

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa EICOS – Pós Graduação em Psicossociologia de
Comunidades e Ecologia Social

Henrique Peixoto Netto

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DESENCONTRO:
A exclusão social na saúde**

**RIO DE JANEIRO
2006**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DESENCONTRO:
A exclusão social na saúde**

Henrique Peixoto Netto

**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa EICOS – Pós Graduação em
Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social**

Orientadora: Professora Jacyara C. Rochael Nasciutti

**RIO DE JANEIRO
2006**

Netto, Henrique Peixoto
Representações sociais em desencontro: a exclusão social na
saúde/Henrique Peixoto Netto
Rio de Janeiro, 2006. 110 f.

Dissertação de Mestrado em Psicossociologia de
Comunidades e Ecologia Social – Universidade Federal do
Rio de Janeiro:UFRJ/ Instituto de Psicologia, 2006.

Orientadora: Jacyara C. Rochael Nasciutti

1.Saúde 2. Exclusão Social 3. Representação Social
4.Comunidade 5. Terceiro Setor 6. Psicologia Social -

Teses.

I. Nasciutti, Jacyara C. Rochael (Orient.)

II. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Instituto
De Psicologia. III. Título.

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DESENCONTRO:
A exclusão social na saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Aprovada por:

Professora Jacyara C. Rochael Nasciutti

Professora Doutora Tereza Cristina Carreteiro

Professora Doutora Elaine Monteiro

Rio de Janeiro
2006

Resumo

NETTO, Henrique Peixoto. **Representações sociais em desencontro: a exclusão social na saúde**. Orientadora: Jacyara C. Rochael Nasciutti . Rio de Janeiro:UFRJ/IP/EICOS, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social)

Esta dissertação apresenta os resultados de pesquisa realizada com moradores de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro beneficiadas por atendimentos na área da saúde oferecidos pela ONG Médicos Solidários. O trabalho objetivou investigar as causas da não participação de alguns potenciais usuários dos serviços de saúde gratuitamente oferecidos pela ONG.

A partir da discussão do conceito de exclusão social e da teoria das Representações Sociais, buscou-se identificar as diferenças de olhares que tenham contribuído para o desencontro entre os serviços oferecidos pela ONG e as demandas dos moradores das comunidades atendidas. Para isto, foram utilizados questionários preliminares, complementados pela coleta e posterior análise de conteúdo das histórias de vida de moradores de uma das comunidades do morro da Providência, no centro do Rio de Janeiro, beneficiária dos serviços da ONG. Os resultados obtidos visaram primariamente à identificação de causas responsáveis por este desencontro entre serviços oferecidos e demanda, servindo complementarmente de subsídio para a ONG prestadora dos serviços e outras instituições ou equipamentos públicos da área da saúde se aproximarem das reais necessidades das populações que pretendem alcançar. As análises das narrativas dos moradores ouvidos apontaram diferenças relevantes entre as suas representações de saúde e doença e aquelas adotadas pela ONG, o que justifica parte do desencontro entre oferta de serviços e demandas da população.

Abstract

NETTO, Henrique Peixoto. **Dissonant social representations: social exclusion in health.** Advisor: Jacyara C. Rochael Nasciutti
Rio de Janeiro:UFRJ/IP/EICOS, 2006. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidade e Ecologia Social)

This essay presents the results achieved from a survey conducted to investigate the reasons many potential beneficiaries ever joined the activities carried out by Médicos Solidários, a Non Governmental Organization (NGO) that provides voluntary health services to poor neighbourhoods inhabitants across Rio de Janeiro city. Following an approach which makes use of the social exclusion concept and Social Representation Theory, the author tries to comprehend the differences of looks that led the unconformity between the services offered by the NGO and the demands of the assisted communities residents. In order to accomplish this objective, both preliminary questionnaires and some *Morro da Providência* residents life histories were gathered and analyzed (*Morro da Providência* is an assisted poor community located in Rio de Janeiro's downtown). Beyond the purpose of understanding what effectively causes of the mentioned unconformity, it is expected this work may be a useful device for either the mentioned organization itself or the health public system to approximate their activities to the population real requests. The analyses of residents narratives provide a quite important conclusion: their understanding of health and illness representations are distinct from those adopted by the NGO and other health service supplier.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, agradeço por me ensinar o prazer de amar. Por isso, em vez de citá-lo *in memoriam*, lembro dele *de cor*.

À minha mãe, pelo amor e pelos exemplos de solidariedade.

À minha irmã Valéria, pelo estímulo incansável, pelas revisões e pela possibilidade de viver o amor fraterno.

Ao meu filho Sandro, pelo exemplo de força e ponderação e por me apresentar ao prazer e à alegria da paternidade.

À minha filha Ana, pela rima de determinação e paixão e por me apresentar ao prazer e à alegria de ser pai de um botão de flor, hoje mulher.

Ao meu filho Nino, por ser ao mesmo tempo chama e vento, catador e plantador de sementes, jardineiro que me revelou o amor pelo que brota.

À Eloiza, mãe dos meus filhos, com quem trilhei os caminhos da paternidade, agradeço pelo apoio.

Ao meu irmão Guilherme, por reviver o baobá de que somos fruto.

À Marly Chagas, minha “madrinha”, por mostrar o caminho.

À Fabíola Rohden, agradeço por ter debruçado seu generoso olhar sobre as narrativas recolhidas.

À minha orientadora e agora amiga Jacyara, por confiar, pela sensibilidade para apertar e afrouxar na hora certa e por estar do lado dos que sofrem.

À turma de 2004 do EICOS, por estarmos no mesmo barco nessas nossas Grandes Navegações, buscando o “Descobrimento do Brasil”.

Ao EICOS, pelo fértil espaço de vivência da interdisciplinaridade.

Aos funcionários, voluntários e participantes do trabalho das instituições parceiras de Médicos Solidários que contribuíram para esta pesquisa.

Às assistentes sociais Cristiane Alves, Luzilda Coelho e Valéria sou grato por me guiarem com seus corações.

Aos voluntários, funcionários e companheiros de Médicos Solidários que, cada um à sua maneira, buscam fazer a sua parte e, juntos, tentam fazer um pouco mais.

A todas as pessoas que dispuseram um pouco de seu tempo respondendo às minhas indagações.

À Francisca, Bárbara, Dina e Antonio, a minha gratidão pela confiança de abrirem seus corações, pela disposição de ressentirem suas dores e pela fibra admirável de serem atores deste drama que é, ainda, o nascer pobre em nosso país. Este trabalho é dedicado a vocês que, sufocados entre um poder oficial que abandona e um poder real que oprime, somente podem ver o horizonte do dia de hoje.

SUMÁRIO

Introdução	10
cap. 1 - A saúde no Rio de Janeiro	12
1.1 - A explicação do pesquisador	16
1.2 - A ONG médicos solidários	17
cap. 2 - O objeto da pesquisa – os excluídos do atendimento	21
cap. 3 - Exclusão social – o conceito	24
cap. 4 - Representação social – teoria, conceito, fenômeno	33
cap. 5 - Metodologia	38
5.1 - A implicação do pesquisador	39
5.2 - Exploração inicial: comunidades escolhidas	40
cap. 6 - Entrando em campo	42
6.1 – Questionário	42
6.2 - Análise qualitativa do questionário	43
cap. 7 - Estudo final	50
7.1 - A comunidade escolhida	50
7.2 - Histórias de vida	53
7.3 - Os pesquisados	57
7.4 - Análise das histórias recolhidas	62
7.4.1 - A saúde hoje	63
7.4.2 - A infância	69
7.4.3 - Infância e trabalho	70
7.4.4 - Infância, trabalho e escola	72
7.4.5 - A família	75
7.4.6 - A paternidade	79

	9
7.4.7 - A migração	83
7.4.8 - Infância e fome, a saúde doente de berço	87
Conclusão	96
Referências Bibliográficas	104
Anexo	
Questionário	108

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM DESENCONTRO: a exclusão social na saúde

Introdução

A dissertação aqui apresentada foi desenvolvida dentro do Programa EICOS do Instituto de Psicologia da UFRJ durante o período de 2004 a 2006. Como todo trabalho de pesquisa, à medida que se davam novos passos, novas questões eram identificadas, se descortinavam novas hipóteses e novos caminhos surgiam. No entanto, a necessidade de se dar um recorte muito definido à pesquisa e o limite de tempo naturais de uma dissertação de mestrado impediram que, em alguns momentos, houvesse um aprofundamento ou uma expansão maiores com relação a dados levantados ou fatos apreendidos.

O interesse pelo tema da pesquisa surgiu em função do trabalho do pesquisador como médico e coordenador de uma ONG atuante na área da saúde, organização do Terceiro Setor, onde, junto com outros profissionais da área social e da saúde, pôde perceber a não utilização dos serviços oferecidos por alguns moradores das comunidades.

A questão central que motivou a pesquisa foi a dificuldade de os serviços gratuitos beneficiarem algumas pessoas de comunidades atendidas por esta organização e que aparentavam necessitar destes cuidados, aos olhos dos profissionais voluntários.

A partir da discussão sobre o conceito de exclusão social, nascido na França para designar aqueles tornados órfãos do *welfare state* pelo neoliberalismo,

buscamos refletir sobre a questão da falta de acesso à saúde das populações pobres de nosso país, que mal chegaram a uma mínima proteção do Estado. E, referenciados na teoria das Representações Sociais, tentamos compreender como as marcas da exclusão social nas histórias de vida dessas pessoas podem determinar demandas muito específicas que, caso não sejam percebidas e consideradas pelos projetos, afastarão estas pessoas das ações de inclusão oferecidas, perpetuando sua situação de excluídos.

No capítulo 1, fazemos uma breve discussão sobre a Saúde no município do Rio de Janeiro nos dias de hoje e apresentamos o pesquisador, sua experiência profissional e a ONG Médicos Solidários, espaço em que surgiram as questões que motivaram este trabalho.

No capítulo 2, apresentamos o objeto da presente pesquisa: as pessoas excluídas dos atendimentos gratuitos de saúde oferecidos pela ONG. Nos capítulos 3 e 4, fazemos uma revisão bibliográfica dos conceitos em que baseamos a pesquisa – exclusão social e representação social – e no capítulo seguinte, apresentamos a metodologia em que nos baseamos.

Nos capítulos 6 e 7, apresentamos a pesquisa, desde a aplicação do questionário, até as narrativas de histórias de vida recolhidas, passando pela análise do questionário e pelas escolhas da comunidade a ser pesquisada e dos moradores a terem suas narrativas ouvidas.

Capítulo 1: A SAÚDE NO RIO DE JANEIRO

Já vem de há muito a grave crise por que passa a saúde pública no município do Rio de Janeiro, o que levou o governo federal a decretar estado de calamidade pública no ano de 2005 para poder intervir no setor. Segundo dados do DATASUS, 64% da população da região metropolitana do Rio de Janeiro não tem a cobertura de algum plano de saúde suplementar, dependendo assim, de forma absoluta, dos equipamentos públicos para a obtenção de atendimentos na área. Por outro lado, possui o município um sistema de saúde privado extremamente desenvolvido, com fartos recursos não somente empregados no setor primário da saúde, como também e especialmente no secundário e terciário. Portanto, a área da saúde no município do Rio de Janeiro espelha de maneira límpida uma que talvez seja das maiores chagas do país, qual seja, a contrastante coexistência de duas classes de cidadãos: de um lado, aqueles que podem pagar para obterem os serviços essenciais garantidos constitucionalmente, mas não oferecidos pelo Estado, como a educação e a saúde e, do outro, aqueles que sofrem por dependerem dos equipamentos públicos para usufruírem destes serviços, freqüentemente sucateados e colocados à mercê de interesses político-eleitorais. Esta é uma das faces mais cruéis daquela que o jornalista Zuenir Ventura chamou de “Cidade partida”.

O Sistema Público de Saúde no Brasil traz, hoje, propostas muito mais avançadas do que as de sua configuração no período do início do século até a década de 80 passados, quando havia uma distinção entre a “Saúde Pública” e a “Medicina Previdenciária”. Com as primeiras leis que regularam o trabalho, o

Ministério da Saúde passou a incumbir-se das ações de vigilância sanitária, controle de endemias e de doenças transmissíveis, sendo responsável pela Saúde Pública, enquanto que a assistência médico-hospitalar, na esfera do setor público, tornou-se responsabilidade do Sistema da Previdência Social, ficando restrita aos trabalhadores integrados ao mercado formal de trabalho. Com o processo de redemocratização do país, nos anos oitenta, a ampliação da participação popular, acrescida da emergência de novos atores sociais, gerou um movimento social pelo atendimento universal à saúde que já vinha, há muito, sendo objeto de discussão no meio acadêmico e político do país. Assim, após a Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000" e, ainda durante a ditadura militar, foi criado o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde consagrou os princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária e criou o Sistema Único Descentralizado de Saúde/SUDS, embrião do futuro Sistema Único de Saúde/SUS, criado posteriormente pela Constituição Federal de 1988. O principal objetivo do SUS era tornar-se um instrumento de promoção da equidade, universalidade e integralidade no atendimento às necessidades de saúde da população, ofertando, através dos equipamentos públicos, serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão, através da municipalização dos serviços prestados, fortalecendo o poder de decisão local.

No entanto, a descentralização dos serviços não foi acompanhada pelo repasse e desconcentração dos recursos, o que acarretou uma enorme lentidão no processo de implementação do SUS, especialmente nos grandes centros urbanos e, de forma muito acentuada, no município do Rio de Janeiro, o que, acrescido do

encolhimento do Estado promovido no país nos últimos anos - com a conseqüente diminuição de investimentos no setor - fez com que o acesso à saúde através dos equipamentos públicos, que já era oferecido às camadas populares de forma extremamente precária, se tornasse ainda mais difícil. Assim, o acesso pleno aos serviços de saúde no município é, ainda hoje, praticamente restrito àquele público com poder aquisitivo que permita sua associação aos grupos privados de saúde.

O atual município do Rio de Janeiro tem peculiaridades históricas que lhe conferem características próprias com forte repercussão em sua estrutura político-social. Logo após a independência do Brasil, coube ao poder central, constituído na cidade do Rio de Janeiro, enfrentar as ameaças emancipacionistas e unificar o vasto território nacional. Enquanto cabeça do império e núcleo comercial do século XIX, à cidade competia o papel pedagógico de modelar comportamentos e valores. Esse cosmopolitismo do Rio de Janeiro contribuiu para que a cidade possuísse uma importante característica em seu meio político: como centro da política nacional, o Rio deveria ficar distante da pequenez das questões locais, se envolvendo em complexas discussões relacionadas ao desenvolvimento nacional. É importante assinalar que, enquanto Distrito Federal, a população carioca jamais teve o direito de eleger o prefeito da capital, que era indicado diretamente pelo Presidente da República, de maneira que houvesse completa sinergia entre os poderes local e federal, sobretudo em questões relacionadas à segurança da capital. Com a transferência desta para Brasília houve um grande esvaziamento político e econômico, além de que a fusão do então estado da Guanabara com o estado do Rio de Janeiro fez com que a nova capital estadual, a cidade do Rio de Janeiro, tivesse uma superposição de equipamentos públicos dos três níveis -

municipal, estadual e federal - atuando freqüentemente nas mesmas áreas, inclusive da saúde. O desperdício nos investimentos gerado por essa diluição nas ações, acrescido das lutas políticas pelo poder, gerou situações de triste lembrança para a população, como as discussões no início da década de 80 sobre de quem era a responsabilidade no combate aos mosquitos vetores de dengue e febre amarela. A imprensa, na época, chegou a fazer blague com a situação, questionando se o mosquito seria “nacional, estadual ou municipal”. Hoje, cerca de um quarto de século depois, convivemos com surtos freqüentes de dengue, sendo agora importante a sua forma hemorrágica, mais grave e letal, enquanto persiste a discussão entre os órgãos públicos dos três níveis a respeito da responsabilidade sobre a prevenção da doença.

A presença do Estado atuando na área da saúde é muito recente. Até a década de 30 do século passado, a assistência à saúde era prestada pelas ordens religiosas - Ordem Terceira da Penitência, Ordem do Carmo, Beneficência Portuguesa, por exemplo, que tinham um caráter mutualista, associativo - e pelas policlínicas - Policlínica do Rio de Janeiro - que abrigavam os consultórios particulares. O atendimento à população desfavorecida era prestado pelas Santas Casas, de caráter filantrópico. Com o fortalecimento dos sindicatos e aumento das reivindicações trabalhistas, começam a aparecer as Caixas de Aposentadorias e Pensões dos trabalhadores. A seguir, então, essas instituições de proteção - como, por exemplo, a CAPFESP - Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados dos Serviços Públicos, a CAPB, dos Bancários, a CAPM, dos Marítimos, a CAPC, dos Comerciais, posteriormente chamados de institutos, passam a oferecer assistência médica. Com forte apoio do Estado, seriam criados

por estes institutos grandes hospitais na cidade: da Lagoa pelo já então IAPB, do Andaraí pelo IAPM, de Bonsucesso pelo IAPC, entre outros. Esta pesada estrutura, hoje herdada pelo município do Rio de Janeiro de acordo com o modelo de descentralização preconizado pelo SUS, e a falta de estrutura de alta complexidade na maior parte dos municípios do restante do estado - especialmente na região metropolitana do Rio - acarreta forte sobrecarga no serviço municipal de saúde, potencializando as dificuldades já existentes no enfrentamento às questões da saúde.

Essa situação de desassistência com que grande parte da população vem se deparando tornou mais relevante para esse público o trabalho de ONGs da área da saúde. Suas ações vieram se somar às de instituições religiosas e filantrópicas que, ao longo da história, já se incumbiam de parte dessas atividades. Conseqüentemente, parte expressiva da população vem tendo atualmente, como única possibilidade de assistência à saúde, os serviços destas instituições.

1.1 A EXPLICAÇÃO DO PESQUISADOR

Após graduar-me em Medicina no final de 1978, trabalhei durante alguns anos no serviço público e venho trabalhando até hoje na clínica privada. A procura por novos instrumentos de compreensão e ação na clínica me fez buscar a formação em Homeopatia, Acupuntura e Bioenergética. A necessidade de atuar na área sócio-ambiental me levou a uma pós-graduação em Saúde e Ambiente e a atividades em organizações do Terceiro Setor. Nessa trajetória, venho há mais de seis anos desenvolvendo com outros profissionais de saúde voluntários, através de

uma organização não governamental, trabalho de assistência gratuita à saúde dirigido a populações de áreas desfavorecidas do município do Rio de Janeiro com marcada dificuldade de acesso aos equipamentos públicos. A missão desta organização, apresentada a seguir, é **“oferecer assistência gratuita à saúde às populações com dificuldade de acesso aos equipamentos públicos, além de dar oportunidade de trabalho voluntário a profissionais de saúde que o desejem, entendendo a saúde na sua integralidade, para além das doenças, abrangendo as diversas dimensões humanas e sociais vinculadas à qualidade de vida”**.

A presente pesquisa busca responder à pergunta que se têm feito alguns profissionais da instituição: “por que algumas pessoas com necessidades tão claras de atendimento médico (aos olhos dos profissionais) e marcada dificuldade de acesso à rede pública de saúde, mesmo tendo os serviços da organização gratuitamente disponíveis, não buscam se beneficiar deles?”

1.2 A ONG MÉDICOS SOLIDÁRIOS

Desde 1998 vem sendo montada uma rede de profissionais de saúde - hoje com 160 membros - que constitui o braço operacional do principal projeto da ONG¹ em questão, o projeto Saúde Solidária, que oferece mensalmente cerca de oitocentos atendimentos gratuitos em mais de 20 especialidades da área da saúde - como clínica médica, pediatria, ginecologia, cardiologia, oftalmologia, fisioterapia,

¹ A organização Médicos Solidários solicitou e teve concedido pela Secretaria Nacional de Justiça o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), adequando-se assim à nova legislação para o Terceiro Setor, que exigirá, a partir de 2006 a definição das organizações do setor entre OSCIP e OSC (Organização da Sociedade Civil), diferenciando aquelas, sem fins lucrativos, destas, que poderão auferir lucros de suas atividades.

entre outras - nos consultórios particulares dos profissionais voluntários ou dentro das comunidades beneficiárias, além de exames complementares diversos de laboratório ou de imagem. O serviço disponibilizado é monitorado por um conselho de profissionais que zela por sua qualidade, além de cuidar para que os serviços oferecidos - sempre gratuitamente - sejam eles nas comunidades ou quando ocorram nos consultórios dos voluntários, se realizem sem qualquer diferenciação com relação àqueles oferecidos aos pacientes particulares.

A ONG vem oferecendo os seus serviços a mais de 30 comunidades diversas do município, o que torna seu público marcadamente heterogêneo. Portanto, as pessoas atendidas diferem entre si com relação a várias características. No entanto, em comum, têm todos os usuários dos serviços a dificuldade de acesso aos equipamentos públicos da área da saúde pela precariedade atual desses serviços, além da impossibilidade financeira de acesso aos serviços privados. Conseqüentemente, são essas pessoas, mais do que socialmente desfavorecidas, excluídas de um direito fundamental constitucionalmente garantido, mas em verdade não oferecido, sendo esta uma das expressões de sua marginalização em relação à cidadania.

