

## Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil)

The impasses of unconditional poverty: the experience of Collective Ombudsman in the Leopoldina region, Rio de Janeiro (RJ, Brazil)

Maria Beatriz Lisboa Guimarães <sup>1</sup>

Carla Moura Lima <sup>2</sup>

Elaine Amorim Savi <sup>2</sup>

Eliane Cardoso <sup>3</sup>

Victor Vincent Valla (*in memoriam*)

Eduardo Navarro Stotz <sup>2</sup>

Alda Lacerda <sup>4</sup>

Marta Sorvi Santos <sup>5</sup>

**Abstract** *The experience of Collective Ombudsman developed in the Leopoldina region, city of Rio de Janeiro, enlarges the traditional vision of health vigilance and consists in organizing a system of qualitative evaluation of the sanitary vigilance able to identify the health problems of the population and the methods utilized in the attempt to overcome these problems. Health professionals, religious and community leaders congregated in monthly forums to present and discuss living conditions perceived in the communities in which they carry on their activities. From the point of view of the social dimensions involved in the health-illness processes, this work aims to discuss the way that poverty compromises the popular classes' health, especially for the mental health and the "diffuse suffering". The methodology allowed us to organize, in a systematic way, the listening and favored the recognition of local knowledge, constructed from the life experiences of the people who deal with the suffering the illness and their determinants on the life conditions of the poor population. The precarious living conditions for a significant part of the population were perceived as generating impasses in the resolution of their health problems. The results point towards the importance of understanding the health problems of the population, the resources utilized to face them and proposals for possible solutions in the field of health.*  
**Key words** *Collective Ombudsman, Health vigilance, Popular classes, Diffuse suffering*

**Resumo** *A experiência de Ouvidoria Coletiva desenvolvida na região da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro, amplia a visão tradicional de vigilância em saúde e objetiva organizar um sistema de vigilância capaz de identificar os problemas de saúde da população e os recursos utilizados na tentativa de superá-los. Profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos se reuniram em fóruns mensais para apresentar e discutir as condições de vida percebidas nas comunidades em que atuam. A partir do olhar das dimensões sociais envolvidas nos processos de saúde-doença, este trabalho visa discutir de que forma a pobreza compromete a saúde das classes populares, especialmente no que se refere à saúde mental e ao "sofrimento difuso". A metodologia permitiu organizar, de modo sistemático, a escuta e favoreceu o reconhecimento do saber local, construído a partir das experiências de vida das pessoas que lidam com o sofrimento, a doença e seus determinantes nas condições de vida da população. A situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população foi percebida como geradora de impasses para a resolução de problemas de saúde. Os resultados confirmam a importância de se compreenderem as estratégias de enfrentamento da população e as propostas para possíveis ações no campo da saúde.*  
**Palavras-chave** *Ouvidoria Coletiva, Vigilância em saúde, Classes populares, Sofrimento difuso*

<sup>1</sup>Departamento de Ciências da Religião, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora. Campus Universitário s/nº, São Pedro. 36036-900 Juiz de Fora MG.

mblguima@hotmail.com  
<sup>2</sup>Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>3</sup>Centro de Saúde Escola Germano Sinalva Faria, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>4</sup>Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>5</sup>Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.

## Introdução

O campo da saúde vem sofrendo transformações importantes, nas últimas décadas, em decorrência da nova conjuntura social determinada pela política do capitalismo neoliberal globalizado, cujos resultados evidenciam a distribuição desigual de renda, a precarização das condições de trabalho, o aumento do desemprego e da violência, a retração das redes sociais, entre outros aspectos, intensificando a pobreza, a exclusão e as desigualdades sociais<sup>1,2</sup>. Esses fatores socioeconômicos e políticos contribuem para os agravos de saúde da população, formando assim um ciclo vicioso de pobreza, isolamento e adoecimento<sup>3</sup>.

Se, por um lado, a análise da conjuntura atual evoca um pessimismo diante da situação de pobreza absoluta e da dificuldade em erradicá-la, por outro, cientistas como o professor Milton Santos acreditam que a saída dessa crise passa justamente pelas classes populares. Esse professor fez a seguinte afirmação numa palestra na Fundação Oswaldo Cruz em 1999: “Na reconstrução do Brasil, cabe a crença de que o caminho a ser seguido vai ser indicado pelas classes populares”.

Nesse contexto, este trabalho visa apresentar e discutir as condições de vida e saúde das classes populares da região da Leopoldina (Rio de Janeiro, RJ) e os recursos utilizados na tentativa de superar os problemas encontrados, identificados a partir da percepção de profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos – ouvidores naturais da população nas comunidades em que atuam – reunidos em fóruns mensais. Insere-se no âmbito da pesquisa *Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica: uma proposta de Ouvidoria Coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro*, desenvolvida na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fiocruz. A metodologia da Ouvidoria Coletiva permitiu organizar, de modo sistemático, a escuta e favoreceu o reconhecimento do saber local, construído a partir das experiências de vida das pessoas que lidam com o sofrimento, a doença e seus determinantes nas condições de vida da população mais pobre.

Esta pesquisa foi realizada na região da Leopoldina, área cujo território abrange em torno de 10% da cidade do Rio de Janeiro<sup>4</sup>. A renda média da região (três salários mínimos) é baixa, praticamente a metade da média da cidade. Conhecida como uma das áreas mais violentas, abriga quatro complexos de favelas: Maré, Mangueiros, Alemão (inclui o complexo da Penha), além de Vigário Geral.

