o conceito de formação humana básica pela noção de competências individuais para o mercado”, são advindas da afinação com o mesmo ideário que apregoa “o desprestígio do coletivo, a ideologia do descartável [e] do ‘fim da história’ ” (Frigotto, 2001: 11 – grifo no original).

Essa falta de qualidade na formação dos jovens, e a falta de perspectiva para o futuro entre eles, atribuída à escola pelos moradores entrevistados, tem bastante coerência com o estudo de Bianchetti (1997) sobre os reflexos da concepção neoliberal nas políticas educacionais, regidas pela lógica do mercado.

Essa lógica reduz a função da escola à formação para o mercado de trabalho, que regulará a escolha dos jovens pela carreira profissional (Bock, 2000). A formação oferecida pelas escolas públicas da Vila Dalva legitima essa lógica e nesse contexto os jovens da Vila Dalva, mesmo finalizando os estudos nas escolas ali existentes, não conseguem inserir-se no mercado de trabalho e passam a viver a insegurança e a falta de perspectivas para o futuro e “difícilmente encontram lugar no núcleo dinâmico do sistema de produção, independentemente de sua qualificação” (Luz, 2001:19).

Também a educação tem sido utilizada para reiterar a ideologia de responsabilização do indivíduo, como mecanismo de despolitização. O acesso a ela tem sido utilizado como artifício para justificar “a existência de desigualdades sociais”, quando o que ocorre “é um problema matemático”, há um número de vagas de empregos que é muito menor do que o de pessoas que precisam ocupá-las. Portanto, a qualificação resolverá o problema individual na concorrência pela mesma vaga, mas nem resvala no problema que é de todos e que está na raiz das desigualdades sociais (Bock, 2000: 14).

Em última instância, pode-se avaliar que também a falta de perspectiva sentida pelos jovens é decorrente da ausência de um Estado que garanta a educação de todos, o direito do acesso à compartilha dos conhecimentos que vêm sendo construídos e a inserção no mercado de trabalho, para que todos possam ter acesso ao que vem sendo produzido para poucos.

Em relação à outra instituição social do Estado, foi apontada a falta de efetividade da UBS. A avaliação dos moradores é que a instituição não tem sido eficiente para aprimorar as condições de saúde dos moradores do território.

Foi unânime a opinião de que o principal motivo da escolha da UBS como primeira escolha no enfrentamento dos problema de saúde é o fato de ser o único recurso existente no bairro, o mais próximo das residências. Outro motivo aludido foi a

impossibilidade de escolha de outro recurso, uma vez que a maioria dos moradores não tem convênios privados, conformando a demanda da UBS. Desta forma, as ações da UBS são dirigidas apenas aos pobres.

No entanto, a legislação do sistema de saúde brasileiro, baseada na Constituição Federal, enuncia que a saúde é um direito social entre outros, é um direito de todos e ao Estado cabe garanti-lo através de políticas públicas e do “acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação” (Brasil, 1989).

Essa aparente incoerência entre a legislação do SUS e a prática realizada pela UBS encontra explicação na pesquisa realizada por Calipo (2002), que mostrou que o ajuste econômico no Brasil, na década de 1990, com a reforma do Estado, redefiniu as funções do setor saúde.

É possível observar a redução da presença do Estado na garantia do direito à saúde no exemplo da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, cujo lema em meados da década de 1990 era “Saúde Direito de Todos, Dever do Estado”. Atualmente o lema é “Saúde Direito de Todos, Responsabilidade da Sociedade” (Calipo, 2002: 1).

Para operacionalizar essa diminuição do Estado,

na área da saúde a reforma do Estado vem se dando com a implantação da Norma Operacional Básica de 1996, a lei que cria as Organizações Sociais e o Programa de Publicização, e a regulamentação dos planos de saúde. Os dois primeiros mecanismos introduzem mudanças na assistência à saúde executada pelo Estado, e a regulamentação dos planos de saúde normatiza os serviços oferecidos pela iniciativa privada (Calipo, 2002: 125).

Os dados empíricos também mostraram que o princípio da universalidade da assistência previsto na legislação do SUS foi ferido, uma vez que não está prevista na UBS nenhum tipo de ação para os ricos.

Diversos estudos apontam na direção dos investimentos do Estado em programas focais para os grupos carentes (Laurell, 1997; Salum, 1998). Calipo (2002) ao analisar a Norma Operacional Básica de 1996 NOB/96, constatou a focalização da assistência à saúde para os que não podem comprar os planos de saúde, especialmente às pessoas acometidas por agravos que as coloca nos chamados grupos de risco, limitando os serviços a umas poucas ações e atividades de saúde para alguns.

A assistência à saúde na UBS Vila Dalva toma os moradores do território como portadores de necessidades naturalmente homogêneas, uma vez que são estratificados a partir da mesma precariedade na inserção social. Assim, torna-se indiferente apropriar-se das características de vida dos moradores, uma vez que não precisam ser levadas em conta na implementação das atividades.

De fato, os dados empíricos mostraram que a quase totalidade dos trabalhadores desconhecia as características dos moradores do território, no tocante a condições de trabalho e vida. As características descritas restringiram-se às condições de vida dos moradores que compunham a demanda específica do trabalhador entrevistado e não estavam pautadas em dados oficiais, identificaram-se com dados do senso comum.

Os depoimentos dos trabalhadores identificaram-se mais com uma narrativa que conta sobre a vida dos moradores do bairro abstratamente e não com uma apropriação dessas características como requisito para a implementação das ações em saúde da UBS. Em outras palavras, não está colocado na finalidade do trabalho da UBS o conhecimento sistematizado dos “perfis epidemiológicos” (Campana, 1997:113) dos grupos sociais do território de abrangência da Unidade.

Embora alguns trabalhadores tivessem informado haver na UBS um levantamento feito a partir de dados do IBGE, somente uma minoria tinha conhecimento deles e todos afirmaram que esses dados, até mesmo os referidos a partir do senso comum, não são utilizados como balizas para organizar a atenção à saúde dessa população na UBS.

De fato as práticas na UBS prescindem do conhecimento das características da população, uma vez que os programas vêm prontos, pré-determinados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal da Saúde, numa clara demonstração de que o Estado prevê ações focalizadas para grupos específicos.

Os dados mostraram que os moradores procuram a UBS na busca de consulta médica e medicação, para minorar seus problemas de saúde, ou seja, recorrem à UBS para o tratamento do que ameaça a saúde. Entre os moradores a saúde foi associada à potência para viver e transformar a vida, enquanto que a doença, seu oposto, à dificuldade ou ao impedimento na realização de atividades produtivas para a manutenção da vida. Essa concepção dos moradores é coerente com o que por muito tempo foi ideologicamente difundido.

A atribuição à saúde de valor primordial da vida foi feita juntamente com a associação entre saúde e a capacidade de trabalhar, de produzir, para responder à

necessidade social advinda do capitalismo nascente e a ciência médica aderiu a esse projeto do capitalismo, disponibilizando corpos – força de trabalho – capacitados a produzir (Mendes Gonçalves, 1992).

Essa concepção, que associa saúde à aptidão para o trabalho, reflete também a dificuldade para manter o corpo saudável, ao menos em condições de desempenhar a atividade que garante a sua sobrevivência. Considerando a precária proteção social oferecida às pessoas pelo Estado, Mandu, Silva (1997: 225) afirmaram que “não estar em condições de trabalhar é efetivamente perder o recurso de que se dispõe, o próprio corpo, para garantir a sobrevivência”.