Devido às limitações de sua estrutura funcional e para melhor operacionalização de suas atividades, a relação da ONG com as pessoas beneficiadas pelo atendimento tem sempre a intermediação de alguma instituição presente na comunidade. Essas instituições parceiras que atuam dentro das comunidades, podem ser classificadas em quatro grandes grupos:

- 1) outras organizações não governamentais;
- 2) instituições filantrópicas;

- 3) creches comunitárias e
- 4) associações de moradores.

As parcerias com estas instituições são firmadas por solicitação destas e após visitas feitas a elas por assistente social da ONG, quando é realizado um diagnóstico social e assinado um termo de compromisso entre a instituição a ser beneficiada pelo projeto e a ONG. Para concretizar a parceria, a instituição parceira deve atender populações socialmente desfavorecidas e com dificuldade de acesso à saúde sem qualquer tipo de discriminação e se comprometer com o acompanhamento das consultas e exames efetivados, além de realizar uma permanente avaliação dos serviços oferecidos junto aos usuários. Deve também, para sacramentar a parceria, assinar um termo legal afirmando os compromissos acima citados. Por outro lado, a ONG se compromete a oferecer os serviços de saúde sempre gratuitamente e com a máxima qualidade e buscar referenciar para a rede pública os pacientes que demandem serviços de maior complexidade, com vistas a obter a maior resolutividade possível dos atendimentos. É também a instituição parceira que se responsabiliza pela divulgação do projeto junto à comunidade, recebimento dos interessados no atendimento, triagem e encaminhamento destes, além de se comprometer com a participação nas atividades propostas pelo serviço social da ONG.

Diversos problemas relativos ao funcionamento do projeto, aos atendimentos realizados e também àqueles não realizados podem estar intimamente relacionados a essas parcerias e, apesar de merecedores de nossa atenção e identificação, por uma questão de limite de espaço numa pesquisa de mestrado, não serão aqui aprofundados.

Dentre esses problemas, podemos citar a possibilidade de que os vieses ideológicos das instituições parceiras possam provocar limitações no acesso de algumas pessoas aos serviços oferecidos, o que denotaria, no mínimo, uma prática excludente. Como exemplo, poderíamos citar algumas instituições filantrópicas de caráter religioso que possam ter um discurso catequético restritivo a pessoas que professem crenças vistas como antagônicas às suas práticas discursivas ou de ação, podendo acarretar a sua auto-exclusão das atividades da instituição e sendo responsável pela restrição do acesso aos atendimentos médicos oferecidos. Um segundo problema relacionado a essas instituições parceiras refere-se à possibilidade de falhas na divulgação dos serviços oferecidos, mesmo na ausência de restrições de caráter religioso ou ideológico. Essas questões fundamentam em parte as hipóteses desse estudo, desenvolvidas a seguir, porém não serão objetivo de aprofundamento, caso se confirmem.

Capítulo 2: O OBJETO DA PESQUISA – os excluídos do atendimento

Durante o desenvolvimento do projeto, um fato vem intrigando os profissionais de saúde participantes: por que alguns membros das comunidades beneficiadas não buscam os serviços gratuitamente oferecidos, mesmo tendo essas pessoas, aos olhos dos profissionais envolvidos, flagrante necessidade destes serviços? Por serem elas claramente privadas dos mais elementares direitos de cidadania, fato observado desde as suas condições precárias de moradia e saneamento, até o difícil acesso ao ensino e ao trabalho, várias causas confluem para criar e manter sua situação de exclusão social. O objetivo desta pesquisa se restringiu aos fatores considerados *a priori* intrínsecos à população destas comunidades que contribuem para que, mesmo diante da oferta gratuita de um serviço essencial, como são os serviços de saúde, parte deste público se mantenha à margem, não se beneficiando do projeto oferecido pela ONG. A tal fato observado chamamos, inicialmente, de “A exclusão dentro da exclusão social”.

Mesmo havendo a intenção da ONG de que seus projetos sejam instrumentos de inclusão e, conseqüentemente, de resgate da cidadania, existe a possibilidade de ela estar atuando através deste seu projeto de forma similar à maior parte dos equipamentos públicos, ou seja, de forma verticalizada, não participativa e, por isto, provocar rejeição por parte do público que pretenderia beneficiar. Esta poderia ser uma das hipóteses. Carreteiro (1999), baseando-se em Castoriadis (1975), aponta-nos que há projetos em cuja estrutura predomina o movimento criativo, tendendo à autonomia, enquanto outros evidenciam características heterônomas, típicas de mera reprodução do *status quo*. Assim, é

possível que o projeto seja visto por parte do público a ser beneficiado como “mais um” projeto, semelhante a tantos outros, meramente reprodutores da estrutura vertical do sistema de saúde público excludente e que, por isto, não busque o atendimento por ele oferecido.

Acreditamos que um questionário que permitisse ao depoente expressão de suas impressões e sentimentos sobre os serviços oferecidos em geral, e sendo aplicado de forma cuidadosa, poderia apontar críticas e lançar luz sobre a forma de atuação das instituições envolvidas no atendimento. No entanto, devido à necessidade de se dar um recorte definido em função dos limites de tempo e espaço desta pesquisa, seu foco foi basicamente em fatores intrínsecos aos membros da comunidade que contribuem para a sua exclusão dos serviços de saúde oferecidos pela ONG. Portanto, as possíveis causas referentes à organização prestadora do atendimento ou às instituições parceiras, mesmo sendo de extrema relevância para a compreensão mais ampla do problema identificado, não foram objeto de aprofundamento nesta presente pesquisa, ficando estas para um possível trabalho de investigação institucional posterior.

As hipóteses inicialmente levantadas para esta situação de exclusão dos serviços oferecidos dentro de uma comunidade já considerada socialmente excluída foram as seguintes:

- 1) As pessoas das comunidades atendidas que nunca buscaram os serviços não o fizeram por **desconhecimento** do projeto, ou ainda **desconhecimento** da gratuidade dos serviços oferecidos,

caracterizando problemas de divulgação **relacionados** à ONG ou **à instituição parceira;**

- 2) As pessoas das comunidades atendidas que nunca buscaram os serviços não o fizeram por terem **representações de saúde e doença diversas** da representação de saúde e doença adotada pela ONG, o que justificaria a dissociação entre a oferta e a procura dos serviços oferecidos.

Capítulo 3: EXCLUSÃO SOCIAL – o conceito

Não é o objetivo principal deste trabalho aprofundar-se na discussão sobre o tema da exclusão social. No entanto, como os grupos a serem pesquisados são considerados excluídos socialmente e, como o conceito vem sendo cada vez mais empregado para nomear populações socialmente desfavorecidas, cabe aqui uma reflexão sobre o tema.

Quando falamos de exclusão social, estamos nos referindo a uma questão qualitativa - mas não por isto pouco precisa e indefinida -, a um conceito “guarda-chuva” que alberga sob si múltiplos outros conceitos. Suas dimensões e limites imprecisos fazem com que muitos grupos sejam apontados como excluídos, desde minorias sexuais, religiosas e étnicas até idosos, passando por analfabetos, desajustados sociais e desempregados. É a exclusão um “processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas” (Sawaia, 2004).

Inequivocamente, ao falarmos de exclusão social, estamos entrando na área de estudo da pobreza, que poderíamos definir genericamente como a situação em que o indivíduo não tem suas necessidades atendidas de forma adequada. É um fenômeno de tal magnitude que o Banco Mundial, em seu relatório de 1990, estimou em cerca de um bilhão o número de pessoas que viviam abaixo da linha da pobreza naquele ano (Rocha, 2003). Mesmo havendo a possibilidade de distinção entre pobreza absoluta – relacionada às questões de sobrevivência física – e pobreza relativa, que estaria diretamente vinculada aos padrões de consumo da sociedade em questão, a verdade é que o conceito de pobreza se permite um

delimitar quantitativo bem marcado - relacionado à renda - nas sociedades monetarizadas. Portanto, é possível estabelecer-se um parâmetro de valor que possa ser usado como linha de pobreza - apesar de haver discussões a respeito - já que é fácil obter-se consenso quanto às necessidades nutricionais mínimas *per capita*. Porém, com relação a outras necessidades como de vestuário ou habitação, por exemplo, ocorrem muitas divergências. Temos, assim, uma linha de pobreza, demarcada por aquela renda imprescindível para atender às necessidades mínimas daquela sociedade e temos uma outra linha, a da indigência, que teria como limite a renda mínima necessária para atender às necessidades nutricionais. Frequentemente, no Brasil, confunde-se a pobreza e a indigência com a fome, o que é um erro, pois, felizmente, mesmo as pessoas em situação de indigência não são necessariamente desnutridas.

O termo “exclusão social” tem sido atribuído a René Lenoir - seu livro *Les exclus* deflagrou o debate sobre o tema em 1974 - e, desde então, diversos cientistas sociais se debruçaram sobre a questão. Lenoir, cujas teses emanavam do pensamento liberal, foi duramente criticado pela esquerda, mas além de ter suscitado o debate, destacou não se tratar de um fenômeno marginal, mas de um processo dinâmico entranhado em todas as camadas da sociedade (Wanderlei, 2004).

Robert Castel (1998) aprofundou-se na questão, analisando o mundo dos “desvinculados” - desde a Idade Média até os tempos atuais, na França - através de dois eixos básicos: o mundo sócio-familiar e o mundo do trabalho. Ele prefere o termo “desafiliação” à exclusão, pois expressaria melhor a idéia dos grupos que, apartados ou em processo de ruptura dos vínculos sociais, ameaçariam a coesão

social. Segundo o autor, haveria hoje, além das mudanças na estrutura familiar, uma “nova questão social”, relacionada às transformações ocorridas na esfera do trabalho. Para ele, a partir da organização do capitalismo em torno da ciência e da tecnologia com vistas ao aumento da produtividade e, conseqüentemente, do lucro, passamos a observar três fenômenos no mundo do trabalho:

- a desestabilização dos estáveis;
- a instalação da precariedade, com o aumento do desemprego e o trabalho aleatório, gerando a expressão “interino permanente”;
- o surgimento de “inúteis para o mundo”, que ocupam uma posição de não integrados e não integráveis, que seriam os *supranumerários* (p. 527- 530).

Assim, a exclusão social, ou desafiliação como prefere Castel, teria suas causas no estágio atual do processo capitalista, que prescinde cada vez mais da força de trabalho humana, e seriam os excluídos, conseqüentemente, aqueles “sem trabalho” e sem perspectivas de obtê-lo.

Carretero (1999), ao discutir formas de afiliações e desafiliações sociais, também prefere não utilizar a expressão exclusão, concordando com Castel quando este aponta que o termo, por ser utilizado “em várias situações, oculta a especificidade de cada uma delas” (p. 87).

Sarah Escorel (1998) diferencia a pobreza integrada, *incluída* no tecido social, daquela desvinculada ou em processo de desvinculação, o que acarretaria instabilidades ou riscos de ruptura. Para ela, que realizou um trabalho de pesquisa com moradores de rua no município do Rio de Janeiro, aqueles indivíduos prescindíveis para o modo de produção capitalista, que Castel (1995) chamou de “supranumerários”, seriam os “supérfluos e desnecessários” e, por serem

dispensáveis como seres produtivos e políticos ou ameaçadores, seriam passíveis de serem eliminados “(...) das mais diferentes formas - agudas ou opacas - que ninguém os reclamará” (p. 19). Mesmo concordando com Castel quando este aponta a não-integração ao mundo do trabalho como a questão social atual, a autora acrescenta as trajetórias de vinculação-desvinculação também nas esferas culturais, políticas e humanas propriamente ditas. Sua abordagem da exclusão social relaciona-se com o grau de vinculação no mundo sócio-familiar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida. Ela aponta uma outra possibilidade de estudo da pobreza, além da dimensão material: “Não é só com números que se fala da pobreza. Para além da dimensão econômica e dos estratos de rendimentos que conferem objetividade à situação de pobreza, a condição de ser pobre é estudada nas suas representações sociais, nas identidades e estereótipos imputados, nos atributos associados, no acesso à cidadania, nos modos de vida e culturas, nas características psicológicas, etc. Assim, as noções que designam a pobreza podem ser analisadas através de cronologias e topografias que evidenciam emergências e mudanças nos conceitos e seus significados, como parte do universo simbólico de cada sociedade em determinados contextos históricos” (1999, p.33).

A banalização do conceito é criticada por Nascimento (1998), quando afirma que “(...) se no conceito de exclusão social cabe tudo, ele não serve para nada” (p. 36). Ele prefere chamar de socialmente excluído aquele grupo passível, parcial ou totalmente, de eliminação física, e afirma que esta possibilidade deve-se ao fato de o grupo tornar-se economicamente desnecessário, mas também socialmente perigoso e politicamente incômodo. Para ele, o “novo excluído” diferencia-se dos

excluídos clássicos do Brasil, como o escravo e o camponês, pois estes seriam essenciais, respectivamente, para a economia colonial e industrial do começo do século XX. O “novo excluído” seria fruto do novo modelo econômico que criou a “desnecessidade” crescente da mão de obra e sobre ele pairaria uma “representação social de não-integração, de não reconhecimento e também uma espécie de dúvida quanto à sua semelhança” (p. 37).

Pedro Demo (2003) fala de um “charme da exclusão social” ao criticar o modismo de discussão do conceito. Ele discorda de Castel quando este fala de uma “nova questão social”:

Atualmente, dois aspectos principais são realçados nos estudos sobre a pobreza: sua base material, ou o problema da renda; e a vulnerabilidade crescente de grandes majorias, observada geralmente através do prisma da ‘exclusão social’. Esta última faceta é troféu da discussão francesa recente, com pretensão de ‘nova questão social’, o que não me parece adequado, já que se trata do mesmo contexto capitalista, ainda que em fase ulterior (p. 33).

Ao mesmo tempo em que o autor brasileiro valoriza o debate francês sobre a questão, por ele ter contribuído para configurar a importância do empobrecimento de grandes populações, rejeita a aceitação da *novidade* do fenômeno. Seguindo em suas considerações, o autor critica a adjetivação de “supérfluo” conferida ao trabalhador desqualificado pela nova fase do capitalismo já que este seria “funcional para o rebaixamento das remunerações e desorganização social. A acumulação de capital não resulta apenas em montantes maiores de riqueza, mas, sobretudo, na marginalização das majorias, através do processo de produção de mais-valia” (Id. p. 285). “Se os excluídos fossem supérfluos, dificilmente se explicaria a enxurrada de estudos sobre eles até hoje, em particular o obscurecimento ideológico de estudos que minimizam o problema” (Id. p. 287). E

afirma seu olhar sobre o conceito ao apontar a habilidade de conhecer e aprender como o instrumento e motor maior da autonomia:

(...) Conhecimento sempre foi peça chave da capacidade de inovação e dominação, razão pela qual foi, ao mesmo tempo, ferrenhamente buscado e temido. Na mitologia costuma comparecer como algo roubado dos deuses, ou como centelha divina que perdura nos humanos. Na sociedade sempre existiu a censura, porque se teme menos o forte do que o sabido (Id. p.22) (...) Em certo sentido, e acima de tudo hoje, a exclusão maior é a do conhecimento. Não participar da sociedade intensiva de conhecimento é o emblema fatal de estar fora da história na condição de pária (Id. p. 26).

A fluidez do conceito é reconhecida também por Martins (2002): “É uma categorização imprecisa que gerou o substantivo excluído, induzindo a considerarmos tratar-se de categoria social, como trabalhadores ou operários” (p. 25). Ele vê na evolução do capitalismo nas últimas décadas, com a promoção da substituição maciça de trabalhadores por máquinas, a gênese de uma categoria inferior de trabalhador: aquele que está ciclicamente desempregado e ciclicamente em busca de emprego, devido à, cada vez maior, disponibilidade de mão de obra ociosa. O autor percebe um desencontro entre o modo como as vítimas desta situação social adversa se vêem no mundo e a forma como a Academia, os militantes, as ONGs, religiosos e instituições filantrópicas os vêem e indaga por que já não nos servem mais os conceitos de “pobre” ou de “marginalizado” e por que os interessados nas causas humanitárias empreendem “uma busca imprecisa de uma palavra que expresse o que os pobres são, ao invés de uma busca precisa que diga o que os pobres querem” (Id. p.27). Acredita o autor que a imprecisão da categoria “exclusão” seja a expressão da incerteza e insegurança teórica na compreensão dos problemas sociais da sociedade contemporânea. Ao questionar, ainda, o conceito, afirma que o “pobre ostensivo, esfarrapado sumiu” (Id. p.37). Ele

adquiriu outra face depois que descobriu a máscara do “mundo do ter e parecer” (Id. p.39) e, assim, através do consumo de valores das classes mais favorecidas, realiza a sua fantasia de integração e participação social, tentando ocultar aos seus próprios olhos “as marcas sociais de sua não integração”. “Minha crítica etnográfica da concepção de exclusão toma como referência sinais de adesão dos excluídos à sociedade de consumo, sua cooptação, para mostrar a incongruência e a fragilidade dessa designação” (Id. p. 45).

Conforme pudemos ver a partir destas considerações, a temática da exclusão social vem sendo objeto de investigação e de discussão amplas ao longo do tempo e vestindo diversas roupagens de acordo com os olhares que sobre ela se debruçam. Assim, a crônica desigualdade social fez com que o vagabundo da Idade Média chegasse à contemporaneidade, sendo que, hoje, vestido com as roupas de socialmente excluído. Da mesma forma, podemos dizer que exclusão social é um conceito *guarda-chuva* que abriga *pobres, desafiados, apartados, desvinculados, desassistidos, abandonados, marginais*, enfim, abarca uma infinidade de conceitos, desde que representem grupos que sofreram alguma ruptura do vínculo social ou estão em vias de fazê-lo: é o conceito-lugar de todos aqueles que não logram ocupar um espaço dentre os limites cada vez mais estreitos da cidadania. É, portanto, a noção de exclusão social um conceito fluido sobre os significados da pobreza na contemporaneidade que, na dependência do grupo que a nomeia, pode ter sentidos diversos e, justamente por ser utilizada para várias situações sociais diversas, mascara o significado específico de cada uma delas.

Consideramos, também, de absoluta importância a contextualização do conceito: assim como o tempo, também o espaço em que se situa o grupo estudado confere especificidade a ele. Portanto, um autor como Castel, quando se debruça sobre os novos desempregados da França e nos fala de *desafiliação*, está apontando para uma perda sensível vivida por uma população até há pouco tempo amplamente protegida pelo *welfare state*. No entanto, quando falamos de um país como o Brasil, estamos falando de uma população que – excetuando-se os 10% mais ricos, que detêm quase 70% da riqueza produzida no país – jamais esteve protegida pelo Estado, tendo uma expressiva parcela sua vivido historicamente à margem do que se chama cidadania: são os milhões de brasileiros que vivem na miséria, (sobre)vivendo com menos de US\$ 1 por dia.

Com o objetivo de tornar claro o perfil social dos grupos a serem estudados nesta pesquisa e considerados socialmente excluídos, gostaríamos de afirmar que todos os indivíduos atendidos pela organização e abordados para o presente estudo têm em comum marcada dificuldade de acesso aos equipamentos públicos de saúde e a total impossibilidade de serem consumidores dos serviços privados de saúde, além de serem todos moradores de comunidades em área de risco social. São pessoas que vivem na base da pirâmide social e, talvez por isso, tenham sua imagem achatada, oculta: não são consumidores, não têm representação política, e não têm políticas sociais que os alcancem, atendam às suas demandas e muito menos concorram para a sua emancipação. Voltando a Martins quando este se refere às instituições filantrópicas, à Academia e ao Terceiro Setor, preferimos, em vez de “uma busca imprecisa de uma palavra que expresse o que os pobres são”, contribuir para

revelar, na área da saúde, “o que os pobres querem” (Martins, 2002, p.27). A possibilidade de desvendar suas representações sociais de saúde e doença pode ser uma contribuição para identificar essas necessidades, a que todos que atuam na área social devem ter como objetivo atender.

Capítulo 4: REPRESENTAÇÃO SOCIAL – teoria, conceito, fenômeno

Em algumas visitas exploratórias feitas a comunidades atendidas pela organização, tivemos a oportunidade de estar em contato com alguns usuários e não-usuários do projeto. Alguns destes, quando inquiridos sobre a não utilização dos serviços oferecidos, referiram não terem procurado atendimento por não o necessitarem, já que gozavam de boa saúde. Ocorre que os relatos sobre suas histórias de saúde, além de documentos examinados, como receitas médicas ou atestados, e mesmo a aparência física, aos olhos do pesquisador – médico -, mostravam claros indícios de enfermidades que poderiam estar sendo tratadas através dos serviços oferecidos pela organização. Como as pessoas não reconheciam como sintomas de doença algumas de suas manifestações iniciais, interpretamos que as diferenças nas representações de saúde e doença entre determinadas pessoas não atendidas e aquela adotada pela ONG poderiam também ser motivo da não utilização dos serviços da organização.