A partir do olhar das dimensões sociais envolvidas nos processos de saúde-doença, este trabalho visa discutir de que forma a pobreza compromete a saúde dos integrantes das classes populares, especialmente no que se refere à saúde mental e em particular ao “sofrimento difuso”<sup>5</sup>. Este termo tem sido definido por este grupo de pesquisa como um tipo de sofrimento psíquico mais leve, e que se encontra disseminado de forma endêmica em toda a região pesquisada. É caracterizado pela presença de múltiplos sintomas, que se expressam por meio de queixas somáticas inespecíficas, tais como: dores generalizadas, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, baixa estima, perda da esperança de vida, entre outras manifestações.

O sofrimento difuso se enquadra no que a epidemiologia denomina de transtornos mentais comuns (TMC), que são responsáveis por uma parcela significativa da demanda por consultas médicas, chegando a atingir cerca de 56% de todo o atendimento realizado na atenção básica<sup>6</sup>. Por sua natureza, não é acolhido nos serviços públicos de saúde, uma vez que as queixas não são comprovadas por meio de exames que utilizam recursos tecnológicos, e ao mesmo tempo tais queixas não se ajustam às demandas prioritárias da saúde mental. Entretanto, essa clientela continua demandando atenção e cuidado em saúde, e é responsável por uma parcela significativa dos gastos em saúde com consultas, exames, potenciais hospitalizações, licenças médicas e aposentadorias por problemas de saúde<sup>7</sup>.

Nas discussões realizadas durante os fóruns de Ouvidoria, foi constatada a existência de um verdadeiro impasse provocado pela situação de pobreza absoluta de uma parcela significativa da população que vive nos complexos de favelas pesquisadas. Uma situação em que a superação dos seus problemas de saúde e a afirmação de seus direitos de cidadania parecem impossíveis. O impasse tem sido compreendido por esse grupo de pesquisa como uma importante categoria que sintetiza uma série de fatos cotidianos que culminam na inação, advinda da própria ineficácia das soluções encaminhadas ou da impossibilidade de agir diante das circunstâncias apresentadas<sup>8</sup>.

## Metodologia

A metodologia desenvolvida neste estudo amplia a concepção de ouvidoria tradicionalmente utilizada, pois envolve uma escuta ativa da população e conjuga elementos de ouvidoria com pes-

quisa social qualitativa. Promove uma busca de informações aprofundadas sobre as condições de vida das comunidades, por meio da incorporação do olhar de atores sociais que não somente vivenciam essa situação, mas também se constituem em porta-vozes – “ouvintes naturais” – dos grupos que representam. Trata-se de uma concepção que amplia a visão tradicional de vigilância à saúde, o que se torna relevante diante do adoecimento e sofrimento crescente da população e das dificuldades de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde.

Os fóruns da Ouvidoria Coletiva constituíram-se em espaços privilegiados de diálogo entre os saberes científicos e os populares, tendo ela sido concebida nos pressupostos do processo de “Construção compartilhada do conhecimento”, metodologia sistematizada no âmbito da Ensp, em que a teoria é desenvolvida a partir da prática, e na qual se procura promover a troca de saberes e o protagonismo popular. Baseia-se, na dimensão educativa, no construtivismo – em como nós construímos o conhecimento a partir de nossas experiências, estruturas mentais e crenças – e na educação popular de base freirianiana<sup>9</sup> – prática educativa que contribui para a construção de cidadania e acredita na capacidade dos sujeitos em elaborar critérios de análise próprios, por meio de experiências estimuladoras de autonomia e decisão, no diálogo e na reflexão crítica<sup>10</sup>.

Para a discussão dos resultados foram utilizados elementos metodológicos do discurso do sujeito coletivo<sup>11</sup>, no que diz respeito tanto à organização dos discursos por meio do destaque de expressões-chave referentes às categorias prévias da pesquisa como à elaboração de uma síntese comentando descritivamente os dados obtidos em cada tema abordado. Foi utilizada, também, a teoria das representações sociais na compreensão do processo dinâmico de construção da realidade, tomando as representações do senso comum não como verdades absolutas, mas como teias de significados<sup>12</sup>, que produzem uma versão da realidade, e que se constituem em conhecimento legítimo e motor das transformações sociais<sup>13</sup>.

Com o intuito de garantir a representatividade dos interesses das classes populares, bem como da Ouvidoria Coletiva proposta, cada grupo formou uma comissão composta pelos seguintes membros voluntários: um(a) profissional do centro de saúde, em razão do caráter formal e governamental da unidade de saúde, que normalmente recebe as primeiras demandas das classes populares da região; um(a) agente comuni-

tário de saúde, em razão de realizar visitas domiciliares diariamente e, desse modo, conhecer os problemas que as classes populares enfrentam no seu cotidiano; duas lideranças de organizações populares, pois têm experiências em lidar com os problemas de saúde da população; duas lideranças de diferentes segmentos religiosos, devido à crescente busca das classes populares por essas instituições, onde as queixas são frequentemente expressas tanto em seus aspectos físicos quanto em relação ao sofrimento difuso. Além desses participantes, cada grupo contou com a presença de duas pesquisadoras, encarregadas de coordenar os fóruns, registrar as informações e elaborar os relatórios. Ao todo, participaram como informantes da pesquisa três profissionais de saúde, três agentes comunitários de saúde – que são, ao mesmo tempo, profissionais e moradores do local onde trabalham – e doze moradores/representantes das comunidades em que moram/atua.