Com essa concepção de saúde-doença, os dados empíricos advindos dos moradores indicaram que suas condições de vida determinam os agravos à saúde, atribuindo peso determinante às diferenças sociais dos moradores desse território. Assinalaram as dificuldades de gerir o cotidiano para a manutenção da sobrevivência, colocando o trabalho na base da determinação da saúde.

Definiram o trabalho de diferentes maneiras, como a possibilidade de prover materialmente a vida e também como atendimento de necessidades humanas imateriais e associaram o desemprego com a perda do papel de provedor do chefe de família.

De fato o trabalho tem esses atributos mencionados pelos moradores da Vila Dalva pois, além de possibilitar ao indivíduo o consumo por meio do salário recebido, que permite manter a dignidade e o papel de provedor, também possibilita a transformação e a socialização do trabalhador (Mendes Gonçalves, 1992; Antunes, 2000) e a construção da sua identidade a partir do trabalho (Martins, 2000). Ou seja, maciçamente o material empírico dos moradores localizou no âmbito da reprodução social os “potenciais de desgaste” (Queiroz, Salum, 1997) que caracterizam os “perfis de saúde-doença” (Campanha, 1997: 133) dos moradores do território. Essa concepção está claramente identificada com a teoria da determinação social do processo saúde-doença.

Por sua vez, os dados referentes aos trabalhadores mostraram que é majoritária a compreensão de saúde-doença como resultante da possibilidade de acesso a vários fatores, cujo desequilíbrio resulta em doença. Ou seja, a compreensão da causação do processo saúde-doença que rege as práticas dos trabalhadores da UBS aproxima-se da teoria da multicausalidade.

Entre os trabalhadores a concepção de saúde associada à potência para o trabalho foi apontada, porém majoritariamente saúde foi associada ao bom funcionamento físico

e psíquico do corpo. Essa associação identifica-se com a abordagem funcionalista da saúde, que prevê um dado padrão de normalidade, definido pela medicina, atingido pela capacidade individual de se adaptar às condições do ambiente e de adotar comportamentos saudáveis (Stotz, 1991).

Uma vez que os dados apontaram para uma compreensão da causação do processo saúde-doença mais ampliada entre os moradores, parece contraditório que busquem a UBS para a intervenção restrita ao resultado do processo – à doença. No entanto essa demanda dos moradores é coerente com o que o serviço oferece-lhe como resposta.

Esse fato é explicado pela consubstancialidade e reciprocidade existente entre o que se demanda da unidade de saúde e o trabalho em saúde. Pode-se afirmar que o modo de organizar o trabalho em saúde influencia a maneira como são reconhecidas e engendradas as necessidades de saúde dos moradores e por isso parte significativa da demanda é induzida pelo produto dos processos de trabalho da UBS. Dito de outro modo, as intervenções em saúde são respostas às necessidades de saúde, mas também são instauradoras de necessidades de saúde (Mendes-Gonçalves, 1992; Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996).

Com isso, pode-se afirmar que a UBS Vila Dalva tem oferecido à população do território primordialmente a consulta médica como resposta às suas necessidades de saúde, o que justifica o fato da população tomar a UBS quase que exclusivamente como local para o atendimento de doenças, especialmente pelos médicos.

Os dados indicaram ainda que as ações da UBS mais reconhecidas foram as campanhas – na vigência de epidemias – e a vacinação, o que significa que a UBS também toma como objeto da assistência o coletivo dos moradores, considerados como a soma de pessoas, como um grupo portador de necessidades homogêneas, à medida que as campanhas têm diretrizes indicadas independentemente das características dos moradores do território.

Assim, existe uma distorção entre o objeto das práticas da UBS e aquele da Saúde Coletiva, qual seja, aperfeiçoar os perfis epidemiológicos dos grupos sociais que compõem o território de abrangência da UBS, justificando-se desta forma o que apontaram os dados empíricos, a pouca efetividade a UBS em cumprir esse intento, contribuindo muito pouco para melhorar as condições de saúde dos moradores.

Uma vez que ao processo de trabalho, na sua dimensão operacional, é imprescindível uma consistência entre seus elementos constitutivos: objeto, finalidade,

instrumentos e a ação dos agentes do trabalho – “para que o processo possa efetivamente objetivar-se em um produto” (Mendes Gonçalves, 1992: 45), o que os dados empíricos apontaram é uma coerência entre o que a UBS toma como objeto da assistência e os instrumentos que utiliza para operar a transformação do objeto em direção ao produto da ação, quais sejam: a consulta individual, primordialmente a consulta médica e a medicação, as campanhas e a vacinação.

O reconhecimento desses instrumentos não é casual, coaduna-se com o processo de redução da amplitude das ações de saúde, proposta pela NOB/96 e pela Portaria n. 3.925/98 (Calipo, 2002). Tal redefinição instaura processos de trabalho distintos. Um deles, constituído por ações das vigilâncias epidemiológica e sanitária, é definido para toda a população. Outro, que toma como objeto de assistência os grupos específicos, resume-se a algumas ações programáticas:

“Crianças menores de 5 anos – aleitamento materno, imunização, nutrição, controle de doenças respiratórias agudas, combate às doenças diarreicas. Até os 14 anos as ações são dirigidas ao controle do crescimento e desenvolvimento e prevenção de cáries dentárias. Às mulheres as ações são dirigidas ao pré natal, puerpério e prevenção de câncer de mama e cérvico uterino. Ao homem adulto ações básicas aos acidentados e portadores de agravos causados pelo trabalho e notificação dos agravos e riscos relacionados ao trabalho. Os programas são os dirigidos à tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial sistêmica e diabete mellitus. Aos idosos são previstas ações para prevenção de quedas e incentivo aos grupos de auto-ajuda” (Calipo 2002: 111-2).

Os programas são prescritos pelos técnicos do Sistema de Atendimento à Saúde do Ministério da Saúde (Calipo 2002).

Justifica-se desta forma o que apontam os dados empíricos, a pouca efetividade da UBS em melhorar as condições de saúde dos moradores.

Para cumprir esse intento a UBS precisaria tomar como finalidade de suas práticas o aperfeiçoamento dos perfis epidemiológicos dos grupos sociais que compõem o seu território de abrangência e para isso deveria tomá-los como objeto de suas práticas, a começar pelo entendimento de que os perfis saúde-doença dos grupos sociais são configurados a partir dos seus perfis de reprodução social (Laurell, Noriega, 1989; Breilh, Gandra, 1996; Queiroz, Salum, 1996; Campaña, 1997).

Essa associação foi encontrada no material empírico dos moradores, uma vez que os agravos referidos por eles guardam coerência com as características de reprodução social dos moradores dos diferentes setores censitários do território.

Nos setores censitários de maior inserção social do território os agravos referidos foram os decorrentes do processo natural de envelhecimento e os crônico-degenerativos, como câncer, hipertensão e problemas cardiovasculares.

Nos demais, marcados pela precariedade das condições de reprodução social, os dados apontaram mais comumente problemas respiratórios e verminose nas crianças e alcoolismo nos adultos, com aumento do uso de álcool por mulheres, seguidos pelos quadros decorrentes da violência, da hipertensão e da diabetes.

Coerentes com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, os dados empíricos dos moradores apontaram que a forma de inserção dos moradores na reprodução social é o determinante dos agravos que acometem a população, ressaltando especialmente a situação de violência que permeia o bairro.