O conceito de representação social vem, com o tempo, sendo cada vez mais utilizado nas ciências sociais como instrumento de compreensão das diferentes racionalidades e formas de comunicação. O conceito foi desenvolvido pela primeira vez em 1961, por Serge Moscovici em seu livro *La psychanalyse: Son image et son public*, e vem sendo estudado por inúmeros pesquisadores das mais diversas áreas das ciências sociais, sendo utilizado pela psicologia social no estudo da construção dos conhecimentos sociais e subjetivos. Sua complexidade pode dificultar a compreensão, tendo Moscovici (1976) afirmado por isso que “se a realidade das representações é fácil de captar, o conceito não o é” (p.39). O

próprio Moscovici (2003) resolve expor “(...) uma intuição e um fato que eu creio que sejam verdadeiros, isto é, que a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar, ou a própria não-familiaridade em familiar”. O autor assume serem as *representações coletivas*, de Durkheim, o ponto de partida do novo conceito, a que prefere hoje chamar de *fenômeno*. Seriam as representações sociais formas modificadas com que as representações coletivas se apresentam na sociedade moderna (Moscovici, 1984, p.18-19), exigindo uma análise psicossociológica, ao contrário da abordagem sociológica das representações coletivas. Sá (1996) marca mais claramente a diferença: “Realmente, enquanto estas eram vistas como entidades explicativas nelas mesmas, já que irreduzíveis por qualquer análise posterior, as representações sociais são tomadas por fenômenos que devem ser eles próprios explicados” (p. 45).

Explicando a constituição da estrutura das representações sociais, Moscovici (1976) afirma ter esta duas faces pouco dissociáveis, como “frente e verso de uma folha de papel, que são sua face figurativa e sua face simbólica”. E explica serem dois os seus processos formadores: a *objetivação*, que é a duplicação de um sentido por uma figura e pela qual se dá materialidade a um objeto abstrato e a *ancoragem*, que é a duplicação de uma figura por um sentido, dando inteligibilidade ao objeto.

Jodelet (1985) formulou que as representações sociais são formas de conhecimento prático orientadas para a comunicação e compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos. Posteriormente (2002), aperfeiçoou a definição, afirmando serem as representações sociais “(...) uma forma de

conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Analisando o conceito, Minayo (1996) afirma que as representações sociais “nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (p. 158). Uma de suas grandes contribuições para a psicologia social é a demonstração de elas serem fenômenos grupais, o que rompe com a visão do indivíduo como referência para os fenômenos psicossociais mesmo que, sendo produzidas nas relações sociais como instrumentos de compreensão do cotidiano e da sociedade, demandem a participação do sujeito na reelaboração dos significados. Mais especificamente com relação ao campo da saúde, diz-nos a autora que: “A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isto implica que, para todos os grupos, (...) a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados” (p. 15).

Arruda (2002) nos oferece uma nítida imagem da representação social quando diz que ela (...) “não é uma cópia nem um reflexo, uma imagem fotográfica da realidade: é uma tradução, uma versão desta”.

Silva (1996) identificou em público de baixa renda beneficiário dos serviços públicos de saúde que suas representações de doença estariam freqüentemente relacionadas à impotência para a realização das atividades cotidianas, com o uso

social do corpo. Carretero (1999) nos mostra que o (...) “corpo são é valorizado positivamente, pois significa uma potencialidade, a de poder converter-se em capital” (p. 93). E ainda que ele seja (...) representado de forma mais negativa quando se encontra na impossibilidade de se representar como capital, o que inclui perder o reconhecimento institucional” (p. 94).

Sendo versões subjetivas socialmente construídas, são as representações sociais estruturas dinâmicas. No entanto, a flexibilidade advinda dessa constante possibilidade de ressignificação convive com a presença de conteúdos mais estáveis (Spink, 1993), o que lhe dá características intimamente ligadas ao fato de poderem ser as representações instrumentos de resistência aos modelos e saberes hegemônicos.

Sá (1996) dedica-se ao estudo estrutural das representações sociais e demonstra-nos serem elas constituídas por um *núcleo central*, que determina sua organização interna e, ao mesmo tempo, sua significação, e pelo *sistema periférico* que funciona como interface entre os elementos nucleares e a realidade concreta, arejando o núcleo central através da sua atualização e contextualização. Então, “se o sistema central é *normativo*, o sistema periférico é *funcional*, quer dizer que é graças a ele que a representação pode se ancorar na realidade do momento (*apud* Abric, 1994 p. 79)”. O núcleo central é diretamente determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas sendo, portanto, influenciado pela memória coletiva do grupo e suas normas. É a base comum compartilhada que define a homogeneidade do grupo, sendo também estável e resistente à mudança, menos dependente do contexto social. Por isso, acreditamos na hipótese de que no núcleo central das representações de saúde e doença das pessoas que se auto-excluem

dos serviços oferecidos pela ONG residam elementos rígidos diferentes daqueles presentes na representação adotada pela instituição, podendo explicar em parte o indesejável desencontro entre os serviços oferecidos e o público pretensamente beneficiário destes.

Para isto, ao invés de pesquisarmos a representação de saúde e doença no grupo dos profissionais de saúde, optamos pela utilização do conceito de saúde adotado pela ONG e já citado anteriormente (“**entendendo a saúde na sua integralidade, para além das doenças, abrangendo as diversas dimensões humanas e sociais vinculadas à qualidade de vida**”), buscando identificar pontos em comum, assim como possíveis dissociações e mesmo contradições que colidam com as representações do público a que os seus serviços se destinariam. Acreditamos que o confronto entre as representações sociais destes atores, envolvidos complementarmente pela prestação e, em alguns casos, (não) utilização dos serviços possa ser esclarecedor quanto às causas do desencontro entre eles, servindo de subsídio à busca de estratégias que visem à sua aproximação.

Capítulo 5: METODOLOGIA

A importância de definirmos claramente a metodologia escolhida deve-se à certeza de ser esta o instrumento essencial de aproximação com a realidade que pretendemos investigar. Assim, desde a fase preparatória, em que demarcamos nosso objeto de estudo, criamos os instrumentos e escolhemos as comunidades a serem inicialmente exploradas, até a fase de análise do material, passando pela escolha da comunidade a ter o estudo aprofundado e dos moradores a serem ouvidos no trabalho de campo tivemos o cuidado de manter a maior fidelidade à realidade dos atores sociais pesquisados.

Nossa pesquisa deu-se, passo a passo, da seguinte forma:

- em um primeiro momento, procedemos à escolha das comunidades a serem inicialmente exploradas;
- a seguir, aplicamos questionários investigando a relação dos moradores destas comunidades com a ONG, com os equipamentos públicos da área da saúde, além das suas representações de saúde e doença;
- depois, realizamos a análise qualitativa dos questionários;
- fizemos a escolha da comunidade a ter a pesquisa aprofundada,
- realizamos a coleta das histórias de vida de quatro de seus moradores.

Nesse momento, buscamos conhecer as histórias de vida e de exclusão social de quatro moradores da comunidade, quais eram suas representações sociais de saúde e doença, e como estas foram construídas em suas vidas. Para isso, realizamos a análise do conteúdo desse material, investigando, em que

medida, estas representações estariam relacionadas às suas histórias pessoais e mais especificamente às suas trajetórias de exclusão dos serviços de saúde disponíveis.

5.1 A implicação do pesquisador

Na perspectiva da fidelidade a esta realidade que buscamos estudar, é importante ressaltar-se o fato de o pesquisador ser fundador e trabalhar na coordenação da ONG, além de atender como voluntário da organização em seu consultório, o que evidencia seu grau de implicação na pesquisa. A questão foi objeto de análise e constante atenção para não comprometer a aplicação dos instrumentos metodológicos, assim como os seus resultados. Sobre a importância da metodologia e seus limites, Arruda (2002, p. 17) afirma:

(...) a construção da metodologia, por mais rigorosa, não estabelece uma neutralidade, pois não nos isenta do compromisso com nosso objeto, mas apenas assegura alguma objetividade, isto é, respeito e compreensão do objeto. Habermas, como tantos outros, alerta para os interesses que podem guiar a ação investigativa, demonstrando que a pesquisa também é uma prática social. A metodologia é incapaz de contornar sozinha os perigos de servir a interesses nem sempre louváveis.

Para diminuir este risco, o cuidado foi redobrado durante todo o trabalho, especialmente por ocasião dos contatos interpessoais, no sentido de que a solidariedade com as pessoas estudadas não obscurecesse a visão de seus horizontes, confundindo-a com a do pesquisador. Esta atenção permitiu que pudéssemos assumir a implicação como um instrumento de trabalho na pesquisa e não como obstáculo a ela. Ver a “neutralidade científica” como um mito e reconhecer que o pesquisador “se encontra implicado com seu objeto até a alma

(no sentido estrito e lato da palavra)” (Nasciutti, 2002, p. 112) é uma realidade. A pesquisa realizada com a consciência desta implicação pode assumir novas cores, numa dimensão mais profunda de investigação, na perspectiva citada por Habermas (1989), em que o pesquisador renuncia à superioridade da posição privilegiada de mero observador para impregnar-se daquele meio antes de apresentar o novo conhecimento.

5.2 Exploração inicial: comunidades escolhidas

A escolha das comunidades a serem preliminarmente investigadas levou em conta alguns fatores como a relevância para a pesquisa, a segurança física do pesquisador e a sua facilidade de acesso; a independência das instituições parceiras lá presentes com relação ao tráfico de drogas, o espaço disponível para realização de entrevistas com os moradores selecionados e a parceria ativa com a organização há pelo menos três anos, o que denotaria um razoável grau de solidez deste vínculo entre a ONG e a instituição. Para isto, num primeiro momento, foi feita uma seleção de três grupos de comunidades beneficiárias do projeto, abaixo brevemente descritas, levando-se em consideração a diversidade geográfica (Zona Oeste, Centro e Zona Norte da cidade) e das parcerias institucionais (associações de moradores, outras ONGs, instituição filantrópica):

- Samora Machel, Nelson Mandela e Mandela de Pedra, no complexo de Manguinhos, (Zona Norte, subúrbio relacionado à estrada de ferro Leopoldina), onde a parceria é feita com uma das associações de moradores;

- Gabinal, Pantanal e Laminha, na Cidade de Deus, (Zona Oeste da cidade) através de parceria com a ONG Cruzada do Menor;
- Uma das comunidades do morro da Providência (Centro da cidade, atrás das gares da estrada de ferro Central do Brasil), através de parceria com o Instituto Central do Povo, instituição filantrópica subordinada ao Instituto Metodista de Assistência Social.

Capítulo 6: ENTRANDO EM CAMPO

Após as primeiras visitas exploratórias realizadas às comunidades e às instituições parceiras, pré-selecionadas a partir dos critérios anteriormente citados - relevância para a pesquisa, segurança física do pesquisador e facilidade de acesso - buscamos proceder à escolha do público a ser pesquisado. Para garantirmos o objetivo de aferir o grau de conhecimento que estas pessoas tinham do projeto oferecido - condição imprescindível para qualificarmos sua exclusão destes - selecionamos em cada um dos três grupos de comunidades, a partir da identificação pela instituição parceira, seis pessoas já atendidas pela organização e seis moradores vizinhos seus de porta, tanto esquerda como direita, dos quais se desconhecia se haviam sido atendidos ou não pela organização, totalizando dezoito moradores (portanto, seis já atendidos e doze que não se sabíamos previamente se conheciam ou não o projeto).

6.1 Questionário

O instrumento utilizado para a oitiva do público pesquisado foi um questionário (anexo 1), cujos objetivos principais foram:

- revelar o conhecimento que os moradores tinham da ONG e de seu projeto de assistência à saúde;
- nos casos afirmativos, e caso não tivessem se beneficiado dos seus serviços, investigar por que motivos não o fizeram;
- obter daqueles que já haviam sido atendidos uma avaliação do projeto;

- fazer uma exploração sobre as representações de saúde e doença dos entrevistados.

Aproveitamos o instrumento também para aferir se os moradores inquiridos se consideravam portadores de alguma doença. Para obter tal informação, utilizamos a pergunta objetiva “*Você se considera doente*”? Foram também analisados documentos porventura apresentados ao pesquisador, tais como receitas médicas, solicitações de exames, carteiras de marcação de consultas, encaminhamentos médicos e, até mesmo bulas de remédios utilizados pelos depoentes, enriquecendo as respostas dadas. Essas visitas e entrevistas permitiram ao pesquisador um conhecimento maior das comunidades, facilitando a escolha daquela que deveria ter o estudo aprofundado por melhor atender aos interesses da pesquisa.

A apresentação do pesquisador aos moradores foi, em todos os casos, feita por assistentes sociais que trabalhavam na comunidade. É importante assinalar que todas as pessoas investigadas foram esclarecidas, antes de qualquer pergunta lhes ser feita, com relação ao objetivo acadêmico da pesquisa.

6.2 Análise qualitativa do questionário

Os resultados obtidos a partir dos questionários apontaram-nos que dos 54 entrevistados (sendo somente 6 homens), 32 não utilizaram os serviços:

- cinco disseram não ter buscado atendimento por desconhecem ou conhecerem mal o projeto;

- nove não buscaram por falta de agilidade do projeto em atendê-las. Assim, quatro afirmaram ter buscado atendimento em serviços de emergência quando tiveram necessidade e outros cinco disseram não terem marcado pela demora no agendamento das consultas, tendo buscado alternativas como auto-medicação ou esperar passarem os sintomas (normalmente as marcações das consultas são feitas no prazo de sete a dez dias para se ter a certeza de que a comunicação da marcação chegue até o usuário);
- oito informaram não terem sentido necessidade do atendimento, apesar de que, destes, cinco informaram serem portadores (ou seus filhos) de doenças crônicas e somente dois destes faziam tratamento regular;
- sete atribuíram a não utilização às limitações da instituição na prestação dos serviços (falta de alguma especialidade, de medicamentos gratuitos ou de exames);
- um não utilizou devido à “vergonha de ir a um consultório no Méier”;
- um não utilizou por falta de tempo para ir à consulta;
- um não utilizou por estar satisfeito com o atendimento do posto de saúde.

Das 22 pessoas atendidas:

- vinte e uma classificaram o atendimento como bom ou ótimo;

- uma o considerou ruim (esta referiu que a atendente do consultório a discriminou, passando três pacientes à sua frente²).

Mesmo sem pretendermos uma análise estatística significativa, nem sustentarmos a leitura dos dados numa amostra representativa do universo pesquisado, mas focando a análise em leitura qualitativa, interpretamos, a partir das informações obtidas que:

- a divulgação do projeto estava alcançando parte expressiva do universo de público visado, já que apenas cinco pessoas (<14% dos trinta e seis vizinhos de porta das pessoas atendidas) não o utilizaram por desconhecimento da sua existência;
- o projeto não atendia plenamente às necessidades do seu público alvo pois
 - sete pessoas (13%) apontavam limitações diversas no atendimento oferecido e
 - nove pessoas (16,6%) se queixavam especificamente da falta de agilidade na marcação dos atendimentos, caracterizando um descompasso de tempo entre serviço oferecido e demanda, totalizando
 - dezesseis pessoas (30%) para as quais o projeto não satisfazia suas necessidades;

² A queixa da moradora foi investigada pela coordenação de saúde da ONG, tendo sido explicado pela médica ginecologista envolvida no episódio que a prática de “passar à frente” uma paciente ocorre quando se trata de grávidas que demandam um atendimento imediato e não têm consulta marcadas. É importante assinalar que esta médica atende pelo projeto uma média de duas pacientes por semana desde 2001, não tendo a associação recebido desde então qualquer queixa referente ao seu atendimento.

- parecia haver um desencontro entre a representação social de doença do público a ser beneficiado e aquela assumida pela ONG, pois cinco dentre oito pessoas que não procuraram atendimento por “não precisarem” demonstravam ser portadores de alguma doença passível de tratamento (por exemplo, asma, artrite reumatóide, ascaridíase), segundo alguns sinais³ de enfermidades visíveis aos olhos do pesquisador (uma pessoa com dispnéia, outra com manifestações de inflamação nas articulações dos dedos das mãos e crianças com enorme distensão abdominal), além de relatos ou documentos apresentados (receitas, por exemplo).

Com relação às representações sociais de saúde recolhidas:

- a predominância nas representações sociais de saúde (36% dos entrevistados) referia-se à “capacidade de trabalhar”, “lutar pela sobrevivência”, produzir:

“(...) com saúde, eu arrumo dinheiro, com dinheiro, não arrumo saúde”, “com saúde, a pessoa tem como sobreviver, tem como trabalhar”, “saúde é a melhor coisa que tem na vida da gente porque com saúde a gente trabalha e pode correr atrás das coisas”;
- seguida das que indicavam uma referência negativa, qual seja, “a ausência de incômodo ou dor” (25%);

³ Segundo Romeiro (1980, p.3), “sinal é a manifestação objetiva da doença, física ou química, diretamente observada pelo médico ou por ele provocada, como tosse, alterações da cor da pele, ruídos anormais do coração, convulsões...”

- 15% das pessoas apontaram o bom funcionamento do corpo, ou as sensações de bem estar, ou de estar “de bem com a vida” ou feliz;
- as restantes distribuíram-se basicamente entre referências a um meio ambiente saudável e ao cuidado consigo.

Já com relação às representações de doença:

- o grupo dominante (46%) associava-a “à impossibilidade de trabalhar, sustentar a família, lutar pela sobrevivência”,
- seguido daquele para o qual a doença estava relacionada à presença de sintomas, doenças ou necessidade de tratamento (39%);
- os restantes dividiram-se entre a limitação a se fazer o que se gosta, a falta de tranquilidade e a discriminação, referindo-se ao sofrimento gerado pela discriminação em um filho deficiente.

Minayo (2004, p.68) aponta-nos para algumas dificuldades na análise dos dados obtidos e que tentaremos evitar: uma delas é a possibilidade de a familiaridade com o objeto de estudo dar ao pesquisador uma ilusão de nitidez com relação ao objeto; outra seria o risco de as técnicas obscurecerem os dados; finalmente, o risco de o pesquisador não conseguir articular os dados com seus referenciais teóricos.

As representações de saúde e doença vêm sendo há muito estudadas, o que tem demonstrado sua variabilidade, dependendo do contexto sócio-cultural dos diferentes grupos pesquisados. O estudo das representações de doença, na pesquisa em questão, é de mais importância do que o estudo das representações

de saúde, pois os atendimentos do projeto estão estruturados muito mais sobre a assistência à doença, ficando o trabalho de promoção da saúde em segundo plano. Por isto, buscamos trabalhos anteriores que pudessem nos auxiliar neste processo. Num deles, Oliveira (1998) estudou as diversas definições de doença colhidas em algumas vilas populares estudadas na cidade de Porto Alegre. As definições poderiam ser divididas em dois grupos: um grupo, referente à sintomatologia associada à doença ou seus sintomas, e outro, dizendo respeito às suas conseqüências, como “ficar de cama” ou “não trabalhar”. Não são representações excludentes, mas sim complementares e estão intimamente ligadas ao uso e às representações que estas pessoas fazem do seu corpo. É uma representação que, segundo o autor, tem “concretude”, ao contrário da concepção quase “metafísica” da Organização Mundial de Saúde, em que esta se refere ao “completo bem-estar físico, mental e social”. Os dados colhidos por ele divergem daqueles obtidos nos questionários por nós aplicados, pois no caso da pesquisa ora citada, a representação de doença predominante é associada a sintomas, como dor, febre, ou falta de apetite (36%), sendo em maior número do que aquela associada às suas conseqüências, no caso, “ir para a cama” e “não poder trabalhar” (28%). A divergência nos resultados pode ser explicada pela diferença no acesso a informações relativas à saúde e doença, pois, segundo o autor, “a população em questão tem contato muito próximo com determinado tipo de serviço de saúde (as unidades de saúde comunitária), o que vai acabar sendo importante quanto às suas concepções sobre o adoecer”. Já as comunidades por nós entrevistadas têm uma enorme dificuldade, quando não impossibilidade, de acesso aos equipamentos públicos de saúde, principalmente se falamos daqueles que desenvolvam atividades

promotoras de saúde. Por outro lado, os dados por nós recolhidos coincidem com o que afirma Minayo (1984, p. 185):

Em relação à classe trabalhadora, o conceito que está subjacente na definição de saúde e doença veiculado pela visão de mundo dominante é a *incapacidade para trabalhar* (...) Para a classe trabalhadora, a representação de 'estar doente' como sinônimo de inatividade tem a marca da experiência existencial. As expressões correntes 'saúde é tudo, é a maior riqueza', 'saúde é igual a fortuna, é o maior tesouro', em oposição a 'doença como castigo, infelicidade, miséria' etc. são representações eloqüentes de uma realidade onde o corpo se tornou, para a maioria, o único gerador de bens.

A mesma autora (1996), comentando o papel das entrevistas na pesquisa social, nos diz que: "Quando se trata de apreender sistemas de valores, de normas, de representações de determinado grupo social, ou quando se trata de compreender relações, o questionário se revela insuficiente" (p.121).

Esta limitação nos orientou no sentido de, baseados nos dados obtidos nestes questionários sobre as representações sociais de saúde e de doença dos moradores pesquisados, buscar identificar alguns deles que pudessem ser entrevistados, em uma segunda etapa, para nos falarem sobre suas histórias de vida. Foi com este objetivo que escolhemos uma dentre as comunidades inicialmente estudadas para aprofundarmos a pesquisa através das histórias de vida de quatro de seus moradores.