Em cada uma das três regiões foi realizado um fórum mensal ao longo de seis meses do ano de 2004, totalizando dezoito fóruns. No último fórum de cada região os pesquisadores apresentaram os resultados aos participantes da pesquisa e, em conjunto, organizaram o seminário final, garantindo assim maior representatividade deles.

Na busca de obter respostas mais espontâneas e menos dirigidas, os temas foram abordados com perguntas abertas e incluíram: alimentação e nutrição, expressões do sofrimento, acesso aos serviços de saúde, intensidade endêmica de determinadas doenças, frequência de morbimortalidade por questões externas, problemas na atenção à saúde e iniciativas da população em busca de solução para os seus problemas.

Além dos fóruns, realizamos dois seminários: o primeiro no início do projeto para apresentar a pesquisa à Coordenação da Área Programática 3.1 e aos gestores das unidades de saúde pesquisadas, e outro no final para apresentar e discutir os resultados com os participantes da pesquisa, profissionais da área e coordenações de saúde das três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

## Resultados

Em seguida, serão apresentados os resultados desta pesquisa que procura mostrar como a pobreza compromete a saúde, subdivididos em três itens: em seus aspectos socioeconômicos, subjetivos e em relação aos cuidados com a saúde. Os

dados dizem respeito à percepção de uma parcela da população que vive e convive com os moradores de complexos de favelas de uma determinada região do município do Rio de Janeiro. Não podemos afirmar que essas percepções correspondam à totalidade das visões presentes atualmente entre as camadas populares, mas podemos aferir que possivelmente fazem parte das representações sociais presentes em muitos estratos da sociedade brasileira.

Milton Santos<sup>14</sup> afirma que a pobreza não pode ser vista como um problema estritamente econômico; ela é, acima de tudo, um problema social. Trata-se de uma categoria política, razão pela qual sua definição deve ir além de uma análise baseada em indicadores socioeconômicos como profissão, renda e escolaridade.

Sonia Rocha<sup>15</sup> sugere ser a pobreza um fenômeno complexo. De forma genérica, a autora a define “como a situação na qual as necessidades não são atendidas de forma adequada”; incorpora, portanto, outras necessidades humanas como educação, saneamento, habitação etc., além das necessidades de alimentação; e vincula a pobreza à insuficiência de renda ou ao desprovisionamento de necessidades básicas. A autora vê pobreza e desigualdade como duas faces de um mesmo problema, relacionadas diretamente com o contexto social no qual as pessoas estão inseridas. “Em última instância, ser pobre significa não dispor de meios para operar adequadamente no grupo social em que se vive”<sup>15</sup>.

A ênfase no caráter “relativo” da noção de pobreza parece mais adequada, segundo a autora, pois implica a definição de necessidades a serem satisfeitas em razão do modo de vida de cada sociedade – o que difere da noção de “pobreza absoluta” que está vinculada à sobrevivência física, portanto ao não atendimento das necessidades vinculadas ao mínimo vital.

Ao se tratar da questão da pobreza, o que está em jogo não são apenas os problemas de desenvolvimento e de recursos econômicos, mas acima de tudo de interesses, níveis de prioridade, grau de (des)igualdade e de organização política e social. Como consequências diretas desse sistema vemos ocorrer, por um lado, o desemprego, a desnutrição e a fome e, por outro, o aparecimento de novas doenças e o reaparecimento ou aumento de incidência de antigas<sup>9</sup>.

Os impasses da população se agravam na conjuntura atual de políticas neoliberais no Brasil que contribuem para aumentar a desigualdade social, o desemprego, a violência, a pobreza, a crise na área da saúde, entre outros aspectos,

além da ineficácia das ações governamentais para solucionar os problemas e oferecer serviços básicos adequados<sup>16</sup>. A ideia de que há uma imensa parcela da população que não será integrada de forma satisfatória na economia moderna e de que a distribuição de alguns benefícios pelos governos pode não resolver a situação dessas pessoas parece não ter sido suficientemente assimilada pelas instâncias públicas<sup>17</sup> e fica evidente nos fóruns de Ouvidoria.

### Pobreza socioeconômica

Em relação à pesquisa de Ouvidoria, constatou-se que a fome, um problema crônico e grave na região, foi apontada como um dos principais fatores desencadeantes dos vários problemas que se apresentam no cotidiano das comunidades. Devido às precárias condições de habitação, essas pessoas são obrigadas a disputar os alimentos com os ratos, como mostra o depoimento a seguir, de uma agente de saúde: ***Outro dia, um paciente meu falou que só tinha o arroz. De madrugada ele acordou com a tampa da panela, que caiu. Quando ele foi ver, era um rato dentro da panela. Eu falei: “Como é que você fez?” “Eu espantei o rato e tampei a panela e guardei o meu arroz. Eu só tinha aquele.”***

As cestas básicas e outros auxílios oferecidos pelo governo não são suficientes para atender à população: a quantidade de alimentos não atende à família durante todo o mês, e a qualidade dos alimentos doados, em geral de baixo valor nutritivo, é um problema, pois favorece a desnutrição e a obesidade. Além disto, a população aponta para o fato de que a quantidade de cestas básicas é insuficiente diante da necessidade da população, e alguns participantes alegam que esse processo perpetua a injustiça, pois uns recebem e outros não.