A dificuldade de inserção no mercado de trabalho foi apontada como fulcro, pois inviabiliza o acesso ao consumo. Essa impossibilidade de consumir mercadorias é tomada como fracasso, pois além daquelas que garantem a vida também há as que alçam os indivíduos, especialmente os jovens, à condição de pertencimento a um determinado grupo, fundamental para a sociabilidade (Martins, 2000) tanto ao grupo de jovens ou dos socialmente incluídos.

Combinada a essa incapacidade de consumo, é estimulada a capacidade de consumir mercadorias. As pesquisas de publicidade buscam descobrir o melhor meio de atingir os consumidores, para que consumam mais e os jovens têm sido vistos como alvo do consumo, uma vez que buscam o “prazer a todo instante, e o consumo imediato também é uma maneira de alcançar prazer” (Bock, 2000: 15).

A esses ingredientes soma-se o mecanismo ideológico do individualismo, que acarreta a assunção pelo indivíduo da responsabilidade pelo sucesso ou pela sorte, como bem mostrou Bianchetti (1997), na realização de seu desejo de consumo. Esses são, em grande parte, os ingredientes responsáveis por alçarem o jovem à ilegalidade e a medirem o valor de sua vida através da realização do desejo de possuir mercadorias.

Os dados relativos aos agravos das crianças indicaram como determinante as condições das moradias, que são pequenas, sem ventilação e sem infra-estrutura de saneamento básico.

Quanto ao alcoolismo, os dados apontaram como determinante entre os homens a falta de perspectivas ocasionada pelo desemprego, que abala a dignidade do homem ao perder o papel de provedor da família. Foram relatados casos de depressão e de tentativas de suicídio associados à dificuldade de reinserção no mercado de trabalho.

Entre as mulheres o determinante do alcoolismo foi atribuído aos problemas que enfrentam para manter a casa, pois é alto o número de mulheres que são o arrimo da família, porque criam os filhos sozinhas ou porque os maridos estão desempregados e as mulheres conseguem, embora recebam menos que os homens, inserir-se em serviços domésticos. Mandu, Silva (1997: 225) apontaram em estudo empírico com mulheres de características semelhantes de reprodução social, que saúde para essas mulheres é sinônimo de “ter coragem e disposição para tudo (...) [pois o seu cotidiano] lhes impõem dura rotina: ser mãe, mulher, trabalhadora, vivendo e fazendo sobreviver a sua família”.

Os dados empíricos mostraram que na UBS os diagnósticos dos agravos que acometem a demanda espontânea da Unidade são clínicos e realizados pelos médicos, ou seja, são restritos ao recorte da sintomatologia biopsíquica.

De fato, entre os trabalhadores da UBS foi referido que o agravo que mais acomete os adultos é a hipertensão, seguida pela diabetes, refletindo a idéia de senso comum, ideologicamente produzida, induzida pela circularidade existente entre o trabalho da Unidade de saúde e a demanda por serviço. A atenção à hipertensão e à diabetes é instaurada a partir da obrigatoriedade da implantação de programas financiados pelo Ministério da Saúde, conformando assim a demanda por esse atendimento nos serviços de saúde, não necessariamente a mais necessária para o território. Provavelmente essa é uma das maiores demandas das UBSs, ao lado da demanda por pré-natal e vacinação, programas indicados pela NOB 96.

Mesmo com sua atuação reduzida às consultas médicas e aos programas, a assistência na UBS foi apontada como pouco efetiva, não respondendo às necessidades da população. A começar pela entrada no serviço, cujo critério de admissão para o atendimento foi definido pela população como um jogo de sorte e de azar, refletindo por um lado a desorganização do serviço de saúde, que não oferece uma rotina segura e confiável de acolhimento da pessoa que o procura e, por outro, o mecanismo anteriormente citado por Bianchetti (1997) e por Bourdieu (1998), da volta ao individualismo, que atribui à sorte e ao empenho individual a possibilidade de sucesso na obtenção de bens de consumo (materiais ou não).

A inserção no atendimento fica muito dificultada, pois a unidade só garante o atendimento dos moradores que tiverem suas consultas previamente agendadas, e os agendamentos não contemplam toda a demanda que procura a Unidade, conformada que foi pelo resumido cardápio de ações oferecidas.

Parte da decisão de quem será atendido naquele dia, mesmo sem agendamento prévio fica a cargo dos trabalhadores da recepção da UBS, que geralmente não têm formação e nem são qualificados pelos outros trabalhadores da Unidade para realizarem tal tarefa. Justifica-se desta forma a atribuição de “sorte ou de azar” como critério de atendimento na Unidade.

Embora o agendamento seja utilizado na Unidade para limitar numericamente os atendimentos individuais dos trabalhadores, os moradores citaram mecanismos instituídos por eles para suplantar a dificuldade de acesso às consultas médicas na UBS. Alguns moradores referiram solicitar a outras instituições da sociedade civil, com influência na UBS, para que intercedessem para burlar a regra do agendamento prévio. Outros moradores informaram que aprenderam o que se configura como atendimento de emergência na UBS e conseguem “consultas de encaixe”. Quando não conseguem ser atendidos na Unidade recorrem à cultura popular, pedem remédio para o vizinho ou compram na farmácia, quando têm dinheiro.

Foram indicadas pelos moradores outras limitações que impedem a efetividade da assistência na UBS.

Além das dificuldades relativas à inserção no atendimento, também foram relatadas as atinentes questões à resolubilidade da assistência, atribuídas à insuficiência de recursos materiais e de agentes do trabalho e à necessidade de atendimento mais competente pelos trabalhadores.

Discutindo a possibilidade de reestruturação dos processos de trabalho na produção de serviços em saúde da perspectiva dos instrumentos de trabalho, Merhy (2000: 116) afirmou que a interlocução que se estabelece entre o trabalhador e o usuário no momento do trabalho resulta de um projeto que é o “encontro de vários interesses sociais sob a forma das necessidades de saúde”, entre os quais os das indústrias de equipamentos e de medicamentos, dos governantes e dos grupos sociais.

A lógica de produção capitalista que visa a acumulação do capital, ao permear o setor saúde, reestrutura a produção de serviços privilegiando projetos que defendem os interesses do capital.

Tal reestruturação repercute nos processos de trabalho por meio de projetos terapêuticos que controlam a incorporação de tecnologias de alto custo, centradas em

modalidades de baixo custo para a produção dos atos de saúde (...), [não estabelecendo] compromisso com a eficácia e efetividade, em torno das necessidades dos usuários, mas sim com modalidades simplificadas (...) [de onde advém] um movimento consumista do usuário, como que para compensar a baixa efetividade do mesmo (Merhy, 2000: 114).

Mesmo restrita ao atendimento das doenças, a efetividade da atenção à saúde fica comprometida pela ausência de investimentos em equipamentos. Tampouco se instaura outra possibilidade de atenção que não seja a focada em procedimentos centrados nos equipamentos, dado que os processos de trabalho são instaurados a partir das possibilidades que os instrumentos oferecem.

Os trabalhadores são qualificados tecnicamente para operar equipamentos. São as características do instrumento que determinarão as possibilidades das ações a serem desenvolvidas (Althusser, 1999), limitando as possibilidades dos agentes da ação de criar, de redefinir o objeto a partir de um projeto regido pelas necessidades de saúde.

Mendes Gonçalves (1992: 67-9) mostrou como o projeto da saúde no capitalismo só pode responder efetivamente às necessidades de saúde próprias dessas sociedades – “o controle das doenças e a recuperação dos doentes” - a partir do pleno desenvolvimento de instrumentos de trabalho que permitiram um novo recorte de dois objetos distintos: “a doença como fenômeno coletivo e o corpo biológico individual” como sede da doença.