Capítulo 7: ESTUDO FINAL

7.1 A comunidade escolhida

Inicialmente, gostaríamos de explicar a que nos referimos quando empregamos a palavra *comunidade*. Muitas áreas acadêmicas têm se utilizado do termo - das ciências biológicas às ciências sociais -, o que trouxe uma grande elasticidade ao conceito. Etimologicamente, a palavra deriva do latim *communitate*, que se refere ao “que é de muitos”, ao “que é de todos”, ao “que é comum (*commune*) a todos”. A primeira acepção apontada nos dicionários abarca desde “coisas materiais” até “noções abstratas do que é comum a diversos indivíduos” (Houaiss 2001). Assim, por extensão, grupos unidos pelo espaço geográfico habitado comum, por ideais comuns, profissões, religiões, línguas, etnias, traços culturais ou mesmo interesses comuns são apontadas habitualmente como *comunidades*. Nos últimos anos, em nosso país, o termo *comunidade* passou a ser empregado para designar os grupos de moradores de áreas pobres, havendo mesmo uma substituição, em nosso município, do termo *favela* por *comunidade*, provavelmente pela conotação pejorativa que a palavra *favela* adquiriu com o tempo, como “lugar de mau aspecto, desagradável” (id. 2001) e sua associação à insalubridade, à violência. As comunidades a que aqui nos referimos e que foram estudadas têm em comum o espaço geográfico em que moram - favelas do município - com toda a problemática associada a isso: a pobreza, a insalubridade, a ausência do Estado, a submissão ao poder do tráfico ali presente, além de culturas específicas que as identificam.

As comunidades do Complexo de Manguinhos foram descartadas logo após a aplicação dos questionários, devido à falta de infra-estrutura que facilitasse o trabalho do pesquisador, além da tensão provocada pela presença constante de jovens fortemente armados durante todo o tempo. As comunidades da Cidade de Deus já o foram por outro motivo: a instituição parceira que intermedeia o contato de Médicos Solidários com elas possui uma boa infra-estrutura, mas localiza-se relativamente distante destas, dificultando o contato direto do pesquisador com a comunidade, assim como a própria presença de seus membros na instituição.

A comunidade escolhida foi uma das mais pobres de todo o complexo do Morro da Providência. A escolha deveu-se, em parte, à boa parceira de Médicos Solidários com a instituição presente na comunidade, o ICP (Instituto Central do Povo), mantido pelo IMAS (Instituto Metodista de Assistência Social), suas instalações seguras e confortáveis para as entrevistas com os moradores a serem entrevistados, sua independência com relação ao tráfico de drogas e o respeito por parte dos beneficiários de seus serviços, construído ao longo de praticamente cem anos de participação comunitária da instituição. Outros motivos relevantes para o aprofundamento da pesquisa da comunidade foram a constatação de que algumas das respostas colhidas nos questionários ali realizados expressavam claramente o desencontro entre o olhar de profissional de saúde do pesquisador e a percepção de saúde dos entrevistados, além da localização da comunidade, encravada no coração da cidade, em contraste com a situação periférica, quase mesmo marginal de seus moradores com relação aos equipamentos públicos e aos seus direitos de cidadania.

A própria história da comunidade nos mostra que ela brota da aridez do Estado com relação aos despossuídos. Em 1897, após a vitória na guerra de Canudos, cerca de dez mil soldados vieram para o Rio de Janeiro, seduzidos com a promessa do Governo de ganhar casas na então capital federal. Como a construção das casas não ocorreu devido a entraves burocráticos e políticos, veteranos da campanha pediram permissão ao Ministério da Guerra para construírem suas casas no morro da Providência e, para isso, utilizaram escombros de cortiços da Avenida Central, demolidos na construção da atual Avenida Rio Branco, no bojo da reforma higienista. Daí em diante, o morro passou a se chamar morro da Favela, acredita-se que em referência ao morro do sertão baiano de mesmo nome, de onde a artilharia do governo bombardeava o reduto dos jagunços de Antonio Conselheiro. Considerada oficialmente a primeira favela do Rio de Janeiro, o Morro da Favela, que fica atrás das gares da Estrada de Ferro Central do Brasil, tornou a ser chamado Morro da Providência depois que o termo *favela* passou a ser substantivo, designando, segundo Holanda (1999), qualquer “conjunto de habitações populares, toscamente construídas (por via de regra em morros) e desprovidas de recursos higiênicos”. Apesar disto, a primeira associação de moradores da comunidade, fundada nos anos 60, ainda hoje tem no seu estatuto o nome oficial de Associação Pró-Melhoramento do Morro da Favela.

7.2 Histórias de vida

A lembrança da vida da gente se guarda em trechos diversos, cada um com seu signo e sentimento, uns com os outros acho que nem não misturam. Contar seguido, alinhavado, só mesmo as coisas de rara importância. De cada vivimento que eu real tive, de alegria forte ou pesar, cada vez daquela hoje vejo que eu era como se fosse diferente pessoa. Sucedido desgovernado. Assim eu acho, assim é que eu conto. O senhor é bondoso de me ouvir. Tem horas antigas que ficaram muito mais perto da gente do que outras, de recente data. O senhor mesmo sabe.

(João Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas)

Como passo seguinte, colhemos relatos orais sobre as histórias de vida de quatro moradores da comunidade, através de entrevistas não estruturadas, modalidade de entrevista que nos permitiu um aprofundamento em questões que nos pareceram relevantes ao longo do seu curso, dentro de uma perspectiva de observação ativa. A entrevista é um instrumento de interação por excelência e o fato de o entrevistador estar presente no momento da informação permite que ele possa aprofundar ou não um tema e esclarecer algum detalhe ou informação. Minayo (1996) nos diz a respeito: “O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (p.123). Bosi (2003) completa: “Em termos acadêmicos de técnica de pesquisa, na verdade se combinam bem os procedimentos de *história de vida e perguntas exploratórias*, desde que deixem ao

recordador a liberdade de encadear e compor, à sua vontade, os momentos do seu passado”. É, portanto, um método de coleta de dados sensível, porém por ser uma técnica calcada na interação entre duas pessoas, torna-se suscetível às desigualdades entre os atores da relação. Por isto, a abordagem das pessoas escolhidas foi feita a partir das instituições envolvidas, no caso o Instituto Central do Povo e Médicos Solidários, sempre buscando descaracterizar qualquer possibilidade de a entrevista confundir-se com uma consulta médica, pelo fato de o pesquisador poder ser previamente conhecido dos entrevistados como médico da ONG. Além disso, o espaço dos encontros foi uma sala cedida pelo instituto, onde procuramos oferecer aos atores sociais ouvidos o maior tempo disponível para os seus relatos. Foi explicado aos entrevistados, logo no primeiro contato, e reiterado no(s) subsequente(s), que o objetivo da entrevista era acadêmico, numa perspectiva de se conhecerem melhor as demandas das pessoas a serem beneficiadas por projetos sociais e de saúde como o projeto Saúde Solidária.

A narrativa dos moradores sobre suas memórias de vida, suas heranças familiares e seus hábitos relacionados à saúde e suas práticas sociais foi escolhida como instrumento principal de investigação. Isto porque acreditamos que na narrativa poderiam estar contidas suas representações sociais de saúde e doença e o processo de construção destas em cada um dos entrevistados. Assim, analisando a estruturação do (re)conhecimento do objeto (a objetivação) - no caso, a saúde e a doença - e a sua “tradução” para o universo familiar, acreditamos poder compreender também aspectos relevantes das trajetórias da exclusão de cada um e da sua exclusão dos serviços oferecidos. Mas fizemos também a opção de permitir aos narradores fazerem digressões ao longo dos

relatos, não só para que ficassem mais à vontade, mas também por acreditarmos que muitas delas poderiam ter conteúdos relevantes.

As histórias de vida, mesmo carregando fortes características subjetivas, podem ser uma expressiva manifestação da inserção desse indivíduo em seu meio social e a leitura de histórias de vida cruzadas pode conduzir “à análise da estrutura longitudinal do sujeito (perfil pessoal) paralela e complementar à análise da estrutura transversal do grupo (...)” (Nasciutti & Nóbrega, 1994, p. 47), o que contribuirá para a compreensão das representações sociais do grupo estudado. André Lévy (1995) afirma, ainda sobre a relação entre história individual e história coletiva, que “(...) se pode ter acesso à história de uma sociedade de uma forma particularmente fácil e adequada, partindo-se da história de um indivíduo separado, de um indivíduo distinto, de qualquer indivíduo que viveu esta história coletiva” (p. 9). E cita a concordância de Marcel Mauss quando este diz que “se pode ter acesso à história e à verdade de uma sociedade através da consciência de um indivíduo que tenha participado desta história”. Também Queiroz (1988) afirma “a história de vida é, portanto, técnica que capta o que sucede na encruzilhada da vida individual com o social” (p.36), desvendando a relação entre o sujeito e a estrutura social. As histórias de vida “se colocam justamente no ponto de intersecção das relações entre o que é exterior ao indivíduo e o que ele traz em seu íntimo” (Queiroz, 1988, p. 40).

Tendo em vista sua relevância para a posterior interpretação das trajetórias individuais, foram observados especialmente alguns aspectos das histórias pessoais. Assim, a família, através da qual “se efetua a impregnação social, como elemento de ação do sistema social sobre os indivíduos” (Nasciutti, 1998), a

herança – capitais afetivo, cultural, ideológico, social e econômico – instrumento de localização do sujeito na estrutura social, e o projeto parental, foram elementos que buscamos captar nas entrevistas.

Nos casos presentes, o pesquisador teve a possibilidade de outros momentos com as pessoas entrevistadas, quando pôde dirimir as dúvidas surgidas na primeira entrevista, especialmente buscando a coleta de mais dados referentes às suas histórias de saúde e doença. Assim, com cada um dos narradores, tivemos a oportunidade de, no mínimo, três encontros, sendo pelo menos um deles na comunidade e outro na instituição, onde foram realizados os mais demorados. No caso de Antonio, que é o único com uma atividade profissional formal, conseguimos ter um contato com ele também no hotel em que trabalha.

A transcrição do relato oral para o relato escrito foi feita pelo entrevistador logo após a realização da entrevista e garantiu a fidelidade do registro e o anonimato dos entrevistados. Foram transcritos os relatos na forma coloquial em que foram expressos, conservando-se, assim, a forma gramatical dos depoentes. Para garantir a segurança dos depoentes, em função das referências feitas por quase todos ao poder do tráfico de drogas dentro da comunidade, optamos por ocultar os seus nomes verdadeiros, da mesma forma como foi ocultado o nome da comunidade estudada.

7.3 Os pesquisados

Há histórias tão verdadeiras que às vezes parece que são inventadas.
Manoel de Barros – Livro sobre Nada

A primeira moradora escolhida para um estudo mais profundo foi uma mulher que, respondendo ao questionário, afirmou não terem ela e seus filhos jamais precisado do projeto. Ocorre que, ao lhe ser feita a pergunta “qual a última vez que ela ou seus filhos precisaram de assistência à saúde”, respondeu que saíra na véspera do hospital Miguel Couto, onde sua filha ficara internada após um quadro de crise convulsiva “por causa de lombriga”. É importante lembrar que uma criança com parasita intestinal, para chegar a um quadro de crise convulsiva provocada por este - mesmo sendo a patogenesia deste quadro clínico ainda incerta -, acredita-se, pela observação clínica, deva estar acometida por uma infestação maciça do verme, cientificamente conhecido como *Ascaris lumbricoides*. Esta intensa infestação provocaria no organismo reações às toxinas do parasita, o que causaria as convulsões. No entanto, até chegar a este quadro, uma criança desenvolveria sintomas diversos, como distensão abdominal (a barriguinha estufada das crianças com vermes), alterações respiratórias diversas, como tosse por irritação brônquica e secreção nasal com prurido (provocadas pelo ciclo reprodutivo do verme, que tem uma passagem pela árvore respiratória), além de sintomas digestivos variados provocados pela ação direta do parasita no tubo digestivo, e patologias secundárias - mas não menos expressivas - como até mesmo a anemia. A pergunta que se fez, então foi: será que essa mãe não

percebeu ou desconfiou que sua filha (de três anos à época) estava doente (afinal, pela lógica do pesquisador, médico, esta criança teria que estar apresentando sintomas já há algum tempo)? Por quê? Infelizmente, para preocupação, angústia e frustração do pesquisador, esta mulher, cuja trajetória era especialmente marcada pela exclusão, tornou-se moradora de rua e, posteriormente desapareceu da comunidade estudada e do próprio grupo de moradores de rua com quem convivia, após episódios de violência conjugal, tendo sido obrigada, inclusive, a deixar para trás seus três filhos com a avó paterna, sob risco de ser morta pelo marido, integrante do grupo de traficantes da comunidade. A impossibilidade de entrevistá-la marcou o início da segunda fase da pesquisa, mostrando que alguns dos obstáculos a serem superados ultrapassariam os previstos pelo pesquisador. A situação ora relatada serviu também de alerta para o espectro bem mais amplo de dificuldades que envolvem a população pesquisada. A última informação com relação à mulher aqui referida é de que ela se encontra viva, porém morando fora do município do Rio de Janeiro.

Houve uma outra mulher da qual desejamos conhecer a história de vida por apresentar características que se destacavam das outras mulheres da comunidade e que pudemos testemunhar, podendo servir de contraponto neste estudo. Seus filhos, em número de cinco, freqüentam a escola com assiduidade, acompanham os conteúdos ministrados e têm pequena convivência com as vielas da comunidade, sendo que o mais velho, de dezessete anos, já se encontra empregado. Sua casa, bastante pobre como todas da comunidade, revelava sinais de cuidado que a diferenciavam das outras casas visitadas, desde aqueles mais aparentes, como panelas e louças limpas, por exemplo, até uma talha de barro

para filtrar a água a ser utilizada para beber (é interessante assinalar que de todas as sete casas em que o pesquisador teve a oportunidade de entrar na comunidade, esta foi a única em que a água ingerida não era coletada diretamente da torneira). No entanto, esta mulher, ao ser colocada diante da necessidade de termos nossas conversas gravadas, se recusou terminantemente. Interpretamos a sua atitude como uma possível manifestação do mesmo cuidado que a fazia proteger os filhos do hostil e arriscado ambiente externo à casa dentro da comunidade. Ao responder ao questionário, expressou com relação à sua representação de doença: “A pessoa doente não tem nada. Andei desanimada, com tonteira, sem vontade pra nada, deixando juntar roupa (para lavar)... Atualmente, estou bem. Me considero doente quando não dá pra fazer nada, pra trabalhar”. Pelo que pudemos apreender do seu relato, o quadro de “desânimo” acima descrito, foi de anemia, muito provavelmente por espoliação subsequente à última gravidez e aleitamento, já que o tratamento que a livrou do problema foi com sulfato ferroso, utilizado para anemia, o que pudemos atestar através de receita por ela apresentada.

Das quatro pessoas entrevistadas, somente uma delas é homem. Na verdade, é rara a presença de homens disponíveis para entrevistas nesta comunidade, assim como nas outras estudadas, pelo menos nos horários (durante o dia e no horário comercial) em que estas foram visitadas: entre os poucos homens encontrados, alguns estavam embriagados ou drogados, outros estavam armados (trabalhando para o tráfico) e somente seis (dentre cinquenta e quatro, ou seja, pouco mais de 11%) estavam disponíveis para responder ao questionário na primeira fase da pesquisa, aparentando, na maior parte das vezes, um grau maior de desconfiança do que as mulheres, o que se revelou na reticência das respostas.

Este homem, que chamarei aqui de Antonio, não foi entrevistado por ocasião do questionário, mas sua escolha para a segunda fase da pesquisa deveu-se à impossibilidade de entrevistar-se outro homem da comunidade - os únicos presentes nas visitas realizadas apresentavam sinais de uso de drogas ou alegaram impossibilidade de marcar um encontro para aprofundarmos a conversa. Para que a pesquisa não ficasse centrada somente em mulheres, dando a ela um corte de gênero, o que não era nossa intenção, escolhemos Antonio para complementarmos as oitavas de histórias de vida.

Sua mulher, Dina, é outra entrevistada, tem 34 anos e na ocasião das primeiras entrevistas esperava o nono filho, que veio a nascer antes do seu último encontro com o pesquisador. Seus dois filhos mais velhos, frutos de relacionamentos anteriores, moram no Ceará e foram dados (um deles para o tio materno, uma outra para uma mulher da região) pela impossibilidade de Dina criá-los à época em que nasceram. Além destas nove gestações, ainda houve mais três, sendo duas interrompidas por abortos “espontâneos” após brigas (somente verbais, segundo ela) com o marido e outra sem motivo aparente. A dificuldade de Dina em se submeter ao uso de contraceptivos orais (“Isso ali é uma coisa certa, né, tem que tomar todo dia e eu esqueço. Aí é onde eu pego esses meninos...”) fez com que o pesquisador, visando ao estabelecimento de alguma ação de planejamento familiar, a encaminhasse para a rede de voluntários da ONG em momento posterior aos encontros com ela. Sua história, com um número tão grande de gestações (nossos primeiros encontros foram ainda durante sua última gravidez), as condições tão precárias de vida e a falta de qualquer planejamento familiar nos chamaram a atenção, motivando a escolha dela como entrevistada.

Além disso, quando inquirida por ocasião do questionário disse que saúde para ela é “não sentir nada” e doença é “sentir dor”. Mesmo tendo necessidade aparente, em função de uma dor no estômago presente há anos e para a qual não faz tratamento, disse ainda não ter utilizado o projeto devido à “falta de tempo”.

A sogra de Dina e mãe de Antonio, Francisca, de 56 anos (10 filhos, “uns 18 netos, por aí”), foi outra entrevistada. Também vinda do Ceará, Francisca tenta conseguir algum jeito de comprovar junto à Previdência Social que já trabalhou o suficiente para se aposentar e voltar para o Ceará, onde tem casa própria e onde está o seu marido. Sua grande frustração é que, segundo as regras da Previdência, ela ainda não tem direito à aposentadoria por tempo de contribuição e nem pela idade e também pela falta de comprovação do tempo de trabalho rural. Então, ela segue a vida aguardando algum trabalho ou alguma ajuda para conseguir sua aposentadoria, o que fica explícito ao fim da entrevista, quando pede “Mas se você pudesse me ajudar a me aposentar... Já tá passando o tempo, se você desse uma declaração do que eu tinha, do que eu tenho passado. Aposentada, eu garanto aquele dinheiro pra comer. Só tem meu filho, ganhando um salário, se tiver mais meu marido aqui, não dá pra todos”. Quando perguntada sobre o que é a doença, disse: “A coisa mais ruim que tem porque a pessoa não consegue fazer nada, não consegue trabalhar, aí morre de fome. Era isto que ia acontecer comigo”...

A outra entrevistada, Bárbara, tem 37 anos e, por ocasião do questionário, provocou grande surpresa no pesquisador ao afirmar que lamentava não poder mais ter filhos porque, com as facilidades que o governo dava agora para quem tinha filho, ela poderia “conseguir uma dessas bolsas aí...”, já que emprego, ela

não consegue mais devido à “idade avançada” (37 anos) e à baixa escolaridade (“não consegui passar da segunda série”). No dia da realização do questionário, o pesquisador pôde observar que ela apresentava sinais de dispnéia (falta de ar), o que foi confirmado por seu relato, em que informa ser portadora de asma brônquica. O fato de ela não fazer tratamento regular, apesar da doença crônica, além da afirmação de que uma gravidez poderia ser fonte de renda foram determinantes na sua escolha para a fase posterior da pesquisa. Ela tem três filhos, sendo uma filha de 17 anos, desaparecida.

7.4 Análise das histórias recolhidas

Tem mais presença em mim o que me falta
Manoel de Barros – Livro sobre Nada

A histórica condição miserável das pessoas ouvidas cria justificativas para todas as dificuldades de suas vidas e nossa tentativa será entender o que possa estar além desta ou desdobrado em outras faces menos óbvias da pobreza. O fato de os depoentes não utilizarem os serviços de saúde oferecidos, mesmo necessitando deles, é o que pretendemos compreender.

Sarah Escorel propõe que se analisem as trajetórias de exclusão social não somente pelos eixos de integração ao mundo sócio-familiar e do trabalho propostos por Robert Castel, mas também das representações culturais, da cidadania e da vida.

Como o foco principal desse trabalho é a saúde, buscamos aprofundar nosso estudo nessa categoria através das subcategorias *acesso a serviços*

(*atendimento de saúde*), à *educação sanitária* e à *alimentação*, além das suas *representações sociais*. Complementarmente, nos detivemos também no binômio educação-trabalho, buscando examinar estes eixos no âmbito da família e do social.

7.4.1 A saúde hoje

Bárbara chamou atenção já no questionário pelo fato de apresentar sinais de dispnéia (falta de ar) perceptíveis aos olhos do pesquisador e por informar ser portadora de asma brônquica, mas somente ter utilizado o projeto da ONG para atendimento ginecológico. Disse, ainda, que só faz tratamento da asma nas crises (“eu ia sempre no Souza Aguiar, na emergência dos Servidores... Eu tenho ido a minha vida toda”). Ou seja, ela somente busca tratamento quando a doença manifesta seus sintomas de forma mais intensa e aguda, fazendo-a achar que vai “morrer de falta de ar”. Portanto, o projeto oferecido pela ONG não atenderia à sua demanda em termos temporais, já que as consultas são marcadas com antecedência de em média uma semana, e sua busca por atendimento é para a hora em que a crise ocorre.

O relato sobre a sua consciência da doença é ambíguo porque, ao mesmo tempo em que se lamenta pela enfermidade, demonstrando o seu sofrimento e sua resignação com uma “vida de doente”, a minimiza, afirmando diversas vezes que só tem essa doença e que ela “não mata de uma vez, mata aos poucos.”