Identificar os mais necessitados é uma tarefa difícil. Algumas pessoas que vivem em situações muito precárias se escondem durante o dia porque têm vergonha, e saem somente à noite para catar restos nos lixos. Os entrevistados apontam para a necessidade de rever os critérios de acesso aos benefícios. Durante os fóruns, foi sugerido por um profissional de saúde que a identificação das famílias mais necessitadas fosse feita pelos agentes comunitários de saúde, que conhecem bem as condições de cada família, em razão das visitas domiciliares.

Os representantes dos fóruns sinalizaram que a proposta de oferecer programas como Bolsa Família e Cheque Cidadão é insuficiente no con-

texto em que vivem. Além disso, esse tipo de ajuda é apelidada como “bolsa-esmola” e “cheque-humilhação” para muitos sujeitos que lutam para conseguir se inserir no mercado de trabalho. Os participantes também fizeram referência ao fato de que os projetos sociais não têm continuidade e ficam à mercê do clientelismo político.

**Às vezes tem o alimento, mas não tem o gás pra cozinhar.** Conforme relatado por moradores durante os fóruns, em algumas comunidades esse problema fica agravado em razão do monopólio do gás, exercido pelo narcotráfico; que determina o aumento do preço e dificulta ainda mais o acesso à compra do gás.

Cresce o número de pessoas morando em uma mesma casa, e novos barracos são construídos em lugares sem saneamento e nenhum tipo de segurança. Em virtude do espaço reduzido das habitações, muitas com apenas um cômodo pequeno, as crianças dormem amontoadas e próximas do fogão. Em algumas casas, as famílias são obrigadas a dividir o espaço com ratazanas; aquelas que possuem berços precisam suspendê-los no alto dos barracos para evitar que os bebês sejam mordidos enquanto dormem. Nem todos têm acesso a banheiro; algumas famílias utilizam banheiro coletivo e outras improvisam do lado de fora da casa. Em algumas moradias existem valas de esgoto abertas na entrada e no seu interior, cobertas com tábuas.

Muitos fatores apontados como determinantes do adoecimento foram relacionados, pelos participantes, à precária situação de vida. A violência cotidiana, em suas diversas formas, foi considerada como um fator de adoecimento das pessoas. A luta pela sobrevivência – que impõe baixos salários e mesmo falta de emprego –, a criminalidade, a dificuldade de acesso às escolas e aos serviços de saúde, as condições insalubres de moradia, o dilaceramento das relações familiares, a falta de tempo para cuidar de si, entre outras expressões de violência, geram estresse, revolta, raiva, depressão e diversos outros sintomas.

**Porque assim, quando a gente trata de saúde, é difícil você não falar de violência, você não falar de morte, não falar de condições de vida... Essas coisas estão interligadas. Então a única saída pra saúde é melhorar a qualidade de vida, não é?** (fala de uma liderança comunitária).

As classes populares, como podemos constatar nesse depoimento, expressam uma visão ampla e integral de saúde, próxima da “tradicional”, na medida em que não separam o corpo da alma, o homem da natureza, entre outras concepções<sup>18</sup>. As falas apontam para uma relação

direta entre pobreza e adoecimento, como mostra o depoimento a seguir, de uma liderança religiosa: **É a miséria que causa aquele tipo de doença. Não tem o que comer; ela fica fraca, fica fraca com depressão, da depressão aparece outra coisa, é tudo muito ligado. As pessoas assim em miséria extrema, a doença vem tudo de uma vez.**

### Pobreza e subjetividade

**Por que eu não tenho direito a tudo que a Globo mostra? Eu sou diferente?** Esta frase, dita por uma moradora da Maré, nos coloca diante de uma situação algumas vezes pouco valorizada – o desejo. Paulo Sabroza<sup>19</sup> entende que a crise da saúde pública, ainda atual, é também aquela vivida no cotidiano e se expressa pela generalização e banalização do mal-estar. Para este autor, um projeto de uma nova saúde pública dirigida a promover a saúde e não preferencialmente a cuidar da doença deverá entender e trabalhar a premissa de que os homens não possuem apenas necessidades, mas também desejos e medos e que o sofrimento precisa ser atendido.

Um mundo fascinante que concretiza em objetos de consumo valores como bem-estar, sucesso e poder penetra indistintamente em todas as casas por meio da televisão – muitas vezes única forma de lazer possível – gerando muitos problemas, principalmente onde não há, sequer, garantia de sobrevivência. Isso afeta principalmente os jovens. As demandas produzidas por este modo de viver, que privilegia o “ter”, são fomentadas em todos, mas o reconhecimento do outro como sujeito de desejos, não. Tampouco o acesso a oportunidades que possibilitam melhores condições de vida está presente na vida de todas as pessoas. Parece tratar-se de um cruel jogo de forças que, ao mesmo tempo, inclui a todos como consumidores potenciais, mas exclui uma grande maioria dos meios que possibilitam não apenas o consumo amplo, mas também o acesso à satisfação das necessidades básicas<sup>20</sup>.