Os processos de trabalho, ao invés de transformar as necessidades de saúde dos grupos sociais em finalidade, que norteará a apreensão do objeto de trabalho – os perfis epidemiológicos - recorta o objeto a partir dos instrumentos existentes, de tal modo que as ações de saúde ficam restritas às possibilidades dos instrumentos existentes.

Os dados empíricos também mostraram que os moradores atribuem a resolubilidade dos problemas de saúde a outros serviços de saúde, de tal modo que o atendimento efetivo parece ter lugar em outros locais para onde são encaminhados, que não a UBS.

Essa expectativa dos moradores pode ser interpretada mais uma vez pela circularidade existente entre o trabalho e as necessidades em saúde (Mendes-Gonçalves, 1992; Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996), uma vez que os dados também mostraram

que a prática do encaminhamento é comum na UBS, aparecendo nos discursos como a possibilidade de atendimento ao problema de saúde. No discurso dos moradores foi recorrente o fato de que a contribuição da UBS para o aperfeiçoamento de sua saúde é o encaminhamento.

Decorrente disso, pode-se afirmar que a descrença na efetividade da Unidade para resolver os problemas de saúde que levam a população a procurá-la é decorrente da organização da produção e da oferta das ações pela UBS.

Essa constatação faz com que muitos moradores desistam de procurar a Unidade e recorram diretamente ao atendimento do pronto socorro, mesmo em situações mais pertinentes à UBS.

Entre os trabalhadores também foi abordada a baixa efetividade da assistência oferecida pela UBS e foram arrolados como fatores determinantes a insuficiência quantitativa de instrumentos (equipamentos, materiais, medicação, exames) e também de agentes do trabalho, bem como inadequação do espaço físico da UBS. Outro limite mencionado foi o distanciamento que se estabelece nos relacionamentos entre trabalhadores e usuários do serviço, determinado pela falta de envolvimento do trabalhador com as pessoas que procuram a unidade de saúde. Por último foi mencionada a falta de articulação das ações entre os próprios trabalhadores da UBS quanto entre os serviços de diferentes complexidades de atenção. Esses limites levantados pelos trabalhadores se assemelham bastante aos referidos pelos moradores.

À insuficiência quantitativa dos instrumentos somam-se os baixos salários, reflexo do pouco investimento nos serviços sociais públicos. Para Bourdieu (1998: 11) o salário equivale ao valor atribuído ao trabalho e aos trabalhadores. “O desprezo por uma função se traduz primeiro na remuneração mais ou menos irrisória que lhe é atribuída”.

A insuficiência de recursos, inclusive para a contratação de trabalhadores, decorre das políticas de reajuste do Estado, que destina à saúde somente a verba para a implantação de programas oficiais verticais, nem sempre os mais necessários aos municípios. O nível federal descentralizou para os municípios as ações de saúde, mas não executou a “desconcentração dos recursos”, prejudicando os serviços, “sobrecarregando os profissionais de saúde e responsabilizando-os, às vezes de maneira espalhafatosa, pelas falhas resultantes do estrangulamento do sistema de atenção à saúde” (Luz, 2001: 24).

Vale a pena aqui resgatar Boron (1999) que afirma que uma das formas utilizadas pelo Estado para difundir o sucesso ideológico e cultural do neoliberalismo foi a satanização dos serviços públicos, em benefício dos privados.

Assim, a insuficiência de recursos observada pelos dois grupos de entrevistados é coerente com a política social também para a área da saúde.

Neto (2003) atribui o distanciamento que se estabelece nos relacionamentos entre médicos e usuários tanto a diferenças de classe e portanto de poder, quanto à impossibilidade de acompanhar a rapidez e a intensidade do processo de desenvolvimento tecnológico da indústria da saúde, que coloca o trabalhador da saúde numa posição defasada frente às inovações que se apresentam.

Outra questão limitante da efetividade da UBS mencionada pelos trabalhadores foi a falta de articulação entre as ações, tanto dentro da unidade quanto fora dela, com os outros serviços de saúde, o que remete à questão da integralidade da atenção à saúde realizada pela UBS.

Na dimensão interna à Unidade, a integralidade das ações operacionaliza-se a partir da composição dos vários saberes que operam os diferentes trabalhos voltados para apreender e atender as necessidades de saúde trazidas pelo usuário do serviço (Cecílio, 2001).

No espaço singular de cada serviço, a integralidade é o resultado do conjunto de ações parcelares que compõem o processo de trabalho da unidade de saúde, numa composição variável de diferentes trabalhos (Cecílio, 2001) cujo produto deve estar pautado por numa finalidade comum, atender as necessidades de saúde dos moradores daquele dado território para o qual a unidade de saúde é referência.

Ou seja, é necessário que os trabalhadores que compõem a equipe articulem suas ações e que interajam de forma coerente com essa proposta de integralidade da unidade de saúde. Peduzzi (2001: 106) denominou esse arranjo de “equipe integração”, reconhecida por partilhar “um projeto assistencial comum e a comunicação intrínseca ao trabalho”.

No entanto, os dados colhidos entre os trabalhadores evidenciaram que falta à UBS um projeto assistencial norteador da organização e produção das ações realizadas na unidade, para pautar suas práticas. As ações são realizadas a partir do projeto individual de cada trabalhador e não existe articulação entre elas.

Os dados empíricos também mostraram que as reuniões da equipe, espaço legitimado para a construção conjunta de projetos e discussões, têm caráter mais informativo e de atribuição das determinações feitas pelos níveis centrais, geralmente

com o intuito de operacionalizar as determinações do Ministério da Saúde, do que articular a equipe em torno de um projeto comum. Desta forma fica inviabilizada a efetivação da integralidade da atenção internamente à UBS.

Uma segunda dimensão da integralidade diz respeito à articulação entre os diferentes serviços que compõem o processo de produção em saúde e as demais instituições (Cecílio, 2001) da sociedade civil de um determinado território, possibilitando uma conformação em rede das ações intersetoriais, cujo produto deve estar pautado por numa finalidade comum, qual seja, aprimorar as condições de vida dos moradores daquele dado território.

Historicamente os diversos serviços de saúde foram classificados de acordo com os diferentes níveis de atenção que ofereciam, estratificados por patamares crescentes de complexidade tecnológica, de modo a racionalizar os custos do atendimento da demanda por serviços de saúde. À UBS coube o primeiro nível, o da atenção primária, “associada a uma assistência de baixo custo, (...) e quase sempre com poucos equipamentos” (Schraiber, Mendes-Gonçalves, 1996: 34).

A UBS tem reiterado essa associação, à medida em que operacionaliza as ações normatizadas pela NOB 96, pré-determinadas e restritas a uma demanda homogênea, conformada pelo agravo e pela faixa etária, para a qual poucos recursos são previstos.

Como não toma como finalidade o aprimoramento dos perfis epidemiológicos dos moradores do território, a UBS desconhece as necessidades da população, não prevê ações intersetoriais, não efetiva a integralidade, nem mesmo aquela restrita à UBS, inviabilizando a integralidade mais ampliada junto às demais instituições do território. A tarefa de justapor as ações das diversas instituições, de saúde ou não, é atribuída a quem delas precisar, como mostraram os dados.