De problema de doença, só tenho essa alergia mesmo, falta de ar, bronquite, desde pequeninha que eu tenho. Ó, desde que eu me conheci como gente, desde pequena. Eu ia sempre no Souza Aguiar, na emergência dos Servidores...Eu tenho ido a minha vida toda...É um trauma, né pra mim. Eu, quando comecei a dar por si, que eu comecei a me entender, deve ser com uns cinco anos que a gente entende as primeiras crises, aí é que eu pude enxergar a realidade, porque é assim a vida de doente: é que eu tive, né, e tive que me conformar...Só tenho mesmo é essa asma, alergia. Eu não tenho saúde porque a pessoa com saúde não passa mal como eu passo. A pessoa com saúde é uma pessoa boa, não tem falta de ar, não tem nada, difícil pegar um resfriado...Essa asma é uma

doença que vai e volta, vai e volta, vai matando a pessoa aos poucos. Ela não mata assim de uma vez, não. Ela mata aos poucos. É uma doença.

Uma outra característica contraditória em seu relato é que, mesmo sendo a asma uma enfermidade extremamente limitante durante as crises, Bárbara afirmou durante o questionário que melhora da doença trabalhando. Sua fala também é contraditória quando afirma que a doença nunca atrapalhou o trabalho: “Acho que o problema da saúde nunca atrapalhou... Tinha tempo de eu trabalhar de dia e de noite! Eu fazia serviços gerais, firma de limpeza. E sempre dobrava. Trabalhava de dia e de noite. Às vezes, eu tinha de deixar eles (os três filhos) sozinhos em casa, quando trabalhava à noite”. No entanto, isto se opõe ao relato em que fala das visitas da irmã para ajudá-la, quando doente:

Quando ela sobe (o morro), os outros só sabem que ela é minha irmã porque ela vai lá em casa. Assim, quando eu tô ruim mesmo, não posso fazer as coisas, aí ela vai lá. Eu fico ruim de falta de ar mesmo, às vezes tem tempo que eu vou lá pra minha irmã... Às vezes ataca com febre e tudo. Dá febre, já tive umas cinco pneumonias, constantemente tá me dando problema.

Em nosso primeiro encontro, por ocasião do questionário, Bárbara lamentou a impossibilidade de ter um filho por ter feito laqueadura tubária (“ligado as trompas”), o que a impediria de conseguir uma Bolsa Social do governo. Em nosso segundo encontro, informou que isto se devia a um “problema” do marido atual, que não quis esclarecer: “Eu não liguei (as trompas) não. Mas isso aí, eu não posso falar, principalmente porque tá gravado... Eu só sei te dizer que não tive mais sorte de pegar filho”. Já na terceira vez em que conversamos, Bárbara falou um pouco mais: “Hoje em dia, pras pessoas que têm filho é uma maravilha: tem cheque cidadão, bolsa de compras, tem escolar, com um *tirinho* ganha cesta básica, ganha tudo...Eu vou dizer pra você, agora ele (o marido) tá trabalhando, e eu tava pensando comigo: se eu não arrumar um trabalho logo, eu tô ferrada,

porque filho novo eu não tenho pra me segurar”. E sobre a *impossibilidade* de uma gravidez, tenta esclarecer:

(...) filho, eu não tenho nem mais esperança de pegar. Eu não tenho problema nenhum, eu continuo pegando filho igual quando eu era nova, só que eu tenho um problema que eu não pego. Um problema dentro de casa mesmo. Que rola dentro de casa... Ele (o marido) tem problema, não pode ter filho, os filhos dele tudo morrem. Quando ele tava com outra moça, morreu dois filhos. Então, não vale a pena porque passei dois meses internada (há seis anos, quando teve uma menina com ele, natimorta).

Um fato destaca-se na narrativa de Bárbara: apesar de ela não associar diretamente a saúde com o trabalho, ela claramente representa o corpo como um instrumento de trabalho. Hoje, o único obstáculo para utilizá-lo assim é o *problema* (falta de saúde) com o marido. E um filho - que poderia produzir com o corpo - seria uma fonte de renda garantida, já que hoje ela não consegue mais trabalho. Outro ponto também nos chamou a atenção: a constatação de que, em nosso segundo encontro, o mais longo, de cerca de duas horas, Bárbara falou vinte e cinco vezes a palavra *trabalho* e quarenta e duas vezes conjugou o verbo *trabalhar* em algum de seus tempos. Carreiro (1999) nos fala da metáfora do “corpo-capital” quando aponta que as classes trabalhadoras valorizam positivamente o “corpo são”, pois este “significa uma potencialidade, a de poder converter-se em capital”. E completa: “O corpo é representado de forma mais negativa quando ele se encontra na impossibilidade de se representar como capital, o que inclui perder o reconhecimento institucional” (p. 93). Assim, parece-nos que a impossibilidade de Bárbara ter um filho significa algo além da renda advinda de uma bolsa do governo: também a de ser reconhecida como produtiva.

Francisca, durante o questionário, apresentou queixas diversas com relação à saúde, o que ressaltou o fato de se considerar doente e não fazer tratamento,

inclusive pelo projeto oferecido pela ONG, mesmo tendo se utilizado dele uma vez, por ocasião de uma consulta oftalmológica e considerado “bom” o atendimento, o que foi aferido no questionário. Para ela:

A saúde é a coisa mais importante na vida da gente porque com saúde a gente pode correr atrás de trabalho, pode trabalhar não estar sentindo nada. Se a gente tá doente, a gente vai morrer à míngua, não pode fazer nada, só Deus mesmo. Com saúde, se você não arrumar aqui, você vai pra outro lugar, você arruma... A saúde é a coisa mais importante da vida de uma pessoa. Primeiramente, a coisa mais importante da vida de uma pessoa é Deus. Mas depois de Deus, a saúde da gente, que é ele mesmo que pode dar. Doença é uma coisa muito ruim, não dá pra entender, é a tristeza. A saúde é a alegria, é vida, tudo na vida é a saúde, e a doença é só o que é ruim. A pessoa pode estar bem; se adoecer, a doença vai atrapalhar sua vida, vai tudo por água abaixo. É a doença comendo tudo que é seu: acaba com você e com tudo seu.

Ela se queixa de não ter saúde, sendo que, na época do questionário, referia ter dores de cabeça freqüentes e “doença dos nervos”, segundo lhe havia falado alguns médicos daqui e do Ceará, que havia consultado. Por ocasião dos encontros posteriores, suas queixas eram variáveis, difusas, como dores migratórias pelo corpo, “falta de ar” ou “nervoso nos peitos” com “batedeira”. Após ter sido encaminhada para médicos da rede, não foi observada qualquer enfermidade física que justificasse os sintomas relatados. Assim, pareceu-nos que seu sofrimento estaria mais relacionado ao cansaço de muitos anos de trabalho sem fim e à frustração de não conseguir aposentadoria, já que, até onde pudemos constatar, todas as suas queixas eram absolutamente subjetivas. Afinal, a “batedeira” e o “nervoso nos peitos” não são acompanhados de aumento da freqüência cardíaca; a “falta de ar” não tem a correspondência objetiva do aumento da freqüência respiratória; a radiografia de tórax é normal, assim como seu eletrocardiograma. Ao que parece, ela não se sente mais saudável e com forças

para trabalhar, mas precisa de uma renda que lhe garanta a sobrevivência e, por isso, deseja se aposentar. Por isso, o pedido ao fim de nosso penúltimo encontro: “(...) se você pudesse me ajudar a me aposentar... Já tá passando o tempo, se você desse uma declaração do que eu tinha, do que eu tenho passado. Aposentada, eu garanto aquele dinheiro pra comer. Só tem meu filho ganhando um salário. Se tiver mais meu marido aqui, não dá pra todos”.

Dina afirmou ter dores no estômago há alguns anos, mas disse não fazer tratamento e, mesmo conhecendo o projeto, justificou a não utilização dele por “falta de tempo”. É difícil contestar sua fala, pois ela cuida de seus sete filhos pequenos, sendo que a mais velha - de onze anos apenas - é a única que a ajuda em casa. Pelas queixas relatadas, a impressão diagnóstica é de um quadro de gastrite, o que somente poderia ser confirmado através de uma endoscopia digestiva alta. No entanto, apesar do incômodo, Dina somente buscou os serviços de saúde para acompanhamento pré-natal, mesmo assim, somente a partir do quinto mês de gestação e, posteriormente, quando a encaminhamos para uma ginecologista que a orientasse com relação ao planejamento familiar. Quanto à dor no estômago, apesar de ser queixa antiga, não quis procurar gastroenterologista.

Eu tenho saúde porque nunca tive problema nenhum, já tive todos esses filhos, a gente passa nos médicos e eles não vêm problema nenhum. Às vezes sinto algumas coisas, mas é da gravidez. Dessa daqui mesmo (refere-se à sétima gravidez), eu tô com dor no estômago, não sei o que é isso. Tanto faz eu estar fina ou estar de barriga, que dói. Sinto isso há tempos, eu sinto mais quando tô grávida, mas quando vou no médico, nunca falo. Sinto dor nas pernas e quando tô fina, também. Não me alimento bem, às vezes como só feijão e arroz lá em casa. A dor do estômago, depois dá queimadura, azia.

Também tem esse problema na minha vista, um dia nem consegui abrir os olhos. Vermelhos e como se tivesse com uma areia. Me mandaram ir lá no Servidores, acho que é pra operar. O olho coça, cola, como se tivesse areia. Só às vezes é que sinto isso. Nessa gravidez, eu sinto um pouco de ar (apontando para o abdome).

Amanhã é que vou ver os exames pra ver se tenho algum problema. Se Deus quiser, não. Eu ainda não fui à doutora, vou amanhã a primeira vez (está no quinto mês de gravidez e amanhã será a primeira consulta do pré-natal).

Ela nos diz que, quando vai ao médico, nunca se queixa da dor no estômago. Ao ser indagada do porquê, diz que se esquece, como se naturalizasse o sintoma ou se resignasse com o desconforto sentido. No entanto, não fica claro o motivo que a faz esquecer, sendo importante salientarmos que é também o esquecimento que compromete o uso de contraceptivos orais, o que ela conta, ao explicar o porquê das suas muitas gestações (foram doze em quinze anos): “Eu não se dou com remédio, não. E também que eu sou esquecida, acabo esquecendo de tomar. Sou muito esquecida mesmo! Isso ali é uma coisa certa, né, tem que tomar todo dia e eu esqueço. Aí é onde eu pego esses meninos...” Acreditamos que tal “esquecimento” seja expressão de sua alienação, possivelmente relacionada também com o analfabetismo. Em 1996, pesquisa realizada pela Bemfam - Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar - com amostra representativa de todas as regiões brasileiras, demonstrou relação íntima entre baixa escolaridade e alta fecundidade: 54,4% das adolescentes entre 15 a 19 anos que não tinham nenhuma escolaridade já tinham engravidado (Bemfam, 1996).

Antonio, que não foi entrevistado por ocasião da aplicação dos questionários, foi escolhido pela importância de se ouvir também um depoimento masculino, o que foi maior do que as possíveis conseqüências negativas pelo fato de ser marido de Dina e filho de Francisca. Facilitou a sua escolha o fato de trabalhar em turnos, possibilitando entrevistá-lo em alguns dias úteis, no horário comercial, quando estava de folga. [Analfabeto, atribui ao pouco estudo o fato de](#)

estar casado e com sete filhos, apesar da pouca idade. Sua representação sobre saúde é manifesta enfaticamente:

Saúde é tudo na vida da pessoa. A importância da pessoa é a saúde.. Porque se a pessoa não tem saúde, não tem nada na vida. Se você tá doente na cama, sem poder fazer nada na vida, como tem muitos aí, que não podem se levantar de uma cama...Eu pra mim, acho que a saúde é tudo. Eu acho que eu tenho bastante saúde. Eu só sinto de vez em quando uma dor de cabeça... Dá com frequência, é forte e dá dois três dias sem parar. Pode tomar remédio que não pára. Pára por conta própria. Do nada, ela começa a doer. Às vezes, já acordo com ela.

Pra mim, a doença é uma coisa ruim, que não tem nem como explicar. Todo tipo de doença é ruim. Às vezes tenho dor nas costas, mas é mau jeito. Furúnculo, desde criança eu tenho. Não sei se é através do sangue. Aí, eu espero ele amadurecer e espremo ele. Eu já tratei (com médico) uma vez no Ceará. Foi só uma vez. Tinha de dez pra onze anos.

Francisco diz apresentar furunculose com frequência (“várias vezes ao ano”) e, por isso, ter se acostumado e resolver o problema sozinho. No entanto, o procedimento empregado por Francisco, sem a cobertura de antibióticos, pode provocar a disseminação das bactérias através do sangue e trazer conseqüências graves. Além disso, ele ignora que exista a possibilidade de um tratamento que previna a incidência de furúnculos.

7.4.2 A infância

A noção de infância, mostra-nos Kramer (2003), é uma construção histórica e social que surge no contexto da modernidade “com a redução da mortalidade infantil, graças ao avanço da ciência e a mudanças econômicas e sociais” (p.85-87). A idéia da proteção e educação da criança emerge, então, nas classes médias da burguesia, ao mesmo tempo em que enormes contingentes de crianças eram submetidas ao trabalho escravo da Revolução Industrial que se iniciava.

Chegamos ao século XXI com um olhar sobre a criança estruturado sobre uma reconhecida vulnerabilidade em relação a este ser em formação, sob certo ponto de vista, até de desqualificação, trazendo como consequência, a necessidade de a sociedade se munir de instrumentos para proteger e dirigir o seu crescimento na direção de formar *adultos ideais*. Enquanto na Idade Média a aprendizagem se dava basicamente através da impregnação cultural pelas interações produzidas no ambiente da criança, com a Modernidade, surge a Escola como elemento de produção da educação, “projeto explícito de transmissão cultural” (Nóvoa, 2001, p.110).

7.4.3 Infância e trabalho

Todos os narradores viveram a experiência do trabalho na infância. Mais cedo ou mais tarde, em casa, na roça ou em *casas de família*, todos ainda crianças contribuíram com sua força de trabalho para a renda familiar.

Francisca começou a trabalhar bem cedo: “Aí, com nove anos, ele (se referindo a seu pai) botou todo mundo pra trabalhar. Meu pai nunca pôde dar um estudo a nós porque não tinha condição. Eram treze filhos, mulher e ele mais as outras filhas” (Francisca tinha duas meio-irmãs mais velhas, filhas do primeiro casamento de seu pai).

Antonio, mais jovem ainda, já trabalhava na lavoura:

Desde sete anos que eu trabalho. Trabalho na roça. Lá, a gente trabalha na roça aguando o tomate, pulverizando o tomate... Desde pequeno meu pai veio pra cá pro Rio de Janeiro, esqueceu da gente, nós tivemos que encarar uma batalha. O bicho pegava pro nosso lado. Pra gente ter o que comer, a gente teve que trabalhar.

Dina conta: “Não lembro nada do tempo de criança. Acho que eu ajudava em casa...” Mas quando fala da morte de um dos irmãos, refere que trabalhava na cidade já aos quinze anos e confirma o seu trabalho doméstico na infância, considerado pelos pesquisadores que se debruçam sobre a questão do trabalho na infância, um “*trabalho invisível*”, por não ser gerador direto de renda e nem aparecer nas estatísticas:

Essa irmã que era doente tava olhando ele e eu tava trabalhando lá no Ypu. Quem cuidava dele era eu, tinha o maior cuidado com ele. Aí, ela deixou o menino cair de cabeça. Eu fui trabalhar em casa de família com 15 anos fazia de tudo, arrumava casa. Primeiro lá no Ypu, depois Fortaleza, sempre em casa de família. Ganhava pouco mesmo, mas já ajudava...

E, quando nos fala de alguns de seus empregos, já na adolescência, sempre em “casas de família”, relata o seu desejo incontrolável de voltar para a casa da mãe, em pelo menos duas situações. Uma já aqui no Rio de Janeiro:

Trabalhei em Botafogo, na casa de um casal de velhos, tão bom ali! Aí passei um ano e oito meses lá e fui embora. Endoidei pra ir embora. Fui só com o dinheiro da passagem. Nessa época, eu vendi até o meu relógio pra inteirar minha passagem. Eu endoidei de uma hora pra outra pra ir embora. Sei lá por quê, foi de repente!

Outra, ainda no Ceará:

Às vezes, eu trabalhava de babá. Cuidar de filho dos outros é ruim... Eu cuidava de uma menina de uma mulher lá, bem novinha, quinze dias de nascida. A mulher ficou quase doida quando fui embora. Porque eu cuidava bem, né, pra ela arrumar outra de confiança ia ser muito difícil, né?(...) Ganhava pouco porque lá no Ceará eles pagam pouco. Foi lá em Fortaleza. Aí, foi na época que a mãe foi passear lá e eu endoidei pra vir embora mais ela. Eu sentia saudade. A gente vê a mãe da gente...

A forma como se deu a integração de todos os narradores com o mundo do trabalho talvez justifique porque Dina “endoidou” para ir embora: todos eles começaram a trabalhar na infância, ainda muito jovens, portanto, numa fase em que seu desenvolvimento dependeria muito da proteção familiar para sua

estruturação. No entanto, a necessidade de contribuir para a sobrevivência da família, já que todos eram açoitados pelo espectro da fome, fizeram-nos conscientes da obrigatoriedade de seu trabalho para a sobrevivência de todos, gerando um natural conflito.

O trabalho na infância costuma trazer uma série de conseqüências indesejáveis ao desenvolvimento da criança, sendo as principais delas o quase certo prejuízo no rendimento escolar, seja pela falta de tempo de dedicação às aulas, prejudicando a aprendizagem, seja pela própria evasão escolar, e o seu desdobramento natural que é uma pior qualificação profissional, o que pode constituir - e freqüentemente o faz - importante fator de perpetuação da pobreza.

Além disso, as crianças submetidas ao trabalho sofrem um desgaste físico grande, resultando no envelhecimento prematuro e em riscos diversos à saúde. Como exemplo, temos o caso de Antonio que, com apenas sete anos de idade, pulverizava a plantação de tomate, sendo exposto a um contato intenso, freqüente e certamente sem controle, com agrotóxicos (a criança, além de uma pele mais fina e com maior capacidade de absorção, tem uma freqüência cardíaca maior, facilitando a distribuição dos agrotóxicos pelo organismo).

Isto sem contar os possíveis distúrbios psicológicos que podem decorrer de uma infância com a sua ludicidade sufocada pelas responsabilidades precoces. Kramer (2003, p. 84) em um artigo onde questiona a idéia de alguns pensadores de que a infância - "uma das invenções mais humanitárias da modernidade" - está morrendo, faz a pergunta: "Que valor é atribuído à criança por pessoas de diferentes classes e grupos sociais? Qual o significado de ser criança nas diferentes culturas?"

7.4.4 Infância, trabalho e escola

Bárbara, ao falar das dificuldades pelas quais passou a família após o pai ter parado de trabalhar porque *“começou a sofrer do coração”*, se associa ao relato de Dina e confirma uma das mais drásticas conseqüências do trabalho precoce: a evasão escolar. Ao contrário dos outros narradores, ela emigrou do interior do Ceará ainda uma menina de três anos. No entanto, se isto a livrou do trabalho na roça, não a livrou do trabalho precoce, nas casas da vizinhança, contribuindo para afastá-la da escola. Ela conta:

Aqui no Livramento, eu ainda lavava louça pras pessoas, ainda fazia umas coisinhas. Eu faltava o colégio pra ir trabalhar. Eu chegava a ter aquele monte de moedas na minha mão... Eu era pequena ainda (...), mas trabalhava muito! Era trocando fralda do bebê, era aquele neném...(...) E eu, em vez de ir pro colégio, largava tudo e ia pra lá.

A idéia do trabalho infantil é encarada em alguns segmentos da nossa sociedade como formador, dignificante e preventivo da marginalidade. Há quem creia, inclusive, que se a criança começa a trabalhar cedo, o tempo ocupado a impedirá de se envolver com atividades infratoras. Francisca é uma delas. Sua fala, em que se nota a predominância absoluta do processo de reprodução familiar em oposição ao de diferenciação, revela um assentimento com relação à importância do trabalho ainda na infância, como elemento de formação do sujeito:

Botei meus filhos pra trabalhar tudo novinho. Eu disse: do jeito que meu pai me criou, vai ser vocês também. Pode até ser outras coisas, mas depois que vocês crescerem. Enquanto eu pude mandar em vocês, vocês vão ser o que eu sou e o que meu pai me ensinou. Eu agradeço a Deus todo dia porque meus filhos, até hoje, eu não tenho o que dizer dos meus filhos. Tudo tá trabalhando!

No entanto, seu relato nos mostra em outro ponto que a importância por ela atribuída ao trabalho na infância estava menos relacionada à formação dos filhos como cidadãos, como sugere sua fala anterior, e mais à necessidade de lutar pela sobrevivência:

Aí, com nove anos, ele botou todo mundo pra trabalhar. Meu pai nunca pôde dar um estudo a nós porque não tinha condição, eram treze filhos, mulher e ele e mais as outras filhas... Aí tinha que todo mundo trabalhar pra acabar de se criar e sobreviver.