Nas populações pobres, as dificuldades de sobrevivência diária impõem um ritmo de tal forma exigente que torna difícil a renovação das energias tanto físicas quanto psíquicas. A depressão leve, a baixa estima de si, mal-estar, “problema de nervos”, que se expressam muitas vezes em dores generalizadas, insônia, encontram-se disseminadas pela comunidade. Esse sofrimento foi relacionado, pelos moradores, a problemas como a falta de perspectiva de vida e de lazer, que limita sonhos e projetos, e percebido como o problema de saúde mais visível no local: **a gente**

***não consegue ver o amanhã, não consegue olhar assim... pra frente e ver o outro dia. Essa coisa da perda de perspectiva é uma coisa que é muito séria e é uma coisa que a gente sempre se defronta.***

Pelos olhos da mídia, se veem como “pessoas que não valem a pena”, o que contribui para um sentimento de menos-valia. Suas lentes mostram a favela como lugar de bandido ou “de pessoas miseráveis que servem pra nada”. Raramente focam a luta cotidiana por uma vida digna, a criatividade para superar os problemas, a alegria e até mesmo a dor dos que vivem nesse espaço. Ao contrário, as filmagens aéreas sinalizam que o local é tão perigoso que não se pode andar pelas ruas; local de exclusão social<sup>19</sup>.

Martins<sup>21</sup> considera que a lógica da sociedade capitalista é de excluir para incluir de outro modo, segundo suas próprias regras. O problema da exclusão começou a se tornar mais visível, atualmente, em razão do longo tempo para a reinclusão, que frequentemente se dá à custa de certa degradação. A inclusão ocorre, mesmo que de forma marginal, precária e instável. Esse processo cria uma sociedade paralela que é incluyente do ponto de vista econômico e excluyente do ponto de vista social, moral e até político. Para jovens com pouca perspectiva de trabalho e de futuro, invisíveis para a sociedade e moradores de um local identificado como lócus da bandidagem, o narcotráfico se oferece como uma possibilidade de saída. A visibilidade e a perspectiva de aquisição de poder ganham o imaginário de jovens, atraindo-os para o crime organizado como possibilidade de ascensão social e às vezes até para conquistar a namorada: ***Ah, deixa estar! Quando eu estiver no poder você vai me querer.*** De fato, algumas jovens adquirem *status* através de suas relações com os traficantes. Ainda muito novas engravidam e, segundo a fala de uma liderança comunitária, ***é como se fosse uma fábrica de sucessão.***

A gravidez na adolescência é um sério e complexo problema de saúde pública. Se, por um lado, a gravidez indesejada coloca em risco a vida de algumas adolescentes ao provocarem o aborto, por outro, quando desejada, pode representar a concretização de um projeto de vida ou a necessidade de compensar certas insatisfações, dada a crise econômica e a consequente falta de oportunidades profissionais, que impossibilitam outras formas de realização. Ao mesmo tempo, assumir a maternidade representa para essas adolescentes um exercício efetivo de controle sobre seu corpo, sua fertilidade e seu poder de “ser mulher”. Pode ainda representar a construção de sua própria família, principalmente se essa jo-

vem vem de uma família desestruturada<sup>22</sup>. De todo modo, a maternidade precoce continua sendo um impedimento para a melhoria da condição educativa da mulher em todas as partes do mundo, e contribui para reduzir a qualidade de vida da mulher e de seus filhos<sup>23</sup>.

De fato, o *status* dos bandidos exerce certo fascínio sobre os jovens e atrai as meninas. Entretanto, o poder dessa sedução encontra o limite quando a violência se instala. O narcotráfico impõe suas leis através do terror. No caso do Complexo da Maré, por exemplo, fronteiras invisíveis demarcam as áreas de domínio de cada facção e não podem ser ultrapassadas pelos moradores. O tráfico cerceia o direito de ir e vir dos cidadãos colocando-os em risco. A ausência do poder público nesses locais permite que os traficantes criem sua própria “política habitacional”, como demonstra o depoimento a seguir, de uma agente comunitária: ***agora é ordem dos homens lá, dos donos da área, barraco fechado é pra quem está precisando. “Estou precisando, eu não tenho casa onde morar.” “Você anda por aí, vê o que está fechado mais de três dias, você vem aqui e me avisa...”***

Com a polícia, a relação também não é fácil. Embora sejam representantes do poder público e com a função de proteger os cidadãos, poucos policiais, na visão dos participantes da pesquisa – moradores dessas comunidades –, exercem tal função. Em geral, entram na comunidade atirando, sem o menor cuidado com os transeuntes, como se todos fossem bandidos, humilham e aterrorizam os moradores. Além disso, segundo vários relatos, muitas vezes recebem dinheiro do próprio narcotráfico, e às vezes até achacam trabalhadores.

Algumas vezes, a violência da luta pela sobrevivência gera outras formas de violência. O vício, muitas vezes, se constitui numa possível resposta para pessoas que, em vão, buscam vínculos e o reconhecimento de que possuem valor, uma vida interior – como as pessoas de outras classes sociais – com sonhos, desejos e expectativas. Entretanto, essa forma de responder aos anseios de visibilidade e inserção social acarreta mais violência, em especial no âmbito das relações familiares<sup>19</sup>. O alto índice de alcoolismo, inclusive entre adolescentes, e o consumo de cocaína pelos jovens, aos quais tradicionalmente fica o encargo de cuidar das crianças, levantou, entre os participantes da pesquisa, a hipótese de que algumas crianças ficam sem assistência, já que os pais estão trabalhando. No entanto, alguns casos foram entendidos como abandono e omissão por parte dos pais.