Partindo da compreensão que o trabalho é conduzido por um projeto que, na atenção à saúde, traduz a disputa dos interesses de vários segmentos sociais (Merhy, 2000), o trabalho em saúde deveria garantir o direito dos grupos sociais no aprimoramento das condições de saúde e vida desses grupos. Para isso o serviço de saúde precisaria favorecer a participação política desses moradores, ampliando dessa forma a esfera pública, o espaço onde os conflitos e o embate entre as diferentes necessidades podem aparecer.

O material empírico mostrou que nesse embate não são privilegiados os direitos dos moradores da área de abrangência da UBS.

A atenção à saúde na Unidade não foi referida como efetiva, pois se resume a umas poucas atividades não resolutivas, dirigidas à demanda espontânea e não incidente nos agravos mais referidos pela população.

No entanto, o projeto do neoliberalismo, utilizando-se de mecanismos ideológicos para a despolitização social como o individualismo e a inversão da “relação político/técnico” (Calipo, 2002: 113), favorece o arrefecimento de conflitos e embates entre necessidades distintas, para que não sejam expressos na esfera pública e fiquem restritos ao espaço privado, privilegiando os interesses de reprodução do capital.

Por isso, afirma Bianchetti (1997: 109),

a desvalorização da política faz parte do ideal neoliberal (...) [e] o conflito social é apresentado como alheio às condições sociais e [como] produto de uma manipulação ideológica dos grupos anti-sistema.

No material empírico, esse caráter ideológico fica evidente quando os moradores que vão à UBS para questionar a organização do serviço são denominados “agitadores do pedaço” ou “folgados [que precisam] de corretivo”. Embora os moradores tenham clareza da pouca efetividade da atenção à saúde implementada pela UBS, suas reivindicações com frequência assumem a feição de queixas individuais, feitas no balcão da recepção. Raras reivindicações atingem as instâncias políticas de participação, o que mostra o mecanismo de despolitização da população.

Os dados não mostraram a participação efetiva dos moradores na gestão da UBS, evidenciando-se que ficam impotentes frente às explicações técnicas de falta de recursos da unidade e restringem-se à solicitação de respostas para suas demandas imediatas.

Como consequência, verifica-se falta de expectativa de mudanças que favorecessem a efetividade da UBS, que não aquelas que dependem do empenho pessoal e da boa vontade dos trabalhadores da unidade de saúde, especialmente a partir da efetivação de ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Esperança de melhora na qualidade dos serviços públicos são atribuídas a eventuais mudanças da atuação do poder central, justificada pelo fato do atual Presidente da República ter sido eleito com grande apoio da população socialmente desinserida.

Os moradores atribuíram ao Estado a responsabilidade pela garantia dos serviços públicos, ou seja, apontaram a necessidade da presença do Estado, à semelhança da

concepção do Estado social que iluminou os preceitos da Carta Constitucional brasileira de 1988 e da Lei 8080 que regulamenta o sistema de saúde no país e que prevê um projeto para a saúde que legitime a publicização dos interesses dos grupos sociais pela via da participação política. Tanto que regulamentou a participação popular por meio dos Conselhos Gestores.

Os Conselhos, segundo Gohn (2001a: 83-4), foram inscritos em lei no país a partir da Constituição de 1988, como espaço para o exercício da cidadania e como instrumento que, em tese possibilita a reordenação das políticas públicas brasileiras, na direção da “democracia participativa”, fazendo a mediação “da relação sociedade/Estado”.

Uma vez que são compostos por representantes do poder público e da sociedade civil organizada, “viabilizam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais e (...) o acesso aos espaços nos quais se tomam as decisões políticas” (Gohn, 2001a: 88).

Ou seja, os Conselhos são espaços instauradores de debates entre os interesses conflitantes dos diferentes grupos que compõem a sociedade, portanto são instrumentos com potencialidade de promover a ampliação da esfera pública.

A criação do Conselho Gestor foi tomada pela população como um interesse da UBS em abrir um canal de participação política para os moradores.

Desta forma, explica-se a concepção de Conselho Gestor apresentada no material empírico. Ela é afinada com os princípios que a instituíram, no contexto de ampliação de direitos sociais prevista na “Constituição Cidadã”.

A criação dos Conselhos Gestores foi um dos requisitos colocados pela legislação brasileira desde 1996 para que recursos federais fossem destinados aos municípios, para serem utilizados na área social, o que explica a criação da maioria dos Conselhos municipais após essa data (Gohn, 2001a).

No entanto, na UBS Vila Dalva o Conselho Gestor tem se configurado mais como espaço para legitimar a organização do trabalho naquela unidade de saúde, característica que se evidenciou desde a sua criação, pois a sua formação foi resposta ao requisito para a implantação do Programa de Saúde da Família naquela UBS. Antes de ser espaço de debate e participação da população na formulação da política pública, o Conselho constituiu-se para legitimar a política pública oficial formulada por técnicos do poder central.

Nas reuniões do Conselho Gestor os representantes dos moradores apresentam queixas relativas à insuficiência do número de médicos e de consultas médicas

oferecidas pela UBS, para as quais recebem explicações técnicas, dadas pelos técnicos, representantes do poder público. Os representantes dos moradores ficam então com a incumbência de fazer ligação e de servir de anteparo entre a população e a equipe da UBS. Ou seja, o Conselho tem sido espaço de “acomodação dos conflitos e de integração dos indivíduos em esquemas definidos previamente” (Gohn, 2001a: 108).

Na sua gênese os Conselhos têm caráter deliberativo, pois são parte do processo de gestão descentralizada e participativa. No entanto, suas ações têm ficado restritas “ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação” (Gohn, 2001a: 88). Essa restrição descaracteriza sua atuação como um instrumento para ampliar a participação política e portanto fortalecer a esfera pública, razão de sua criação como órgão auxiliar da gestão pública, vinculado ao poder Executivo do município (Gohn, 2001a).

Calipo (2002:114) mostrou que embora os Conselhos sejam “órgãos políticos”, à medida que a legislação garante a participação livre e igual de todos os representantes para propor, defender e votar políticas, “estão se transformando em órgãos formais de participação popular”, consequência do processo de despolitização da sociedade, que fortalece a esfera privada.

Portanto, são instâncias que carregam “contraditoriedades e contradições”, conforme avalia Gohn (2001a: 109), para quem a atuação dos Conselhos tem incidido mais

nas esferas do consumo e distribuição de bens, serviços e equipamentos públicos, [mas também] (...) pode interferir na esfera do processo de produção e gestão desses bens e na qualidade dos serviços públicos prestados (...).

Para isso os representantes dos moradores precisam, como sujeitos políticos, introduzir um projeto emancipatório no embate de interesses da sociedade, projeto esse que deve estar pautado nas necessidades dos diferentes grupos que constituem a sociedade, na perspectiva de mudanças sociais, para fazer resistência ao posicionamento do Estado, que responde às necessidades de reprodução do capital.

Verificou-se que, por um lado, os moradores da Vila Dalva foram admitindo com certa naturalidade a ausência de investimentos do Estado nos serviços públicos, processo que deu origem aos mecanismos locais que tomaram para si a responsabilidade de responder parte dos problemas dos moradores. Por outro, eles vêm conquistando a

instrumentalização política para superar o assistencialismo, instituindo a participação social que potencializa a cidadania.

Segundo Marx, os indivíduos constroem coletivamente todos os bens sociais, toda a riqueza material e cultural e todas as instituições sociais e políticas, mas não são capazes – dada a divisão da sociedade em classes antagônicas – de se reapropriarem efetivamente desses bens por eles criados (...) e um dos conceitos que melhor expressa essa reabsorção dos bens sociais pelo conjunto dos cidadãos é (...) o de cidadania. [Portanto tomou-se neste estudo cidadania como] a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado (Coutinho, 2000: 50).