Bárbara, ao relatar como o trabalho ocupou na sua infância o tempo do estudo, revela ainda o despreparo da escola para amparar uma criança trabalhadora, denunciando sua pedagogia excludente. Sua fala mostra o sofrimento por que passou e a humilhação que sofreu, de tal monta que se recusou a revelá-lo:

Mas eu tava trabalhando. Era trabalhando mesmo: em vez de eu ir pro colégio, eu ia direto pra lá. Depois, conheci a dona Francisca dali do Barroso. Onde tem a igreja, ela aqui desse lado. Aí, lá ela ia ter neném. Aí, eu lavava a louça pra ela, ela fazia aqueles vestidinhos pra mim, mas depois que subi pro morro, acabou a fonte porque ninguém tem pra pagar(...). Mas eu fiquei de recomeçar o estudo, mas depois, com doze anos, eu me desinteressei, não queria mais saber de colégio. Aí, parei no segundo ano, repeti uns cinco anos, fiz de tudo pra passar da segunda pra terceira série, que era a melhor fase, mas não teve jeito. A segunda é que sempre foi a pior Mas nunca consegui passar, me desinteressei pelo colégio. Eu não conseguia passar, eu tinha muita vergonha de chegar na escola, tinha encarnação, acho que eu saí mais do colégio mais por encarnação. Sempre tem encarnação. No nome, alguma coisa. Tipo assim, botar uma pilha numa pessoa. Eu não agüentava.

Dina também nos fala do trabalho precoce e o relaciona com o não estudar: “Lá a gente não estudava não. Nós trabalhava na roça... Não sei ler, não. Eu tenho vontade, mas pra aprender é muito difícil. Uma vez, eu arrumei uma escola aqui, de noite, mas tava com medo de passar no túnel de noite, aí não vim mais.”

Antonio conta o pouco que freqüentou a escola e sua fuga para brincar:

Eu estudava umas duas vezes por semana. Na época já tinha uns nove anos. Nove pra dez anos. Durante esse tempo que eu estudei, eu não estudei nem uma semana. Minha mãe me botava no colégio mas eu não ia porque era assim, sempre no colégio, é que eu trabalhava, eu tinha que ir de manhã e de meio-dia pra tarde, eu voltava pra trabalhar. Aí, o que a gente fazia: eu não ia pro colégio de manhã e ficava brincando.

Após falar das brincadeiras, ele nos conta sua difícil experiência escolar e do seu arrependimento por não ter estudado:

Deu pra divertir bastante, mesmo trabalhando, graças a Deus, só uma coisa que até hoje eu me arrependo de não ter feito é o estudo, porque na infância eu quase não estudei e quando eu estudava era danado demais. Eu era encapetado. Eu chegava no colégio e a professora ia me ensinar o dever e eu mandava ela, eu falava muita coisa, nome feio com ela. Chamava ela de rapariga, piranha, mandava “vai pro caralho” e ia embora porque ela queria me botar de castigo, né?. E o castigo na época lá era aqueles caroços de milho e você tinha que ficar de joelho em cima. Então o que eu fazia? Dizia: “eu nunca mais vou freqüentar esta escola pra estudar” e ia embora e ficava o dia todinho até dar a hora de ir pra casa pra dizer que eu tava estudando, né?... quando chegava em casa tava um galho de goiaba lá me esperando. De goiabeira, que não quebra mesmo. Era minha mãe quem pegava, porque o meu pai não tava lá na época, meu pai tava aqui, aí eu fui criado pela minha mãe.

É ainda Kramer quem pergunta de que infância falamos, “(...) já que a violência contra as crianças e entre elas se tornou uma constante, num contexto onde as imagens de pobreza e mendicância de crianças, bem como o trabalho infantil exemplificam uma situação em que o reino encantado da infância teria chegado ao final.” (p. 86)

7.4.5 A família

No lugar que a gente morava era de casa pouca, era mais ali todo mundo daquela comunidadezinha, era só em família, era tudo parente, não tinha ninguém que não fosse parente.

Depoimento de Antonio

Três das narrativas recolhidas - Francisca, Dina e Antonio - mostram uma acentuada subordinação das vidas dos depoentes às famílias de origem, em oposição a uma maior integração social, o que poderia propiciar mais autonomia pela oportunidade de diferenciação. Isto se deveu em grande parte à ausência absoluta de uma rede social de proteção, restando somente a família para abrandar o peso da luta pela sobrevivência. Sabemos que “a família ocupa o lugar mais importante na formação do indivíduo, como bem mostram a psicanálise, a sociologia e a antropologia” (Nasciutti, 1999, p. 98). É através dela que se dá a “impregnação social, como elemento de ação do sistema social sobre os indivíduos”. E no caso dos depoentes, alguns padrões se repetem, sugerindo uma herança familiar. Dessa forma, a fome na infância, o analfabetismo, a emigração, o desemprego ou subemprego, as gestações na adolescência, as proles numerosas, são características que se repetem em suas histórias, assim como de outros parentes a quem se referem em seus depoimentos.

Antonio lamenta a falta de estudo, atribuindo a isto a grande quantidade de filhos que tem ainda tão jovem (tem vinte e oito anos e sete filhos):

(...) você acha que eu, se tivesse uma explicação, uma orientação, se tivesse estudado mais um pouco, você acha que ainda hoje eu era assim, eu tava com esse tanto de filho, tava casado? Não tava, não tinha esse tanto de filho, não tava casado, com certeza não estaria aí.

Da mesma forma que seus filhos, seus irmãos também são muitos: “Nossos irmãos são nove. Aliás, não são nove, são dez porque tem um que é filho da minha mãe e não é filho do meu pai”.

E Francisca, falando sobre os filhos que teve precocemente e sem condições de criá-los, também atribui a situação à sua ignorância sobre a criação:

Depois, em 73 ou 70, não sei, tive meu primeiro filho, casei com um primo legítimo meu e não deu certo. Eu sempre fui trabalhadeira, sempre gostei de trabalhar e ele era muito preguiçoso. Era primo legítimo mesmo, o pai dele, meu tio. Aí, tive o primeiro filho meu, esse já tá com 34-35. Eu larguei ele (o filho), deixei as roupas na casa do pai dele...Eu era muito criança quando casei, não sabia de nada, não sabia o que era cria, antigamente ninguém sabia como é que tinha filho, como é que vivia mais um homem, a gente não sabia de nada, a minha mãe não dizia nada, quando ia ter um filho era tudo escondido – tudo dentro de casa mesmo, não era em mão de doutor não.

Sua mãe também teve muitos filhos:

Primeira filha da minha mãe, de treze irmãos. São sete mulheres e cinco homens... Desses homens só tem o caçula. De irmãs, era sete, né, tem uma que sumiu, foi lá pro Piauí, de lá ninguém sabe se está viva, se já morreu. É a do meio. Agora aqui, junto com a gente, já morreu uma, só tem é eu, a Maria, a Helena, que é caçula também e a Rosa que morreu, teve um probleminha agora, tá com seis meses... Minha mãe teve treze filhos fora os abortos, mas não sei quanto abortos teve. O meu irmão que era o homem primeiro – o meu pai tinha o maior desejo de ter um homem, só nascia mulher, morreu com sete meses de nascido.

E Dina, que com trinta e quatro anos tem nove filhos, fora os três abortos, repete o padrão da mãe: “Nós somos cinco mulheres e quatro homens, fora os que morreram. Ela (a mãe) teve quinze. Agora não tem mais porque ficou velha mesmo”.

Bárbara, com a perda do pai aos dez anos, sofreu muito nas mãos do padrasto que teve “por um tempo”. Quando a mãe morreu, tinha dezesseis anos e

seus dois filhos mais velhos já eram nascidos, restando somente os irmãos pequenos para ajudá-la:

Eu tinha uma criança como se fosse um boneco. Eu não tinha responsabilidade nenhuma de pessoa adulta. Era muito nova e era muito sofrimento porque aí, minha mãe não poderia me ajudar em nada... Aliás, ela não aceitava porque ela achava que quando é raça assim, tinha que ir pra rua e dar seu jeito de vida. Sempre foi o pensamento dela. Eu tive que me virar sozinha, meu pai já tinha morrido quando eu tinha dez anos... Esses dois irmãos pequenininhos que agora estão morando em Nova Iguaçu, aqueles ali me ajudavam. Tinha um padrasto muito carrasco, uma época.

Ela foi mãe muito nova e, além de sofrer com a morte do pai e a falta de ajuda da mãe, ainda teve um padrasto que impedia seus irmãos pequenos de levarem comida, quando estava grávida de seus filhos:

Quando minha mãe faleceu, eu devia estar com uns dezesseis, dezessete anos. Quase que eu tinha já os meus filhos todos. Porque eu peguei eles muito nova. Esse que tá com vinte e quatro agora, eu peguei ele, eu tava com treze anos. Aí quando fiz os quatorze anos, eu tive ele. Esse é o mais velho. Tenho mais o Fulano e a Silvana, que sumiu. Já fez um ano agora, dia vinte e um de setembro. Eu tive quatro porque uma morreu, ainda na barriga, com sete meses. Ela devia estar agora com seis anos.

Sua única filha está desaparecida. Na ocasião de nosso segundo encontro, em outubro de 2005, fazia um ano que a filha desaparecera e passou a ser considerada morta por ela. Sua fala demonstra uma resignação doída:

O comentário que rodou no morro foi que tinham matado ela (...) Ela tinha esse problema de entrar no mercado e roubar, pegar as coisas...(...) agora minha esperança acabou porque eu não vejo ela chegando, não vejo um recado, um telegrama...E ela era muito minha amiga, não ia sumir... Minha esperança acabou. Diz que foi uma tal de polícia paisana.

Seu filho mais velho, de 25 anos, é “soldado⁴” do tráfico, embora ela nada nos conte sobre suas atividades atuais, apenas falando que ele trabalha com biscates:

Eu peguei ele com treze anos. Aí, quando fiz quatorze, eu tive ele. (...) esse de vinte e cinco anos que deu mais trabalho, até pedrada no diretor da creche ele deu. Fugiu (da escola, em regime de semi-internato, ao ouvir a professora dizer para a mãe não passar ‘da hora de pegar ele na sexta-feira’) e tiveram que botar a Kombi atrás dele. É que ele não queria ficar internado.

Quando ela fala do seu terceiro filho, revela todo o trabalho que teve e a diferença que pode fazer a presença paterna na criação de um filho:

O outro foi pro pai dele com uns oito anos. A fase difícil dele foi comigo: era trocar fralda, dar mamadeira, essas coisinhas, foi tudo comigo. Ele foi com oito anos pro pai dele. Na creche, não sei, só sei que foi um dia de sábado, eu fui trabalhar, aí, ele pegou ele no morro pelado, aí, ele pegou ele no colo e levou. Eu também não quis pegar não. Também não tive arrependimento por isso não, porque com o pai dele, ele foi muito bem. Tá até hoje trabalhando, de carteira assinada, não tem vício nem de cigarro, nem beber ele bebe. Ele trabalha em entrega de gelo, de bebida, no caminhão.

7.4.6 A paternidade

Há uma característica comum, presente na história de todas as famílias dos narradores ouvidos, relacionada à figura do pai: a ausência deste, mesmo que somente por um período determinado da infância - no caso da emigração - ou a sua incapacidade para o trabalho. Neste caso, uma das funções atribuídas ao pai, qual seja, a de provedor, é fortemente comprometida.

⁴ A informação (colhida de profissionais da área social) de que seu filho - que saíra da prisão recentemente, após ser preso por roubo - atualmente é “soldado do tráfico” pôde ser testemunhada pelo pesquisador em uma das visitas à comunidade, quando o mesmo se encontrava armado com

O pai de Dina esteve ausente sob os dois aspectos: “Meu pai trabalhava em Fortaleza e sempre vinha em casa. Quando aconteceu esse acidente com ele, ele não pôde mais trabalhar, não”. Mesmo assim, isto não comprometeu a sua autoridade, a ponto de Dina atribuir a ele a responsabilidade por não ter podido criar seus dois filhos mais velhos, sendo obrigada a dá-los para quem pudesse criá-los:

A menina nem me conhece, eu dei com 15 dias. Eu acho que eu tinha uns 18 anos ou vinte, não me lembro não. Meu pai também não tinha condição e criança precisa das coisas, precisa de comer”...E conclui: “A gente dá filho porque os pais da gente não têm condições, né? A gente não pode trabalhar com filho novo no braço. Meu pai não aceitava de criar dentro de casa porque a gente tinha que trabalhar na roça, né?”

Francisca, ao contar um diálogo com sua filha mais velha em que tenta justificar porque não pôde criá-la, fala da responsabilidade do pai da criança, além da sua subordinação aos seus pais:

Rosa, você tem que entender que o seu pai, nós não era junto. Ele não me deixou dentro de uma casa, deixou na casa dos meus pais, meus pais não quiseram criar... Que era que eu podia fazer. Não podia trabalhar de resguardo e nem podia... Fazer o quê, naquela pobreza, aí fui obrigada a te dar. Pra uma pessoa que pudesse criar. E você teve mais facilidade que mais eu. Casou muito bem, com um filho de pessoas da política. Se fosse mais eu, não tinha casado mais ele.

Ao mesmo tempo, ela reafirma a figura do pai como modelo, ao falar de como criou seus filhos: “Eu disse: do jeito que meu pai me criou, vai ser vocês também. Pode até ser outras coisas, mas depois que vocês crescerem. Enquanto eu puder mandar em vocês, vocês vão ser o que eu sou e o que meu pai me ensinou”.

outros homens, o que só é permitido, dentro da comunidade, àqueles indivíduos vinculados ao tráfico de drogas.

Bárbara nos conta como a família, a partir da doença do pai, foi se distanciando do *asfalto* e conseqüentemente das possibilidades de trabalho e de renda:

Morei primeiro no Livramento, ali logo naquela subida do Livramento. Aí, depois fomos subindo, depois fomos morar lá perto da Embratel. Aí, depois, fomos morar depois da igreja do Barroso. E fomos só subindo...Aí, fomos parar na Providência. Porque primeiramente, o cara pediu dinheiro do aluguel, aí não tinha porque meu pai parece que deu uma parada porque ele começou a sofrer do coração, aí parou de trabalhar. Aí, tivemos que morar lá em cima. Aqui no Livramento, eu ainda lavava louça pras pessoas, ainda fazia umas coisinhas... Eu faltava ao colégio pra ir trabalhar. Eu chegava a ter aquele monte de moedas na minha mão...Eu era pequena ainda.

E Dina, ao lamentar o fato de a mãe ter que trabalhar, apesar da idade, fala da invalidez do pai e de sua alienação:

Minha mãe trabalha em terra dos outros... Ela tá velha, mas ainda enfrenta a roça! Morre de trabalhar pros outros. Papai não agüenta trabalhar não, porque ele é doente. Teve uma moléstia lá em Fortaleza, né!! Ele trabalhava em obra, né, aí caiu uma parede em cima e ele não agüenta trabalhar. Ele não recebe benefício do INSS porque ele não corre atrás porque acha que não consegue. Ele não é aposentado nem nada. Ele é mais velho que minha mãe, mas não sabe a idade dele direito.

Francisca demonstra tristeza na voz ao falar sobre a decadência do pai: “Ele foi ficando velho, ele bebia muito, vendia tudo pra beber, vendia máquina de costurar que ele comprava pra minha mãe, mas depois jogou tudo fora. Ainda moramos um monte de tempo num barraquinho, aquelas casas de palha, aqueles taipos de barro... Foi muito sofrimento”.

E Antonio revela a situação de abandono em que foi deixada a família, após a emigração de seu pai:

(Eu) trabalhava em carreleira (fazendo covas enfileiradas pra plantar o feijão ou o milho), então este tempo todo nós sofremos muito pra poder... Porque nós éramos muita gente dentro de casa, então tinha que dar conta do recado, já que meu pai não mandava

nada. Ele vinha pra aqui e só queria saber... Não sei o que ele aprontava por aqui que não mandava nada pra gente.

Nogueira (2004) afirma que, geralmente, as famílias chefiadas por mulheres apresentam maiores leques de carências do que as chefiadas pelos homens, acarretando que elas dependam com maior intensidade dos rendimentos de suas crianças. Apesar disso, porém, não há indicações consistentes de que as mulheres utilizem, de forma mais intensiva, a mão de obra de seus filhos. No entanto, nas narrativas recolhidas, todos os depoentes passaram pela experiência do trabalho na infância e tiveram seus pais ausentes, pelo menos por um período, de suas funções provedoras, o que parece nessas histórias estar relacionado.

Ultimamente, a paternidade vem sendo objeto de estudo mais freqüente e profundo, apesar da literatura a respeito ainda ser bastante limitada quando comparada aos trabalhos publicados sobre a maternidade. Mesmo na internet, há uma relativa carência de sítios com referência ao tema. E, enquanto constata-se um maior envolvimento de homens da classe média na educação de seus filhos, inclusive com reivindicações jurídicas⁵ por mais e maiores direitos de participação no seu desenvolvimento, nas classes socialmente mais desfavorecidas, constata-se um aumento crescente dos lares chefiados por mulheres, que as estatísticas oficiais demonstram estarem entre os mais pobres. Se, na classe média, não é mais raro se verem pais levando os filhos ao pediatra ou participando de reuniões na escola, entre aqueles mais vitimados pela pobreza, a ausência paterna é uma evidência. Essas crianças se ressentiriam da carência das funções paternas tradicionais, fundadas na relação com o trabalho e na virilidade (Negreiros, 2004),

que seriam a de provedor - relacionada à manutenção econômica da família - e a de protetor - relacionada à proteção dos seus membros, dando a eles o suporte emocional e psicológico. Poderíamos acrescentar a estes o papel social daquele que reconhece a filiação e nomeia, assumindo socialmente a criança como filho.

As funções relativas à paternidade, da mesma forma que aquelas relacionadas à maternidade, têm significados construídos culturalmente e são, por isso, fortemente influenciadas pela constituição das identidades e dos papéis de gênero. Porém, a importância da presença ativa do pai revela-se claramente e guarda alguma independência com relação às representações que se fazem sobre a paternidade, o que pode ser constatado através de inúmeras pesquisas, principalmente aquelas relacionadas à escolaridade e trabalho, realizadas em sociedades diversas. Segundo Barros, Fox e Mendonça (1997), as crianças e os adolescentes dos domicílios chefiados por mulheres têm pior desenvolvimento do que aqueles de outros tipos de domicílio. Tendo como indicadores a participação na escola e no mercado de trabalho, eles verificaram que crianças e adolescentes de domicílios de chefia feminina têm uma maior probabilidade de estarem fora da escola e de estarem participando do mercado de trabalho. Foi também constatado que entre as crianças e adolescentes inseridos no mercado de trabalho, a proporção dos que estão fora da escola é maior para aqueles vivendo em domicílios chefiados por mulher.

Em uma outra pesquisa (Bruce, 2003) realizada com 242 meninas dos Estados Unidos e 520 da Nova Zelândia, acompanhadas prospectivamente desde

⁵ Uma delas, o direito à guarda do filho menor compartilhada com a mãe, em caso de separação do casal, foi recentemente (2006) aprovada na Câmara dos Deputados, faltando apenas sua aprovação no Senado Federal.

a infância - cinco anos - até em torno dos dezoito anos, os dados obtidos revelaram que a ausência paterna estava relacionada com a atividade sexual precoce e a gravidez precoce. Segundo o sítio “aleitamento.com”, baseado em dados divulgados pelo Departamento de Serviços Humanos e Sociais do Governo dos Estados Unidos, meninas sem pai têm:

- Duas vezes e meio mais chances de engravidarem na adolescência;
- 53% mais chances de cometerem suicídio.

e meninos sem pai têm:

- 63% mais chances de fugirem de casa;
- 37% mais chances de utilizarem drogas.

Relacionada ao papel de provisão ou de proteção, ou mesmo àquele de autoridade, instaurador dos limites, a ausência do pai é sempre importante: “Creio que a separação entre um pai e um filho é para ambos uma antecipação do que será a morte. É tão violenta como a morte, uma morte prolongada que mata lentamente, por dentro” (Gadotti, 2003, p. 78).

7.4.7 A migração

*Inté mesmo a asa branca
Bateu asas do sertão
Entonce eu disse
Adeus Rosinha,
Guarda contigo meu
coração
Luiz Gonzaga – Asa Branca*

Inicialmente, gostaríamos de salientar que os quatro moradores pesquisados, assim como parte expressiva da população da comunidade, são

imigrantes. No caso dos pesquisados, todos vieram do Ceará e trazem marcas desta migração, que se manifestam, às vezes, em um sentimento ambíguo com relação à terra natal, como nos revela a lembrança de Dina, oscilando entre a fartura e a escassez:

A roça lá é milho, mandioca, feijão, laranja. Tem tudo lá! Lá é bom assim, né porque lá tudo é de graça que a gente come. Aqui tudo é do pouco. Lá as coisas é tudo mais barato do que aqui. Na minha casa a gente só comia mesmo era feijão mesmo. E um peixinho assim. As comidas lá não era... a gente não comia bem não. Carne lá não tinha como comprar.

Também a de Francisca, quando mistura e compara terra e gente, guardando suas críticas para a “gente” de lá, claramente se referindo àqueles que têm algum poder de transformar o *status quo*:

tudo que tem aqui, lá tem, só falta cana. Falta gente também do Rio. Tem muita gente rica, né, mas também tem que ter umas coisas, que nem aqui no Rio... Se o prefeito de lá fizesse uma coisa que chamasse esse pessoal lá dos Estados Unidos, lá era o lugar mais rico que tinha. Lá tem muita riqueza, só que esse pessoal não entende. Ia ter emprego lá, não ia precisar de cearense vir pra cá... Mas esse pessoal são muito fraco também.