Outro indício de grande sofrimento apontado na pesquisa se refere às tentativas de suicídio, principalmente entre os adolescentes. Os profissionais de saúde as veem como uma forma dramática de chamar a atenção. Entretanto, a falta de perspectiva de vida também acentua a desilusão dos jovens, gerando reações extremadas, conforme relata uma profissional de saúde: ***Não estuda, não tem emprego, não tem perspectiva de melhorar de vida. Aí perde um namorado ou outro acontecimento***<sup>7</sup>.

### Cuidado à saúde

Quanto ao acesso aos serviços públicos de saúde, o que se percebe é que os serviços em geral não têm condições de atender a muitas demandas da população. Constata-se também que a dificuldade de acesso é crescente de acordo com o nível de complexidade da atenção.

A maioria dos moradores destacou a falta de profissionais nos hospitais e postos de saúde; as filas são longas e nem todos conseguem ser atendidos, aumentando cada vez mais a demanda reprimida. Existem dificuldades para marcação de consultas – principalmente com especialistas – e exames. Muitos pacientes ficam aguardando agendamento durante um grande intervalo de tempo. Os profissionais de alguns postos de saúde chegam a fazer grupos de orientação e estímulo para que as pessoas não desistam de fazer os exames e/ou o tratamento. Outra dificuldade é conseguir vaga para internação nos hospitais públicos. Em alguns casos, o profissional sugere que o paciente se encaminhe para o setor de emergência para conseguir a internação.

A Estratégia Saúde da Família foi apontada pelos participantes como um importante recurso para minimizar os problemas da atenção básica. Entretanto, as equipes também sofrem com a alta rotatividade e com a falta de profissionais, em particular o profissional médico, pois muitos se recusam a trabalhar em área de risco, com medo da violência e da falta de segurança nas comunidades.

Mesmo nos serviços de saúde que funcionam com um número adequado de profissionais, o acirramento da violência acarreta um aumento da demanda e gera insatisfação e revolta. No dia seguinte a uma noite de tiroteios, a fila do posto de saúde aumenta: idosos, hipertensos, grávidas com sangramento, crianças com vômito e diarreia são os que mais procuram os serviços. Alguns usuários atribuem a demora no atendimento à incompetência dos profissionais, e tornam-

se agressivos. O aumento da demanda não é percebido por profissionais e pacientes como consequência da violência.

A dificuldade de acesso ao atendimento em saúde favorece a automedicação e a repetição de prescrições antigas, que muitas vezes não são usadas adequadamente e acarretam risco para a saúde, tanto individual quanto coletiva. Este é o caso, por exemplo, do uso indiscriminado de antibióticos, que tornam as bactérias mais resistentes.

As doenças mais frequentes apontadas pelos profissionais de saúde foram as respiratórias, principalmente asma, bronquite, pneumonia e enfisema pulmonar; as cardiovasculares, tais como hipertensão em diversas faixas etárias, inclusive entre adolescentes; e o diabetes. Outras citadas foram a tuberculose e as doenças sexualmente transmissíveis, principalmente Aids, sífilis e HPV. Em relação à tuberculose, foi lembrado o abandono do tratamento e a consequente recidiva da doença. Diarreia e desnutrição em crianças também estão presentes. Algumas doenças infantis, como pediculose, escabiose, piodermites e verminoses, acometem com frequência as crianças, como foi relatado no depoimento de uma coordenadora de creche comunitária participante dos fóruns de Ouvidoria. Entretanto, quando chegam aos postos de saúde, em geral, essas doenças encontram-se em estágio avançado, segundo informações dos profissionais de saúde.

Os moradores foram unânimes em assinalar que a maior frequência de mortalidade ou morbidade por questões externas refere-se aos acidentes ocasionados por tiro, tanto de pessoas inocentes quanto de envolvidas com o tráfico de drogas; em suas palavras: ***Tirando a doença, só sobre tiro***. Relataram também que as pessoas estão morrendo de susto, como demonstra o depoimento contundente de uma agente comunitária de saúde: ***Morre-se também do coração. Até por susto mesmo, porque do jeito que está ali meu filho, Deus que me perdoe, as pessoas estão acordando de madrugada de tiro... É doenças cardiovasculares, pressão alta, leva aquele susto, não é? Gente, é horrível! Igual eu estou falando, a gente sobe [o morro, para fazer visita domiciliar], quer dizer, às vezes você esteve com aquela pessoa uma semana antes, a pessoa estava bem, tranquilo, aí você sobe, já verifica que ela está com a pressão alta, entendeu? Já está nervosa, não é? As coisas acontecem ali na porta dela, elas não podem fazer nada, não pode falar nada, não pode gritar, ela tem que ver e ficar quieta, quer dizer, na semana seguinte ela já está com os nervos... Já não tem para onde ir; tem que ficar ali mesmo. Quer dizer, e só***

**vendo violência, e aí a pessoa, de susto também acaba morrendo.**

Há também outros tipos de violência que ocasionam risco de morte, como os espancamentos, mutilações, brigas e práticas indiscriminadas de aborto, entre outros.