Com outro teor e intencionalidade o conceito de cidadania vem sendo subvertido pelas finalidades do neoliberalismo, reduzido à “inclusão das pessoas ao conjunto dos consumidores, [e esvaziado] do seu significado instituinte, que garante e alarga continuamente o escopo dos direitos, que afirma, acima de tudo, o direito a participar da definição e da gestão de novos direitos” (Carvalho, 1998: 12).

A partir dessa concepção de cidadania verificou-se que, além das ações planejadas para responder às necessidades de caráter emergencial determinadas pela ausência do Estado, também foram implementadas no bairro ações no bairro, decorrentes do fortalecimento da participação política, frutos de projetos emancipadores, com a finalidade de fortalecer a cidadania.

Observou-se ainda a crença na possibilidade de superação da atual organização do serviço por meio da construção de um projeto de trabalhadores e moradores, legitimado pela política pública de saúde, o SUS, e posto acima dos interesses políticos partidários, operacionalizado em processos de trabalho que tenham como objeto as necessidades atinentes aos perfis epidemiológicos dos grupos sociais, para implementar ações coerentes a elas, guiadas pela finalidade de aprimoramento desses perfis.

Como decorrência da circularidade entre os processos de trabalho e a possibilidade de instauração de necessidades, depreendeu-se que as mudanças das ações da UBS serão possíveis e efetivas se essa unidade de saúde instaurar espaços de emergência de necessidades mais ampliadas, que resultem em práticas mais criativas e inovadoras e que tomem como finalidade aprimoramento das condições de vida dessa

população. Para isso a presença do Estado não poderá ser mínima: a mão direita do Estado precisa interessar-se pelo que faz a mão esquerda, como disse Bourdieu (1998), e de fato investir em políticas sociais mais abrangentes, não focalizadas a populações homogêneas, os pobres, cujas necessidades de saúde, também tomadas como homogêneas, resumem-se em não morrer em consequência de hipertensão, diabetes, de doenças imunopreveníveis, de epidemias ou de agravos no período gestacional, para as quais a resposta é homogênea – os programas pré-determinados.

Já se sabe que essa intervenção do Estado tem como finalidade diminuir as taxas de mortalidade exigidas pelas agências internacionais de financiamento, mas não interferem nem na desigualdade que determina os agravos, nem é eficiente para atender os diferentes agravos que acometem a heterogeneidade dos habitantes de um território. “A ideologia da focalização, se avançada no Brasil, que jamais logrou expandir o acesso a todos os serviços e políticas sociais, aponta para a manutenção e reforço de uma cidadania cada vez mais segmentada” (Pochmann, Barbosa, 2004: 3).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do pressuposto que as práticas de saúde estão sendo direcionadas para atender à necessidade de assistência a problemas de saúde, ou seja, para atender ao agravo - a doença instalada no corpo bio-psíquico, o que de fato foi comprovado.

Dessa forma, mostrou-se metodologicamente adequado para responder aos objetivos a que se propôs, na medida em que permitiu apreender do material empírico as categorias que responderam ao objetivos específicos traçados pela pesquisa.

Ao primeiro objetivo – identificar e analisar o que os moradores da área de abrangência de uma UBS reconhecem como necessidades de saúde – respondeu que são reconhecidas pelos moradores como necessidades da presença do Estado, de reprodução social e de participação política.

Ao segundo objetivo - identificar e analisar o que os moradores da área de abrangência de uma unidade que compõe a rede básica de assistência à saúde propõem para responder a essas necessidades – esta pesquisa respondeu que os moradores atribuíram ao Estado a responsabilidade pela garantia dos diversos serviços capazes de promover o bem-estar social, bem como a responsabilidade de se interpor e regular as relações entre capital e trabalho, favorecendo uma reprodução societal regida pelo direito de cidadania.

Para alcançar a cidadania, os moradores identificaram primordialmente a necessidade de trabalho que, para além da sobrevivência, garanta-lhes dignidade, criatividade e sociabilidade, e a necessidade de ampliação da esfera pública, para que as políticas sociais possam ser implementadas por meio da participação política de todos os cidadãos. Essa participação deve permitir o embate dos interesses dos diferentes setores da sociedade, conformando um projeto emancipatório que oponha resistência ao posicionamento do Estado, que privilegia os interesses do capital.

Ao terceiro objetivo - identificar e analisar o que os trabalhadores de uma UBS tomam como objeto do trabalho em saúde, na instauração dos processos de trabalho – este estudo respondeu que as ações da unidade têm sido instauradas para responder a necessidades recortadas por doenças e conduzidas pela lógica da política de focalização da atenção à saúde.

As necessidades de reprodução social de fato configuraram-se nos dados empíricos como necessidades de grupos sociais homogêneos, logo específicas

(distintas) dos diferentes grupos sociais, constituindo-se em diagnóstico próprio da estrutura do modo de produção. Já as necessidades da presença do Estado e de participação política encontram-se no campo superestrutural, no do exercício pela defesa da cidadania e do direito.

A partir deste estudo coloca-se um desafio a ser tomado pela área de Saúde Coletiva, o de superar o recorte operacional das necessidades de saúde, invocando também sua dimensão abstrata, como foi apontado por Stotz (1991). Da perspectiva marxista, essa aproximação permitiria superar a leitura de necessidades de reprodução do modo de produção, para a leitura de necessidades propriamente humanas e de necessidades radicais (Heller, 1986), ou seja, do livre exercício da criatividade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar ZN. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida [dissertação] São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 2001.

Almeida MCP, Mishima SM, Peduzzi M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería. 1999 out 2-7, Florianópolis (SC). Florianópolis: ABEn – Seção – SC; 1999. p. 259-77.

Althusser L. Sobre a reprodução. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P, organizadores. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2000. p.9-23.

Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4ª. ed. São Paulo: Cortez; 1997.

Antunes R. Os sentidos do trabalho. 2ª. ed. São Paulo: Boitempo; 2000.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

Becker HS. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª. ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Bianchetti RG. Modelo neoliberal e políticas educacionais. São Paulo: Cortez; 1997.

Bock SD. Trabalho: a inserção do jovem no mercado de trabalho. In: Abramo HW, Freitas MV, Sposito MP, organizadoras. Juventude em debate. São Paulo: Cortez; 2000. p.11-6.

Boron AA. Os “novos Leviaatãs” e a pólis democrática: neoliberalismo, decomposição estatal e decadência da democracia na América Latina. In: Sader E, Gentili P, organizadores. Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia? Petrópolis: Vozes; 1999. p.7-67.

Bourdieu P. Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas; 1989.

Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: Unesp; 1991.

Breilh J, Granda E. Introdução ao método de investigação epidemiológica. In: Breilh J, Granda E. Saúde na sociedade. São Paulo: Instituto de Saúde; 1996. p.13-31.