Antonio relembra momentos felizes vividos na terra natal quando fala das brincadeiras do tempo de criança (“deu pra divertir bastante, mesmo trabalhando, graças a Deus”), apesar de algumas expressões suas revelarem a dureza da sua infância: “o bicho pegava pro nosso lado” é o que diz sobre a necessidade de trabalhar desde muito cedo para ajudar na sobrevivência da família e “não deixa de ser uma vida sofrida, né?”, é a ressalva que faz, ao contar que, às vezes, nos fins de semana, comiam carne de alguma criação, como galinhas.

Já Bárbara não tem sentimentos ambíguos, demonstrando uma amargura que se estende ao longo de toda a sua narrativa:

Lembro muito pouco da minha infância, me alembro da minha avó (materna), me alembro assim da casa da avó, das árvores, mas

só! É muito pouca coisa que eu me alembro da infância. Dali do Ceará, é só. Da casa da minha mãe, lá no Ceará, eu alembro porque eu tinha muito medo. Aí, aquilo ali eu gravei porque eu tinha muito medo. Minha mãe ia trabalhar e deixava eu e minha irmã com minha avó.(...) Eles chegaram a trabalhar numa fazenda de matar bicho: de matar galinha, de matar porco, eles trabalhavam lá. Eles trabalharam um tempo nesse lugar de matar porco, galinha, eu me alembro porque eu não gosto de matar bicho e ele (o pai) fazia eu pegar as pernas da galinha pra matar ela.

Estima-se que, na década de 60, 13 milhões de pessoas saíram do campo para morar nas cidades no Brasil, e, na década de 70, este número subiu para 16 milhões! Esses fluxos se dirigiram, principalmente, para as grandes cidades do país, intensificando tendência iniciada na década de 30, com a crise da economia do café. Ao contrário do ocorrido nos países centrais, onde o fordismo propiciou a integração de economia e território, permitindo distribuição de renda e uma maior participação democrática, no Brasil, “o capitalismo associado integrou o território à acumulação, expulsando do campo ‘excedentes populacionais’ liberados da terra que não foram todos reincorporados pela via do assalariamento, constituindo legiões de pobreza em movimento pelo território” (Acselrad, 2000).

Um aspecto dessa intensa migração relacionado à saúde interessante de se ressaltar nos é fornecido por Sabroza (1992), ao afirmar que essa enorme mobilidade populacional verificada no país, além de representar *per se* uma busca de alternativas de sobrevivência, denunciando a perversão do sistema econômico, contribuiu para um notável incremento na incidência de doenças nas áreas endêmicas, impulsionado pelo aumento da taxa de contato social verificado.

Referindo-se a essa parte expressiva da população brasileira que migra em busca de meios de sobrevivência - em que se incluem as pessoas nessa pesquisa analisadas - Nasciutti (1994) ressalta outro aspecto: “Essas migrações provocam

rupturas e dilapidam heranças culturais que normalmente conferem identidade social ao indivíduo. Essa mobilidade que rompe raízes e a perversão do sistema social que não oferece oportunidades de expressão e de ação aos desfavorecidos contribuem para o estado de alienação” (p. 55).

As ciências sociais e humanas - como a psicologia e a sociologia - ressaltam a necessidade fundamental do *outro* para o desenvolvimento da estruturação do sujeito. Assim, *o ser* depende do outro para perceber e expressar a sua singularidade. Neste processo, fundado na percepção do outro com a sua subjetividade, mas também num cenário de pertencimento a uma cultura própria com suas especificidades, se dá a construção da identidade subjetiva. A realidade da migração, em sua busca, seja de sucesso, seja de sobrevivência, marca o indivíduo com a ruptura provocada pelo encontro com um novo *outro*, e a necessidade de reconstrução dessa identidade por esse encontro provocada.

Carretero (2000, p.116) utiliza o conceito de “desenraizamento” criado por Simone Weil em artigo onde analisa as conseqüências da migração urbana nos processos identitários. Segundo a autora, Weil aponta o enraizamento conseqüente à sua participação em uma coletividade como necessidade fundamental do ser humano. Em contraponto, o corte dos vínculos grupais provocado pela migração acarretaria um enfraquecimento do trabalho de memória e um comprometimento na percepção de pertencimento, deixando marcas profundas na construção da identidade dos sujeitos. Ao surgimento de lacunas devido à falta de suporte do grupo no trabalho de memória soma-se “uma centralização da vida no momento presente” (...) “Lidar com as formas de sobreviver constitui-se na característica básica da existência”. Bosi (2003, p. 176-

178) afirma que o encontro de duas culturas raramente ocorre sem a polaridade submissão-domínio, sendo que aquela “dominada perde os meios materiais de expressar sua originalidade”. E ela nos mostra, ainda, os signos do desenraizamento:

O migrante perde a paisagem natal, a roça, as águas, as matas, a caça, a lenha, os animais, a casa, os vizinhos, as festas, a sua maneira de vestir, o entoado nativo de falar, de viver, de louvar a seu Deus... Suas múltiplas raízes se partem. Na cidade, a sua fala é chamada ‘código restrito’ pelos lingüistas, seu jeito de viver, ‘carência cultural’, sua religião, credence ou folclore.

Francisca mostra a importância fundamental da emigração de seu pai para a sobrevivência da família: “Aí, em 58, acho que eu tinha de dez a doze anos, ele veio pro Rio e mandava o dinheiro, a gente comprava farinha, muita farinha e botava dentro de casa. Aí, foi melhorando, quando ele tava de serviço, passava o verão aqui e o inverno lá. Aí é que melhorou. Sobreviver, foi daqui mesmo, porque lá mesmo”... Mas sua narrativa também mostra a outra face da busca de seu pai por melhores condições de vida: “Aí depois de sair pra cá, destruiu tudo, acabou com tudo, ficou na pior de novo. Com bebida, deixou ser explorado por um cunhado que veio pra cá mais com ele... Você sabe que muita gente não vai brigar pra ninguém, né? Quer que ele se acabe, deixa ele na pior. Aí voltou tudo pra trás, todo o sofrimento”...

7.4.8 Infância e fome, a saúde doente de berço

Por último, não por menor relevância, mas sim por ser o foco principal deste trabalho, faremos um recorte mais aprofundado das suas experiências relacionadas à saúde. Assim, iremos ressaltar alguns aspectos relacionados à categoria, e que saltam aos olhos ao lermos os depoimentos. O principal deles é o

acesso aos equipamentos de saúde, não à toa o corte escolhido pela ONG para selecionar os beneficiários de seus serviços (relembro aqui que o projeto é oferecido pela ONG a populações de comunidades socialmente desfavorecidas com marcada dificuldade de acesso aos equipamentos públicos de saúde). Hortale (2000) afirma:

Na dimensão social, o acesso é considerado como a categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização, etc.). O acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas (p. 232).

E o que vemos em todos os relatos é uma extrema dificuldade de acesso aos equipamentos de saúde, conforma aponta Antonio, desde o nascimento:

Hoje em dia não é como aqueles tempos antigos. Mas até chegar em noventa, era meio complicado ainda. Em noventa e um... Então, você vê, muitas das vezes as mulheres ganhavam os nenéns em casa. Eu mesmo, tudo indica que nasci em casa.

Francisca, quando conta dos partos em casa, fala-nos também da absoluta falta de informações e suas conseqüências:

Eu era muito criança quando casei, não sabia de nada, não sabia o que era cria, antigamente ninguém sabia como é que tinha filho, como é que vivia mais um homem, a gente não sabia de nada, a minha mãe não dizia nada, quando ia ter um filho era tudo escondido – tudo dentro de casa mesmo, não era em mão de doutor não - era outra mulher pegando... Aí a mãe dizia pra todo mundo sair de casa pra ninguém ver ela ter o filho, ninguém sabia de nada, tudo trancado lá, aí diziam que caiu do céu, que caiu de um buraco. Aí, quando eu me casei, eu pensei que viver mais um homem era só pra viver que nem com um irmão, né?

Dina confirma a prática de partos em casa e manifesta mais uma vez sua alienação: “Minha mãe teve uns filhos em casa, outros não. Minha tia, irmã do meu pai, era parteira. Eu não sei onde nasci, nem me lembro. Eu não sabia de nada”.

Antonio conta que, mesmo tendo tomado todas as vacinas (“... tudo que é tipo que aparecia. Quando eu era pequeno, minha mãe me levava pro posto pra tomar injeção... Eu me lembro que só teve uma injeção que eu não tomei. Eu já era mais velho, tinha uns oito ou nove anos e tinha que tomar a última, mas não teve jeito de eu tomar, eu não deixei de jeito nenhum”), não foi sem enorme dificuldade que usufruiu de alguma assistência à saúde na infância:

Quando eu era pequeno tinha médico na cidade, em Ypu, mas a gente morava muito distante de lá. Era uma hora de viagem, de carro. A pé, era muito tempo..., umas cinco horas andando dentro do mato. Tinha carro, mas precisava do dinheiro pra pagar. Se precisasse de socorro na hora, se fosse caso de vida ou morte, você morria. E alguns carros que tinha, não era direto, eles tinham os horários deles (...) Então, você vê, muitas das vezes as mulheres ganhavam os nenéns em casa. Eu mesmo, tudo indica que nasci em casa.

Já Francisca relata a morte na infância sem socorro:

(...) meu irmão, que era o homem primeiro (...) morreu com sete meses de nascido. Teve um problema dele lá, umas carceiras, umas pipocas de fogo, cheia de água e os recursos naquele tempo era difícil, minha mãe levava na rezadeira e não sei pra onde ela ia, eu sei que o menino acabou morrendo. Ele morreu disso. (...) Ninguém sabe de quê. Com certeza, ele morreu daquelas pipocas, mas ninguém sabe o que significava aquelas pipocas. Porque naquele tempo, as coisas eram muito difíceis, muito difíceis...

Junto com a falta de acesso e, em parte, como decorrência dela, ocorreu uma naturalização da morte na infância. Assim, ela relata a morte de outro irmão:

(...) quando ele tava com um ano e quatro meses, ele morreu também. Deu diarreia nele e febre e minha mãe penou muito com esse menino porque ele, esses dois meninos eram a coisa que ela mais tinha vontade de possuir, né, aí, já desse tamanho ele já falava, era tipo assim querendo trabalhar de carpinteiro, batendo nas paredes, ele era criança e já falava, mas não era explicado, só falava ‘carne, carne, carne’ e ‘budi, budi, budi’. Agora, ninguém sabe o que significava isso que ele falava, né?

Não ficam nesses os irmãos mortos precocemente: também uma irmã, “com um aninho de nascida”, morreu de sarampo. Assim, dos treze filhos que sua mãe

teve (“fora os abortos”), somente dez (“sete mulher e três homens”) passaram da infância. E as três crianças mortas foram vítimas, muito provavelmente, de enfermidades de fácil e barato tratamento: uma por complicações de uma infecção dermatológica, outra provavelmente desidratada por uma infecção gastrointestinal, enquanto a terceira, por complicações do sarampo, que poderia ser evitado pela vacinação prévia, e mesmo suas complicações poderiam ser tratadas posteriormente com antibioticoterapia.

A dificuldade de acesso ao sistema de saúde pode não ter sido a causa para que a mãe de Francisca, de acordo com a cultura regional, tratasse o seu filho, “cheio de pipocas”, com a rezadeira. Mas, certamente, esta dificuldade contribuiu para que ela o tratasse *somente* com a rezadeira. E isto foi fatal para a criança. A falta de socorro objetivo parece estar na raiz da busca do divino como único caminho para curas de enfermidades, o que aparece quando Dina fala da distância de assistência médica na infância, atribuindo ao divino a evolução para a cura do quadro misterioso que acometeu sua irmã:

Minha irmã mais velha foi andar com seis anos, tinha problema nas pernas... Não me lembro o que ela tinha não, quem sabe é minha mãe. Fez até promessa pra ela andar. Acho que ela andou mesmo porque Deus quis porque não tinha condição de fazer tratamento. Tinha médico lá, mas era muito longe do nosso lugar. Eu não lembro de ter ido a médico lá não.

E também quando fala de seus abortos:

E mais três abortos. Não tomei nada. O primeiro foi antes da mais velha dele, lá em Ypu ainda, porque eu caí no chão e aí perdi. Aqui foi porque a gente brigava, casal sempre briga também. Aí, às vezes, eu caía assim, aí perdia. A gente só discutia. Mas a gente perde mesmo porque tem que perder mesmo porque quando Deus quer, não tem nem... Porque Deus sabe que eu não tomava nada. Perdi com três meses, dois meses.

É seu também o relato mais tocante da intimidade com a morte na infância, o que ela faz sem que a voz demonstre alguma emoção: “Vi um irmão morrer logo depois que nasceu, foi um anjinho mesmo. Minha mãe enterrou ele perto de um pé de goiaba que tinha lá no terreiro lá de casa.”

Quando nos referimos anteriormente aos partos feitos em casa por parteiras como indicadores da falta de acesso à saúde, não é por acharmos que estas profissionais não possam realizar partos. Acreditamos que, desde que devidamente capacitadas e com possibilidades de socorro em caso de urgência, estas profissionais podem e devem ser utilizadas como agentes de saúde. No entanto, o que caracteriza a falta de acesso, no caso, é a criança natimorta ou morta logo após nascer, sem diagnóstico e sem chances de socorro. E o que emociona pela crueza é o relato da criança ser enterrada próxima à casa, no terreiro onde certamente os irmãos brincarão, roupas serão colocadas para secar, animais se alimentarão, embaixo de um pé de goiaba que um dia os alimentará...

Em um outro momento, quando houve acesso à assistência de um profissional de saúde, o resultado não foi melhor:

(...) teve outro que morreu também e eu cheguei a ver ele. Morreu de uma queda, virou de uma cama. Essa irmã que era doente tava olhando ele e eu tava trabalhando lá no Ypu. Quem cuidava dele era eu, tinha o maior cuidado com ele. Aí, ela deixou o menino cair de cabeça. A minha mãe levou ele pro médico e, passou um dia, ele morreu.

Uma outra subcategoria de análise é o acesso à educação em saúde. À exceção de Bárbara que, desde os três anos de idade, se mudou de casa incontáveis vezes na infância, subindo cada vez mais os morros e morando em barracos sem água e esgotamento sanitário, todos os outros depoentes moraram

em habitações rurais sem luz, água encanada e esgoto. Nem mesmo fossa havia, conforme a fala de Dina:

A água era de cacimba. Era todo mundo que pegava. Saía de manhã e pegava, depois ia pra roça. Lá não tem banheiro, não. Lá é no mato. Não tem banheiro, não. A água é bem limpinha, mais limpa que essa daqui. A roupa a gente lavava no riacho, no rio. Mas só era no córrego dos outros. Onde nós morava não tinha água assim... Era só no terreno dos outros... Pra ir no mato, botava lá mesmo porque lá não tem banheiro mesmo, não.

A casa de Francisca também:

Minha casa, luz era de lamparina, água era dentro do pote de barro: pegava no buraco lá na cacimba e enchia os potes. Tomava banho no rio, pras outras coisas era no mato. Inda hoje, muitos deles ainda é no mato. Pra começar, lá onde nós morávamos, agora tem água encanada, antigamente não tinha nada disso. As panelas que nós usava era de barro. Ninguém sabia o que era panela de alumínio, fomos saber depois que meu pai veio pra cá. Aí, não queria botar no fogo porque era fogo de lenha...Todo mundo dormindo em rede, não tinha cama, era só sofrimento, mas quando não tinha rede, dormia no chão. Lá fazia frio porque era serra.

Assim como na infância de Antonio: “Onde eu morava, o banheiro era no mato mesmo. Água que a gente tomava era de cacimba, mas era água mineral mesmo: você cavava e ela saía limpinha...”

A última subcategoria a ser analisada se relaciona com o fato de que a criação - nascimento, crescimento, desenvolvimento - de uma vida depende fundamentalmente da sua nutrição. Essa dependência não diz respeito apenas à higidez psíquica, emocional, mas sim à constituição objetiva e concreta do ser. Portanto, a subcategoria *acesso à nutrição* é de uma importância absoluta para nossa análise. E quando falamos de nutrição, não estamos nos referindo somente ao seu aspecto qualitativo, mas também quantitativo. E os relatos de todos os narradores falam da experiência da fome. Enquanto Dina queixa-se pouco: “As

comidas lá não era... a gente não comia bem não. Carne lá não tinha como comprar”, Antonio dá um depoimento duro:

Eu comecei a trabalhar com sete anos mas não tinha brincadeira. A gente não trabalhava o dia todo, né, sempre trabalhava assim, até 11h aí quando dava mais espaço... Às sete horas eu tinha que estar no serviço. Acordava umas 6 e meia pra tomar o café e trabalhar. E pra te falar a realidade, muita das vezes eu comia café com farinha: botava o café e tacava farinha dentro do pó, com açúcar. Você pega o café e bota, taca farinha dentro e come. Ficava aquele pirão de farinha com café. Isso é porque assim, geralmente é muito difícil a gente comer...

E Francisca chora muito, emocionada, ao contar:

Eu me lembro que ele mais a gente passava tanta necessidade que não tinha nada em casa, sabe o que é nada... Só água! Aí ele ganhava serviço mais minhas irmãs, de uma tia dele por parte de pai; eu me lembro que ele trabalhava pra longe com a enxada mais minhas irmãs e chegava em casa com aquele chapéu cheio de farinha dentro, farinha seca pra nós comer. Eu me lembro também que ele armava as arapucas, botava lá um milho e a gente ia espiar de tarde pra ver se tinha nambu... Não gosto nem de falar...(chorando) Foi muito sofrimento nessa vida, passei muita fome, muito... Uma nambuzinha desse tamanho – você sabe o que é nambu⁶, não sabe!!! - pegava uma bichinha daquela pra dividir com um monte de gente, cada qual pegava um pedacinho, aquele farelo, não gosto nem de lembrar desse tempo.

Essas infâncias tão difíceis possivelmente contribuíram para criar uma resignação com a desassistência e com a doença - até mesmo quando incapacitante - e certa submissão ao destino. Afinal, este é o exemplo que o pai de Dina lhe oferece:

Papai não agüenta trabalhar não, porque ele é doente. Pegou uma moléstia lá em Fortaleza, né? Ele trabalhava em obra, caiu uma parede em cima dele e ele não agüenta mais trabalhar (desde então). O acidente só não matou ele porque tinha uns amigos que socorreram ele (...) Ele não recebe benefício do INSS porque ele não corre atrás porque ele acha que não consegue. Ele não é aposentado nem nada.

⁶ Pequena ave de tamanho próximo ao de um pombo.

Talvez isto tenha contribuído para Antonio conferir certa autonomia à sua única queixa com relação à saúde. Sua dor de cabeça, uma provável enxaqueca, é quase uma entidade externa a ele, não havendo como controlá-la ou tratá-la, mesmo nunca tendo buscado tratamento para o sintoma: “Sinto de vez em quando uma dor de cabeça... Dá com freqüência, é forte e dá dois, três dias sem parar. Pode tomar remédio que não pára. Pára por conta própria. Do nada, ela começa a doer. Às vezes, já acordo com ela.”

Dina revela uma clara submissão ao destino quando se exime de responsabilidade sobre os filhos. É o que se depreende quando ela relata seu desejo de colocar o filho de nove anos em uma instituição para menores ou quando se refere ao bom desempenho da filha de onze em oposição a este menino. Essa naturalização quanto à atitude social de um filho em situação de risco claro sugere um não reconhecimento de sua condição de ator social. É o que se depreende quando ela relata que ele, com apenas nove anos, já passa noites inteiras na rua:

Já me deu vontade de botar ele num juizado e deixar ele lá até com dezoito anos. Pessoal falaram pra arrumar um colégio pra botar ele o dia todo. Pra vir só de noite ou então final de semana porque... Tem colégio aí que passa a semana toda, né? A ‘Fulana’ falou que vai me dar o endereço. É aquela senhora morena que trabalha de vigia⁷. Porque ela tem um filho que vive na rua...

A orientação que ela pretende receber (de uma mulher ligada ao tráfico e que tem filho vivendo na rua) mostra claramente sua confusão. E a aceitação do seu destino como sentença inevitável se confirma quando compara esse filho com a filha de onze anos, ao nos relatar que ele, no dia da entrevista chegara em casa de manhã:

Aí hoje, já não dava pra ele ir porque ele ia pro colégio com sono. Já cansei de botar ele pro colégio com sono. A tia (professora) dele dizia que ele ia pra lá, ficava dormindo lá. Agora, essa menina de onze anos, não falta à aula não. Ela é inteligente, já sabe ler, todos os anos ela passa, já vai fazer a quinta série. E vai fazer onze anos!

Bárbara é amarga quando afirma: “A criança, quando nasce pobre, é preferível que ela morra logo. Porque a criança quando é pobre já vem ao mundo sofrendo. É passando fome, os pais têm que trabalhar, quando os pais não trabalham, passa fome...” Seu relato é recheado de risos e gargalhadas, mesmo quando se refere a situações dramáticas, mas quando fala das dificuldades na criação dos filhos, seu sofrimento transparece na voz:

Eu não sei nem como é que criei aquelas crianças e não matei tudinho na época. Quando eu tinha uma criança, era como se fosse um brinquedo... Foi difícil pra mim passar aquilo ali, fome e tudo, meu filho. Porque na época, como é que ia arrumar serviço com treze anos de idade? E sozinha!