**Os impasses**

Ao longo da pesquisa, percebemos dificuldades sobrepostas e mesmo adjetivadas como insuperáveis, denominadas pelo grupo de pesquisa de impasses. Um dos principais impasses detectados diz respeito ao fato de que, diante da complexidade dos problemas da população, o sistema de saúde não consegue dar conta da sua resolução, pois muitas vezes tais problemas extrapolam as ações empreendidas no âmbito dos serviços. A fala a seguir de uma liderança ilustra bem esse impasse: *Essas questões fogem da resolução no sistema de saúde. A questão é até apreciada, não é? Mas não é resolvida, não tem como resolver. Foge. Ontem, ela comeu água com pé de galinha. Hoje, de repente não tem nem isso, não tem nada para comer; entendeu? Ontem ela teve pelo menos alguma coisa. Hoje ela só bebe água, só teve água. Então o problema é que a pessoa está doente, vai ao médico, o médico passa os medicamentos, mas tem o problema da alimentação, como é que você vai tratar disso? Você não trata. Como é que você vai resolver? Não resolve.*

O atendimento nos postos de saúde para o sofrimento difuso ocasiona outro impasse entre a atuação dos clínicos e a dos profissionais de saúde mental, conforme relatado por uma profissional de saúde: *Tem uma discussão entre o psiquiatra e os clínicos. O psiquiatra fala: “Eu não vou ficar recebendo paciente pra fazer desmame de diazepam.” E o clínico fala: “Mas como é que eu não vou prescrever o diazepam pra uma criatura que mora lá no morro, que vive, passa as noites embaixo da cama por conta dos tiros, então como é que eu posso não prescrever o calmante pra essa pessoa?” Então é um conflito muito grande.*

Isso acontece devido ao fato de que a pessoa com sofrimento difuso não faz parte da clientela preferencial da saúde mental – estruturada para o atendimento a transtornos mentais mais graves – nem da clínica geral, uma vez que o sofrimento é de ordem emocional. Entretanto, esse sofrimento é uma das mais importantes causas de morbidade na atenção básica. A resposta mais imediata e a que tem sido mais utilizada nos serviços públicos é a medicalização com benzodiazepínicos. Tal medida tende a acobertar os pro-

blemas sociais envolvidos na gênese e nas atualizações dessas perturbações nervosas, tanto para os sujeitos envolvidos como para a sociedade, e também para a formulação de práticas e políticas de saúde. O recurso à medicalização não resolve o problema individual e concorre para a cronificação do doente, dependente desse tipo de medicação<sup>6</sup>.

Podemos citar ainda outros impasses que se referem à falta de medicamentos nos serviços públicos de saúde; diante da impossibilidade de comprá-los, os pacientes ficam sem tomar as medicações, acarretando problemas de saúde que poderiam ser evitados, como nos casos daqueles que sofrem de hipertensão arterial e diabetes. Além disso, há muitos indivíduos diabéticos das classes populares que não têm renda suficiente para fazer uma dieta adequada, e se alimentam “do que tem para comer”.

Diante da impotência em lidar com as situações aqui descritas, muitos profissionais de saúde têm adoecido com maior frequência, apresentando tuberculose pulmonar, hipertensão arterial, depressão, por exemplo, conforme relato dos profissionais de saúde durante os fóruns.

**Alguns caminhos da população no enfrentamento dos problemas**

Para lidar com as situações de impasse, a população busca diferentes caminhos – alguns dos quais acabam por aprofundar o impasse. A utilização de benzodiazepínicos é uma forma de proporcionar um certo apaziguamento para as situações de sofrimento, mas não resolve o problema, como já pontuamos. Outra forma a que, em geral, os homens costumam recorrer é o consumo de bebida alcoólica. Nesse caso, o que é prazer, descontração e alívio dos sintomas para os homens é, para as mulheres, motivo de preocupação, aborrecimento e mesmo de desespero ao ter que lidar com o marido que chega bêbado em casa.

Outras formas parecem apontar caminhos no sentido da construção de redes e práticas de apoio social que auxiliam no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. É o caso, por exemplo, da busca crescente pelas igrejas e por outros centros religiosos. Em alguns desses espaços, a dimensão do cuidado se faz presente, pois as pessoas vão para desabafar os seus problemas, se sentem acolhidas e saem de lá com uma certa orientação para tentar resolver as dificuldades do cotidiano. A religião propicia outro senso de coerência ou um sentido para aquilo que aparece desordenado em suas vidas. Os líderes religiosos



procuram fortalecer a autoestima dos fiéis com palavras de conforto e estímulo. Ademais, possuem uma visão ampla de saúde que incorpora os aspectos subjetivos.

Já se sabe que há uma crença das classes populares de que os serviços públicos são importantes para a sua saúde, mas há também a percepção de que muitos problemas de saúde não podem ser resolvidos nesses serviços. O apoio social sistemático de um grupo de pessoas tem o efeito de causar uma melhoria no estado de saúde daqueles que se encontram envolvidos<sup>3</sup>. Nesse sentido, o pertencimento a uma instituição religiosa propicia às pessoas relacionamentos frequentes e duradouros, saindo do isolamento existencial e social.