Calipo SM. Saúde, Estado e ética - NOB/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde? [dissertação] São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

- Campaña A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB, organizadora. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.115-65.
- Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. Ci Saúde Colet 2003; 8(2): 621-28.
- Campos GWS. Modelo de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. Saúde Deb 1992; 33: 16-9.
- Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Outubro [periódico online] 2002; 6: 115-28. Disponível em <<http://www.revistaoutubro.com.br>> (17 set. 2003)
- Carvalho MCAA. Participação social no Brasil hoje [on line] São Paulo: Pólis; 1998. Disponível em <<http://www.polis.org.br/publicações/papers/1998.2.html>> (10 dez. 2004)
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26
- Centro Brasileiro Para a Infância e Adolescência. Perfil da criança e do adolescente na cidade de São Paulo. São Paulo: Instituto Lidas; 1993. /mimeo/
- Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 4ª. ed. São Paulo: Cortez; 2000.
- Cohn A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p.225-44.
- Coutinho CN. Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez; 2000.
- Demartini ZBF. A questão da análise no processo de pesquisa. In: Lang ABSG, organizadora. Desafios da pesquisa em ciências sociais. São Paulo: CERU; 2001. p.49-72. (Textos. Série 2, n.8).
- Dias EC. Retrato da exclusão. Folha de São Paulo, São Paulo , 2002. Set 22; Caderno 2:1.
- Doyal L, Gough I. A theory of human need. New York: Guilford Press; 1991.
- Dussault G, Souza LE. Gestão de recursos humanos em saúde. Aula no workshop: mapeamento de projetos de pesquisa e intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP/SP; 2000 /mimeo/
- Fleury S. Equidade e reforma sanitária: Brasil. Saúde Deb 1994; 43: 44-52.
- Fleury Teixeira S, organizadora. Reforma Sanitária - em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; 1989.

- Frigotto G, Ciavatta M. Apresentação. In: Frigotto G, Ciavatta M, organizadores. Teoria e educação no labirinto do capital. Rio de Janeiro: Vozes; 2001. p.11-8
- Gil AC. Pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1991.
- Gohn MG. Conselhos Gestores e participação sociopolítica. São Paulo: Cortez; 2001a.
- Gohn MG. História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. 2ª. ed. São Paulo: Loyola; 2001b.
- Gohn MG. Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. 3ª. ed. São Paulo: Loyola; 2002.
- Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1992.
- Heller A. Teoria de las necesidades em Marx. 2ª ed. Barcelona: Península; 1986.
- Heller A. O cotidiano e a história. 4ª. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1992.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em <<http://www.sidra.ibge.gov.br/cgi-bin/prtabl/2000>> (20 nov. 2001)
- Iunes RF. Demanda e demanda em saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília; 1995.
- Lalande A. Vocabulário técnico e crítico da Filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In Nunes ED, organizador. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p. 133-58.
- Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p.151-78
- Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
- Leopardi MT. Necessidades de saúde e cidadania. Texto Contexto Enferm 1992; 1(1): 54-73.
- Lima AMM, Schraiber LB, Castanheira ERL, D'Oliveira AFPL, Nemes MI. Necessidades de saúde e diálogo no desenvolvimento de tecnologias em atenção primária. São Paulo, Faculdade de Medicina da USP; 2000. /mimeo/
- Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 6ª ed. São Paulo: EPU; 2001.

- Luz MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.17-37
- Maître J. Sociologia da ideologia e entrevista não-diretiva. In: Thiollent M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1987.
- Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da enfermagem. Rev Bras Enferm 1999; 52(1): 54-66.
- Mandu ENT, Silva GB. A saúde-doença no olhar de mulheres. Texto Contexto Enferm 1997; 6(1): 219-45.
- Martins HHTS. A juventude no contexto da reestruturação produtiva. In: Abramo HW, Freitas MV, Sposito MP, organizadoras. Juventude em debate. São Paulo: Cortez; 2000. p. 17-40.
- Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das Necessidades de Saúde [dissertação] São Paulo(SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.
- Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
- Marx K, Engels F. A ideologia alemã: I – Feuerbach. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993.
- Melo-Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. Cad Saúde Pública 1995; 11(1): 5-33.
- Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde Cadernos CEFOR, 1 – Série textos /SP, 1992. /mimeo/
- Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ 2000; 6: 109-16.
- Merhy EE, Cecilio LCO, Nogueira Filho RC. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida. Saúde Deb 1991; 33: 83-9.
- Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: Thiollent M. Crítica metodológica, investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis; 1987.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Moretto A, Pochmann M. A estratégia paulistana de inclusão social. In: Pochmann M, organizador. Desenvolvimento, trabalho e solidariedade: novos caminhos para a inclusão social. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2002. p. 21-69.

Neto OC. Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do “mercado da saúde”. *Ci Saúde Colet* 2003; 8(1): 307-8.

Paschoal MA. Relatório sobre a Unidade Básica de Saúde Vila Dalva: Unidade I – avaliação. [Relatório de conclusão do I Curso de Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do SUS/SMS-SP]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP/Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2002. /mimeo/

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(1): 103-9.

Pochmann M, Barbosa AF. Sobre subdesenvolvimento e heranças. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 2004. jan 26; 1:3.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção da Enfermagem em Saúde Coletiva. In: Livro resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996 out, São Paulo (SP). São Paulo: ABEn – Seção – SP, 1996. p.347.

Queiroz VM, Salum MJL. Operacionalizando o conceito de coletivo na releitura da categoria da reprodução social. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1997. /mimeo/

Queiroz VM, Salum MJL. Ensaio para uma nova abordagem em Enfermagem em Saúde Coletiva: resistindo às armadilhas da globalização subordinada e construindo a globalização da solidariedade social em direção à sociedade do tipo novo. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000. /mimeo/

Robinson J, Avis M, Latimer J, Traynor M. *Interdisciplinary perspectives on health policy and practice*. London: Churchill Livingstone; 1999.

Sader, E. *A vingança da história*. São Paulo: Boitempo; 2003.

Salum MJL. Políticas sociais públicas, sua integração no projeto do Estado e a organização dos serviços de saúde. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1998. /mimeo/

Salum MJL, Queiroz VM. A determinação social do processo saúde-doença. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996. /mimeo/

Salum MJL, Queiroz VM, Koganezawa E, Fini A, Faria LM. A construção de perfis epidemiológicos e a responsabilidade da universidade pública na luta pela saúde como direito social. In: Memórias do 8º Congresso Latinoamericano de Medicina Social, e 11º Congresso da Associação Internacional de Políticas de Saúde. 2000 jul 1-7, La Habana (Cuba). CD-ROM

Salum MJL, Queiroz VM, Soares CB. Pesquisa social em saúde: lições gerais de metodologia – a elaboração do plano de pesquisa como momento particular da trajetória teórico-metodológica. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999. /mimeo/

Sanchez ZVDM, Nappo AS. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4): 420-30.

- Santos LM. Expansão urbana da cidade de São Paulo e a segregação sócio-espacial durante o período de 1850 a 1992 [on line]. Disponível em: <<http://www.cefetsp.br/edu/eso/saopaulo.html/1992>> (20 jan. 2004).
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Disponível em: <<http://www.Prefeitura.sp.gov.br/ars/butantã2002>> (17 jan. 2003).
- Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saúde Pública* 1995; 29(1): 63-74.
- Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Silva Jr A. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Sposati A, coordenadora. Um novo olhar sobre a cidade. In: Sposati A. *Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo*. São Paulo: Educ; 1996.
- Sposati A. *A cidade em pedaços*. São Paulo: Brasiliense; 2001.
- Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1991.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância à saúde. *Inf Epid SUS* 1998; 7(2): 7-28.
- Therborn G. As teorias do Estado e seus desafios no fim de século. In: Sader E, Gentili P, organizadores. *Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia?* Petrópolis: Vozes; 1999. p. 79-89.
- Thiollent M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis; 1987.
- Toledo EG. Neoliberalismo e Estado. In: Laurell AC, organizadora. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p.71-89.
- Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.
- Vaitsman J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury S, organizadora. *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; (1992). p.157-73.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro para entrevistas com os moradores

Identificação:

sexo

idade

escolaridade

profissão (formação)

trabalho (nº de horas/semana ou dia)

tempo de residência no bairro

nome da instituição social da qual participa

como foi criada essa instituição?

por que foi criada essa instituição

data de criação da instituição

pessoas envolvidas com a criação da instituição

finalidade do movimento

atividades realizadas

fonte de financiamento da instituição

articulação com órgãos oficiais (municipais, estaduais, federais)

há quanto tempo você participa dessa instituição?

motivos que o (a) levaram a participar dessa instituição

motivação para continuar participando da instituição

participação na instituição: (horas/semana, função, atividades)

Descrição das características da população do território, tendo como referência:

cultura

escolaridade

condições de vida

condições de trabalho

renda

Descrição do modo pelo qual essas características da população foram conhecidas

Descrição de como essas características interferem no desenvolvimento do trabalho desta instituição

De que forma a população participa dessa instituição?

Questões norteadoras da entrevista:

Para os moradores

1. Se o Presidente da República pedisse que você fizesse uma lista do que é preciso para que todos no seu bairro tivessem saúde, quais seriam as coisas mais importantes que você colocaria?
Dessas, qual é a mais importante? Coloque em ordem de prioridade
2. Por que essas coisas estariam em primeiro lugar?
3. Qual é a diferença entre estar com saúde e não estar com saúde? Como se reconhece essa diferença?
4. Quais são os problemas de saúde que os moradores deste bairro apresentam? O que muda na vida das pessoas por causa desses problemas?
5. O que faz com que as pessoas tenham esses problemas de saúde?
6. Frente a esses problemas de saúde, o que os moradores deste bairro fazem para resolvê-los? *(que recursos utilizam? – Solicitar que o entrevistado dê exemplos, conte casos).*
7. Por que os moradores procuram esses recursos?
8. Como a Unidade Básica contribui para a saúde dos moradores do bairro? *(pedir que conte casos em que a UBS contribuiu para a saúde dos moradores)*
9. O que falta na Unidade Básica para melhorar a saúde dos moradores do bairro? Quais são as expectativas de ampliação/modificação dos recursos que faltam?

Roteiro para entrevistas com os trabalhadores da UBS

Identificação do entrevistado:

profissão

sexo

idade

Formação profissional

ano do término da graduação

residência/especialização

área

duração do curso

ano de conclusão

motivos da escolha

formação em saúde pública

motivo da escolha

Formação específica para o atual posto de trabalho:

A Unidade Básica de Saúde

como foi criada essa UBS?

por que foi criada neste lugar?

Posto de trabalho:

início de trabalho nesta UBS

motivos que o (a) levaram a trabalhar nessa UBS

função que ocupa

início de trabalho nesta função atual

motivação para continuar trabalhando nesta UBS

Descrição das atividades de rotina que realiza em uma semana normal de trabalho:

conteúdo

local

modo de realização

finalidades

Descrição das atividades ocasionais/eventuais mais significativas:

conteúdo

local

modo de realização

finalidades

Descrição das atividades e programas da UBS, levando em consideração:

por que foram instaurados na unidade?

demanda manifesta

demanda reprimida

alocação de recursos humanos

alocação de recursos materiais

Descrição das características da população atendida na UBS, tendo como referências dessa clientela:

cultura

escolaridade

condições de vida

condições de trabalho

renda

Descrição do modo pelo qual essas características da população foram conhecidas

Como essas características da população que consome os serviços produzidos pela UBS interferem no desenvolvimento do trabalho da UBS?

Relações que estabelece entre essas características da população e o desenvolvimento do seu trabalho

Questões norteadoras da entrevista

Para os trabalhadores da UBS

1. Se o Presidente da República pedisse que você fizesse uma lista do que é preciso para que todos os moradores deste bairro tivessem saúde, quais seriam as coisas mais importantes que você colocaria?
Dessas, qual é a mais importante? Coloque em ordem de prioridade
2. Por que essas coisas estão em primeiro lugar?
3. Qual é a diferença entre estar com saúde e não estar com saúde? Como se reconhece essa diferença?
4. Quais são os problemas de saúde que os moradores deste bairro apresentam? O que muda na vida das pessoas por causa desses problemas?
5. O que faz com que as pessoas tenham esses problemas de saúde?
6. De que maneira são feitos pela Unidade os diagnósticos dos problemas de saúde da população?
7. Frente a esses problemas de saúde, o que os moradores deste bairro fazem para resolvê-los? (*que recursos utilizam? – Solicitar que o entrevistado dê exemplos, conte casos*).
8. Por que os moradores procuram esses recursos?
9. Como esta Unidade Básica contribui para a saúde dos moradores do bairro?
10. Explique os recursos empregados mais freqüentemente nesta UBS para intervir em relação aos problemas de saúde da população.
11. O que falta na unidade básica para melhorar a saúde dos moradores do bairro? Quais são as expectativas de ampliação/modificação dos recursos que faltam?

ANEXO II

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura do Município de São Paulo



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 09 de dezembro de 2002.

Ofício N.º 073 /2002 - CEPSMS

Prezada Senhora,

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, de acordo com a Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa “*As necessidades de saúde: dando voz aos movimentos populares e aos trabalhadores de saúde*”, de autoria da pesquisadora **Célia Maria Sivalli Campos** e o aprovou com as seguintes recomendações: detalhar, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os objetivos e as finalidades do estudo; além de incluir que as entrevistas serão gravadas e transcritas e que os resultados do estudo serão divulgados em eventos e/ou periódicos.

Salientamos ainda os seguintes aspectos a serem considerados pela pesquisadora:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res.CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando constar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V,3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res.196/96 CNS Item V.4).É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser, modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

IARA COELHO ZITO GUERRIERO
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisas da
Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS.

Ilma. Sra.
Célia Maria Sivalli Campos
Escola de Enfermagem da USP.
Nesta..

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Célia Maria Sivalli Campos e sou aluna do Programa Interunidades de Pós-Graduação, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Estou desenvolvendo a pesquisa “*As necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)*”.

A **finalidade** deste estudo é subsidiar os serviços que compõem a rede básica de assistência para instaurarem necessidades de saúde ampliadas, que incorporem também os determinantes do processo saúde-doença e os **objetivos** são: identificar e analisar o que os moradores da área de abrangência de uma unidade que compõe a rede básica de assistência à saúde reconhecem como necessidades de saúde; identificar o que os trabalhadores de uma unidade que compõe a rede básica de assistência à saúde reconhecem como necessidades de saúde dos moradores da área de abrangência dessa unidade e analisar como eles as decodificam para transformá-las em objeto dos processos de trabalho.

Assim, solicitamos através deste documento o seu consentimento para participar do estudo, através de entrevista gravada e posteriormente transcrita, estando ciente de que essas informações serão utilizadas para fins de pesquisa. Sua participação é voluntária, a não participação no estudo não lhe causará qualquer prejuízo e você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento do processo de coleta de dados, sem qualquer risco de penalização.

Não é necessário que você se identifique e será mantido o sigilo das informações. Informamos também que será garantido o seu anonimato e o sigilo dos dados confidenciais por ocasião da divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e/ou periódicos e que você receberá uma cópia assinada deste termo, na íntegra.

Desde já agradeço a sua colaboração e coloco-me à disposição através do telefone (11) 3066-7652, no horário comercial, ou pelo e-mail celiasiv@usp.br

Célia Maria Sivalli Campos
Doutoranda em enfermagem

Pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, eu,

participar desta pesquisa disponho-me a

São Paulo, / /