Existem outras formas de enfrentamento da situação de impasse que pelo menos amenizam a situação imediata: a participação de mulheres no cuidado das crianças em creches comunitárias; a compra coletiva de botijão de gás por diversas famílias; o chamado reforço escolar; encontros para enfrentar o problema da dependência química; a conquista de bolsas de estudo universitário por associações de moradores; atividades organizadas por profissionais de saúde com hipertensos e diabéticos, por exemplo. Enfim, podemos perceber que essas diversas manifestações têm em comum a busca de construção de vínculos e de apoio social.

### **Considerações finais**

A Ouvidoria Coletiva permitiu dar visibilidade a informações e práticas participativas, tecidas pela sociedade civil, que se encontram muitas vezes invisíveis para grande parte dos profissionais de saúde e gestores. Nessa perspectiva, também é possível desvelar os caminhos trilhados pelas classes populares diante das precárias condições de vida.

Como metodologia, tem se mostrado eficaz não somente na sistematização de informações que se encontram dispersas na sociedade, permi-

tindo uma releitura dos problemas de saúde, mas também pela possibilidade de construção de novas redes participativas e atuantes, pois as lideranças comunitárias, religiosas e os profissionais de saúde têm avaliado a Ouvidoria como espaço de participação, aprendizado e articulação de novas redes de apoio social. Para os gestores, as informações sistematizadas e as discussões desencadeadas nesse processo podem contribuir para a reflexão acerca das políticas públicas de saúde na região e, conseqüentemente, ajudar no planejamento da gestão dos serviços, de modo a permitir a criação de práticas de integralidade em saúde – como pode ser percebido no exemplo citado, referente à reorganização na escolha das famílias mais necessitadas para receber os auxílios do governo.

Para que possamos pensar em práticas de integralidade, faz-se necessária a compreensão ampla da saúde como qualidade de vida. Isto nos leva a um olhar segundo o qual a produção da saúde, na maior parte das vezes, está fora do campo restrito das ações de governabilidade da área da saúde, pois, além de biológica, a produção da saúde é social. Neste sentido, se não levarmos em conta as dimensões sociais e culturais envolvidas nos processos de saúde-doença, e especificamente os aspectos relacionados à redução da pobreza e à diminuição das desigualdades sociais, com certeza continuaremos a nos deparar com uma série de impasses que comprometem a saúde dos indivíduos, elevando o nível do seu sofrimento e o adoecimento da sociedade como um todo.

A compreensão de que a pobreza compromete a saúde deve estar no horizonte de todos aqueles que se dedicam à implementação e à gestão de políticas públicas. Isso implica maiores investimentos financeiros direcionados ao setor saúde para “tapar os buracos” deixados pela falta de condições de vida minimamente dignas. Enfim, políticas de redução da pobreza fazem-se urgentes e necessárias na luta pela promoção da saúde e garantia dos direitos de cidadania.

## Colaboradores

MBL Guimarães coordenou e participou da coleta e análise de dados, realizou pesquisa bibliográfica, redação do relatório da pesquisa e redigiu o artigo; CM Lima, EA Savi e E Cardoso participaram da coleta e análise de dados, pesquisa bibliográfica, redação do relatório da pesquisa e redação do artigo; VV Valla planejou e coordena-

ou o trabalho, definindo seu escopo, participou da coleta de dados e contribuiu na análise dos dados; EN Stotz planejou e coordenou o trabalho, contribuiu na análise dos dados e na revisão do artigo; A Lacerda participou da coleta e análise de dados, da redação do relatório da pesquisa e contribuiu na revisão do artigo; MS Santos participou da coleta e análise de dados e da redação do relatório da pesquisa.

## Referências

- Castel R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. *SaúdeLoucura 4*. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 21-48.
- Bourdieu P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
- Lacerda A, Valla VV. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003. p. 169-196.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
- Valla VV. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 39-62.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Circular Conjunta nº 01/03, de 13/11/2003.
- Fonseca MLG. *Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
- Guimarães MBL, Valla VV, Stotz EM, coordenadores. *Os impasses da pobreza absoluta: vigilância civil da saúde na atenção básica: uma proposta de Ouvidoria Coletiva na AP 3.1, Rio de Janeiro* [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Escola de Governo em Saúde/Ensp/Fiocruz; 2005. [acessado 2010 nov. 12]. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>
- Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento. In: Vasconcelos E, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 101-114.
- Lima CMP. *Pobreza e saúde em contextos de violência: muitos impasses e alguns caminhos* [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz; 2006.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC. *Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educ; 2003.
- Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi PA, Jovchelovitch S, organizadores. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1995.
- Santos M. *Pobreza urbana*. São Paulo: Hucitec; 1979.
- Rocha S. *A pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003.
- Lacerda A, Valla VV, Guimarães MB, Lima CM. As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. In: Pinheiro R, Mattos R, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006. p. 445-457.
- Schwartzman S. *As causas da pobreza*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.
- Luz MT. *A arte de curar versus a ciência das doenças*. São Paulo: Dynamis; 1996.
- Sabroza P. *Saúde Pública: procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro; 1994. (mimeo).
- Savi EA. *O sofrimento difuso das mulheres na Maré: estudo sobre a experiência de um grupo de convivência* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz; 2005.
- Martins JS. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus; 1997.
- Costa SSS. A gravidez desejada em adolescentes de classes populares. In: Werneck J, organizador. *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/Criola; 2000.
- Soares LT. *O desastre social*. Rio de Janeiro: Record; 2003.

Artigo apresentado em 24/08/2007

Aprovado em 30/06/2008

Versão final apresentada em 12/11/2008