A naturalização das desgraças e a responsabilização conferida ao destino pelos sofrimentos vividos estão estreitamente relacionadas às trajetórias de vida da classe social dos entrevistados, onde o questionamento à estrutura social propiciadora dos sofrimentos não se faz, atitude que configura claramente uma herança cultural de alienação. Nóbrega & Nasciutti (1994) ao analisarem a relação entre a história familiar e a possibilidade de o indivíduo se perceber como ator social afirmam: “O conceito de ‘habitus’ de Bourdieu (1981), como predisposição para agir ou pensar face às situações com as quais o indivíduo se defronta, cuja transmissão se dá através da família e que faz parte de seu patrimônio, parece adequado para a

⁷ (mulheres que trabalham para o tráfico vigiando, devendo alertar os traficantes quando da chegada da polícia. Na época da pesquisa, recebiam diárias entre R\$ 20,00 e R\$ 25,00 - além de refeição - por 12 horas de trabalho)

compreensão dessas formas de representação e de aceitação do evento traumatizante e violento como algo ‘natural’”.

CONCLUSÃO

Eu queria viver bem vivido, não viver nessa pobreza. Queria ser mais, mas quem não sabe ler... Queria um trabalho pra mim ganhar bem, mas eu nunca estudei, aí tenho que viver nessa vida mesmo de sofrimento.

Depoimento de Dina

As quatro pessoas ouvidas para o aprofundamento dessa pesquisa mostraram ter em comum alguns aspectos que acreditamos ser importante ressaltar, quais sejam:

- o fato de viverem na mesma comunidade, sendo esta uma comunidade de enorme risco social por estar submetida ao poder paralelo do tráfico de drogas, hipocritamente não reconhecido pelas autoridades e gerador de uma situação de crônica tensão e submissão nos seus moradores;
- viverem em casas sob ameaça de deslizamentos e em péssimas condições sanitárias (distribuição irregular de água, ligações clandestinas com a rede de esgoto, ausência de coleta de lixo regular e presença de valas negras), potencialmente facilitadoras de inúmeros agravos à saúde;
- serem nascidos em regiões pobres do nordeste do país (especificamente, no estado do Ceará) e terem imigrado para o Rio de Janeiro pela reconhecida

dificuldade de trabalho e, conseqüentemente, de sobrevivência em suas terras natais. Essa ruptura com suas raízes e a não inclusão plena no meio social em que passaram a viver lhes dificulta a percepção de pertencimento e a assunção da sua identidade social, contribuindo para a sua alienação;

- a não utilização (ou utilização episódica) do projeto de saúde oferecido à comunidade pela ONG como expressão da distância entre suas demandas e as ofertas disponibilizadas pela rede social ao seu redor;
- além disto, após a análise das narrativas, podemos afirmar que a inserção de todos os depoentes no mundo do trabalho deu-se precocemente, de uma maneira desvantajosa para eles pela flagrante deficiência em suas formações educacionais conseqüente, fato este do qual nenhum logrou se desvencilhar. Esta deficiência tem sua raiz na necessidade imperiosa, vivida por todos eles, desde muito tenra idade, de contribuir com sua força de trabalho para a sobrevivência pessoal e da família;
- a baixa escolaridade e o analfabetismo decorrentes da evasão escolar facilitada pelo trabalho precoce remontam à situação ancestral de miséria das famílias dos narradores, que demanda a sua participação produtiva desde muito jovens, afastando-os do aprendizado formal e formando pessoas sem qualificação profissional, o que compõe este triste círculo vicioso de exclusão;
- isso tudo coroado pela praticamente absoluta desassistência à saúde, construindo sobreviventes que a todo dia lutam por mais um dia de vida e vão assim, passo a passo, dia a dia, sobrevivendo.

“O primeiro universo do qual a criança participa é a família”. É no interior dele que começarão a se “expressar os valores culturais compartilhados, as significações de tempo e de espaço” (Carreteiro, 2002). Como vimos, na infância das pessoas ouvidas nesta pesquisa, a desassistência, a doença *sem remédio* e o espectro da morte precoce foram vividos de uma forma quase naturalizada - afinal, foi essa a dura realidade com que se defrontaram na vida desde muito cedo - e portanto, conseqüentemente, podemos afirmar que suas referências de saúde e doença estarão impregnadas por essas experiências. Bordieu (2005) nos diz que as famílias tendem a perpetuar o seu “ser social, com todos seus poderes e privilégios, que é a base das *estratégias de reprodução* (p.36-37). Os *habitus* são princípios geradores de práticas distintas e distintivas (...); mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes. Eles estabelecem a diferença entre o que é bom e o que é mau, entre o bem e o mal, entre o que é distinto e o que é vulgar etc., mas elas não são as mesmas (...)” (p.21,22). Todas as histórias de vida recolhidas neste trabalho têm como marca a extrema pobreza dos depoentes, vidas repletas de obstáculos de difícil superação, trazendo fortes conseqüências nas suas estruturações como sujeitos. O pano de fundo de todas as histórias recolhidas é mais do que a pobreza, a miséria, com todas as suas cores ou falta delas: a fome, a doença sem acesso a mínimos recursos de saúde, a familiaridade com a morte na infância, o trabalho infantil, o analfabetismo ou a baixa escolaridade, a falta de informação sobre a saúde em geral acarretando, entre outras dificuldades, gravidezes na adolescência, proles numerosas, com um conseqüente aumento das

dificuldades na *criação dos filhos* e perpetuando a situação de penúria de suas vidas.

Ao ouvir os relatos dos quatro narradores, a convicção do pesquisador - absolutamente subjetiva e percebida mais nos tremores das vozes, nos olhares embotados, ou mesmo nos choros sentidos - é de que a marca da fome é indelével e deixa cicatrizes cujas dores não desaparecem. E quando falamos de fome, não é o *estar com fome* conhecido de todos. Aqui, falamos do *passar fome*, um estado que ultrapassa o tempo e que, não se fixando no passado, mas tecendo suas teias para o futuro, na sua passagem, estende sua sombra sobre o presente. Assim, a fome e todos os outros sintomas da doença de um sistema social excludente que não garante o acesso à saúde, o saneamento básico, a educação fundamental, o trabalho e a renda, estão na base da construção das representações sociais dessas pessoas.

Portanto, a não utilização dos serviços oferecidos pela ONG por parte dos narradores ouvidos, a nosso ver, relaciona-se com uma questão central: a noção de saúde preconizada pela instituição, as representações de saúde e doença por ela assumidas a partir de conceitos incorporados pela classe médica na contemporaneidade e que têm como referência paradigmática a qualidade de vida, não se encontram com as demandas das pessoas ouvidas, por serem essas suas representações de saúde e doença completamente diversas daquela assumida pela instituição. As quatro pessoas ouvidas, que têm como referência primitiva incorporada a suas vidas a luta, desde a idade mais tenra, pela sobrevivência, desconhecem e, por isso, provavelmente, não valorizam qualquer alusão à qualidade de vida. Acreditamos que o *sistema central* das representações sociais

das pessoas pesquisadas, que é “diretamente ligado e determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas” (Sá, 2002, p. 73), sendo, portanto, “fortemente marcado pela memória coletiva do grupo e pelo sistema de normas ao qual ele se refere”, no caso das representações de saúde esteja impregnado pela lembrança onipresente da fome e da morte vizinha. Essa impregnação forjou representações que, em vez de se estruturarem sobre o pilar da qualidade de vida, se edificaram na busca da quantidade de vida: a luta cotidiana por mais um dia de vida.

Retomando os dados dos questionários aplicados aos 54 moradores potencialmente usuários dos serviços, temos que 32 deles não os utilizaram. Destes, nove apontaram a falta de agilidade na marcação das consultas como motivo para a não utilização, o que os fez buscar serviços de emergência ou proceder à auto-medicação, ou ainda, esperar “passar o que estava sentindo”. Podemos perceber a importância do aspecto temporal no atendimento: este tem que ser imediato, pois urge que o corpo volte a estar apto a produzir. Algumas das respostas dos moradores à pergunta *“para você, o que é saúde?”* revelam claramente esta urgência: “com saúde, a pessoa tem como sobreviver, tem como trabalhar”, “é a coisa melhor que tem na vida da gente porque com saúde a gente trabalha e pode correr atrás das coisas”, “com saúde, eu arrumo dinheiro, com dinheiro, eu não arrumo saúde”, “é ter tudo no lugar, disposição pra trabalhar”. Carreteiro (2000, p. 117), ao analisar as “marcas profundas” que a exclusão social imprime nos processos identitários, mostra-nos que “quando as identificações ocorrem em territórios sociais marcados por forte desenraizamento ou onde o processo de criação de vínculos é constantemente interrompido”, como pudemos

atestar nas quatro histórias recolhidas, uma das conseqüências é a centralização da vida no momento presente. “Lidar com as formas de sobreviver constitui-se na característica básica da existência”.

Ainda nos questionários, dentre os 32 que nunca usaram os serviços da ONG, oito afirmaram não precisar destes. No entanto, destes, cinco reconheciam-se como portadores de doenças crônicas, mas somente dois faziam tratamento regular. Isto pode ser atribuído em parte ao fato de que as doenças crônicas são limitantes, mas não incapacitantes, o que só costuma ocorrer em suas crises agudas ou em seus estágios finais. Assim, mesmo causando dor e sofrimento, não demandam tratamento, excetuando-se os seus surtos agudos - as crises de dispnéia da asma ou as crises dolorosas da artrite reumatóide, por exemplo, que é quando provocam incapacidade para o trabalho. É bom lembrar o depoimento de Bárbara, desde criança portadora de asma brônquica, mas que somente se “trata” nos prontos-socorros: “Tive uma crise forte na semana passada, fui no Souza Aguiar e tudo, tomei injeção e tudo, soro (...) Eu ia sempre no Souza Aguiar, na emergência dos Servidores (...) Eu tenho ido a minha vida toda.”

Os atendimentos de qualidade, em ambientes confortáveis (nos consultórios particulares dos médicos), com hora marcada têm para eles pouco valor. O mais importante é o atendimento imediato: em caso de necessidade, se o corpo falhar, que isso possa ser reparado prontamente. Suas respostas - algumas reproduzidas acima - sobre “o que é saúde” são “(...) representações eloqüentes de uma realidade onde o corpo se tornou, para a maioria, o único gerador de bens. A miséria, a fome e o desespero que advêm do fato de estar doente lhes dizem na

prática que seu corpo é a única fonte de subsistência... “ (Minayo, 1996, p. 185): o que está em jogo é a sua sobrevivência.

As histórias recolhidas mostraram como, desde as infâncias dos narradores, nosso sistema social - desigual e injusto - contribuiu para a formação de sobreviventes que, margeando a sociedade, servem como *exército de reposição* para este mesmo sistema que os forjou, realimentando-o. A isso chamamos *ciranda da exclusão*. Nesse contexto, a questão central que motivaria o desencontro entre os serviços oferecidos e as demandas destas pessoas e que, acreditávamos, seria intrínseca às pessoas não atendidas, pode e deve ser vista com um outro olhar, ou seja, sob o ponto de vista daqueles que se quer alcançar. Por isso, devem ser considerados intrínsecos à própria ONG os motivos deste desencontro, pois oferece ao seu público alvo serviços em desacordo com suas necessidades e baseados em sua própria visão conceitual. Monteiro (2004, p. 15), analisando o papel das ONGs que atendem crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, esclarece:

A exclusão social deixa marcas nas vidas dos seres humanos que não são apagadas apenas com casa e comida, principalmente quando falamos em seres humanos em fase de desenvolvimento. Conhecer essas crianças e adolescentes como efetivamente são passa necessariamente por trabalhar com as marcas deixadas pela situação de exclusão social em suas vidas no cotidiano do desenvolvimento das ações. Isso quer dizer que as soluções apontadas pela sociedade como aparentemente simples não necessariamente o são.

Acreditamos, portanto, que não basta oferecer atendimentos na área da saúde para populações socialmente desfavorecidas. É necessário que - para não cair na confortável armadilha de oferecer somente aquilo que desejamos dar e para que a instituição possa prestar os seus serviços e alcançar sua missão de luta contra a exclusão social, realmente incluindo aqueles atores colocados nas franjas da sociedade - suas práticas sejam transformadas, a partir da ausculta às

demandas deste público e, com iniciativas especialmente de educação em saúde, sejam apresentadas propostas que facilitem a estas pessoas a incorporação da qualidade de vida em seus horizontes.

As diferenças de conceitos entre profissionais e potenciais usuários dos serviços é uma das faces mais visíveis dos dois mundos opostos em que vivem uns e outros. Acreditamos que ONGs, instituições filantrópicas e equipamentos públicos comprometidos com a criação e execução de projetos de saúde voltados para esse público historicamente desfavorecido, para alcançarem os objetivos de inclusão e assistência integral e de qualidade devem partir de uma perspectiva interdisciplinar, em que sejam incorporados olhares diversos que passem pela área especificamente da saúde, mas também pela área social. Uma construção horizontal, em que diversos saberes possam confluír para o objetivo primordial e comum da inclusão, a partir do passo inicial de reconhecer o público-objeto de suas ações como sujeito delas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSERLALD, Henri. Sustentabilidade, espaço e tempo. In: HERCULANO, Selene c. (Org.) **Meio Ambiente: Questões Conceituais**. Niterói: UFF/PGCA, pp.97-123, 2000.

ARRUDA, Ângela. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero**. In: Cadernos de Pesquisa, n 117, p. 127-147, novembro 2002.

_____. **As representações sociais: desafios de pesquisa**. In: Revista de Ciências Humanas, Série especial temática 2002. Florianópolis: Editora da UFSC, 2002.

BAZILIO, Luiz Cavalieri & KRAMER, Sonia – **Infância, cultura contemporânea e educação contra a barbárie** In: Infância, educação e direitos humanos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEMFAM – Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar. *Pesquisa nacional sobre demografia* (Relatório) 1996. Rio de Janeiro.

BENJAMIN, Walter. **Obras Escolhidas I: Magia e Técnica, Arte e Política**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BOSI, Ecléa. **O tempo vivo da memória**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas** - sobre a teoria da ação. Campinas: Papyrus, 2005, 7 a. edição.

Bruce J. Ellis & col. “**Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy?**” – In: *Child Development* May-June 2003 volume 74, n.3 p.801-821

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. “**Representações Sociais e História: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva**”. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: ABRASCO, abr-jun, 2000. pp 499-506.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. **A Doença como Projeto** In: SAWAIA, Bader (org.). **As Artimanhas da Exclusão**. Petrópolis: Vozes, 1999, p.87-95.

_____. **Exclusão social e processo de identidade**. In: Estudos de Sociologia, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, vol. 6, n 1 – Recife: Editora Científica, 2000.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da Questão Social**. Petrópolis; Vozes, 1998.

CASTRO, Josué. **Geografia da Fome**. São Paulo, SP. Ed. Brasiliense, 1965.

DEMO, Pedro. **A pobreza da pobreza**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ESCOREL, Sarah. “**Conceitualizando e Contextualizando a Exclusão Social**”. In: *Políticas Públicas: Exclusão Social*. Brasília: CODEPLAN, 1998, pp.13- 29.

_____. **Vidas ao Léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

GADOTTI, M. **Dialética do amor paterno**. São Paulo, Cortez 2003.

HABERMAS, J. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HOLLANDA, Aurélio Buarque de. **Novo Aurélio Século XXI**, Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 3.^a ed., 1999.

HORTALE, VIRGINIA ALONSO & COL. **Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde** In: *Cad. Saúde Pública* v.16 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2000

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JODELET, Denise. “**Os processos psico-sociais da exclusão**”. In: SAWAIA, Bader (org.). *As Artimanhas da Exclusão*. Petrópolis: Vozes, 2004, pp.53-66.

LENOIR, René. **Les exclus**. Paris Le Seuil, 1974.

LÉVY, ANDRÉ. “**O vínculo entre história individual e coletiva**”. In Série Documenta, n 6. Rio de Janeiro: Programa EICOS, 1995

MARTINS, José de Souza. “**A Sociedade vista do abismo**’ (Novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais). 1^a ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002. v. 1

MINAYO, M.C.(Org).(2004), Pesquisa Social- Teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Editora Vozes

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). **O Limite da Exclusão Social: meninos e meninas de rua no Brasil**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCYEC-ABRASCO, 1993.

_____. **O Desafio do Conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996, 4^a ed.

MONTEIRO, E. **O papel das ongs na política de atendimento à criança e ao adolescente na cidade do Rio de Janeiro: da mobilização dos anos 80 à intervenção dos anos 90** In: *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Coimbra, 2004.

MOSCOVOCI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro do. **“A Difícil Constituição da Exclusão Social no Brasil”** In: *Políticas Públicas: Exclusão Social*. Brasília: CODEPLAN, 1998, pp 39-57.

NASCIUTTI, Jacyara C. Rochael. **“Análise psicossocial e clínica: determinantes sociais da história individual”**. In *Série Documenta* n 8, Rio de Janeiro: EICOS-UFRJ, 1999.

NASCIUTTI, Jacyara C. Rochael e NÓBREGA, N. Pereira. **Vida e ruptura: pode-se lidar com o imponderável ?** In *Arquivos brasileiros de psicologia*, vol. 46, ns 3-4, 1994.

NEGREIROS, C. G. M. & Féres-Carneiro, T. **“Masculino e Feminino na Família Contemporânea”** In: *Estudos e pesquisas em psicologia*. Rio de Janeiro: UERJ, ano 4 n. 1, 1^o semestre 2004.

NOGUEIRA, Carmen S. R. dos Santos. **Trabalho infantil e famílias em regiões metropolitanas brasileiras** In *Revista Brasileira de Estudos de População* vol. 21/2, 2004. Campinas: ABEP.

NÓVOA, Antonio. **Para o estudo sócio-histórico da gênese e desenvolvimento da profissão docente** In *Revista Teoria e Educação*, n.4, Porto Alegre 1991 p. 109-139, 1991.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. **Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?** In Duarte, Luiz Fernando Dias & Leal, Ondina Fachel (Org.) *Doença, Sofrimento, Perturbação, perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

PREUSS, Miriam Raja G. **“Algumas questões relativas ao uso de histórias de vida em ciências sociais”**. *Revista Educação* n 5, Rio de Janeiro, PUC-Departamento de Educação, 1992.

ROCHA, Sonia. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

ROMEIRO, Vieira. **Semiologia** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1980.

SAWAIA, Bader. **Exclusão ou inclusão perversa?** In: SAWAIA, Bader (org.). *As Artimanhas da Exclusão*. Petrópolis: Vozes, 1999, p.9.

SPINK, Mary Jane P. “**O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial**”. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Abrasco, jul-set, 1993, pp 300-308.

SILVA, Flavia Berton da. **Saúde e doença: uma abordagem psicossocial**. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação, mestrado, defendida em 25.02.97. EICOS, UFRJ.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. “**Refletindo sobre a noção de exclusão**” In: In: SAWAIA, Bader (org.). *As Artimanhas da Exclusão*. Petrópolis: Vozes, 1999, p.16.

Questionário

Identificação

Nome: _____

Gênero: F ____ M ____

Data de Nascimento.: _____

Família

Quantidade de crianças (até 11 anos e 11 meses) _____

Quantidade de adolescentes (de 12 a 17 anos e 11 meses) _____

Quantidade de adultos _____ de idosos _____

Quantidade de mães ____ Quantidade de mulheres grávidas _____

Quantidade de mulheres amamentando _____

Escolaridade

Sabe ler? Sim ____ Não ____

Está estudando? Sim _____ Qual série? _____

Não _____ Até que série? _____

Participação Social

Participa de algum grupo Social? Sim ____ Não ____

Quais os grupos sociais de que você participa?

1. Religioso ____ 2. Escolar ____ 3. Esportivo ____ 4. Associação de moradores ____

5. Grupo de convivência ____ 6. Grupo de estudo ____ 7. Outro _____

Pratica alguma religião? Sim ____ Não ____

Caso sim, qual?

1. Católica ____ 2. Protestante ____ 3. Neopentecostal ____ 4. Kardecista ____

5. Religiões Afro ____ 6. Outra ____

Documentação

Possui documentos? Sim ____ Não ____

Quais?

Certidão de nascimento _____ casamento _____ RG _____ CTPS _____ TE _____
CPF _____

Saúde

Para você, o que é saúde?

E o que é doença?

Quando você se considera doente?

E saudável?

Tem problema de saúde?

1.Sim _____ 2.Não _____

Qual o problema de saúde?

Faz tratamento?

1.Sim _____ 2.Não _____

Em qual instituição?

1.Municipal _____ 2.Estadual _____ 3.Federal _____ 4.Clínica Particular _____

5. Médico particular _____

Tipo da instituição?

1.Posto de saúde ____ 2.Hospital ____ 3.Clínica especializada _____

Nome da instituição?

Qual a regularidade do tratamento?

1.Diário ____ 2.Semanal ____ 3.Mensal ____ 4.Anual ____

Usa algum medicamento?

1.Sim ____ 2.Não ____

Que medicamento?

Como adquire o medicamento?

1.Fornecido pelo SUS ____ 2.Comprado particular ____ 3.Doação ____ 4.Outro ____

Tem plano de saúde?

1.Sim ____ 2.Não ____

Pelo emprego ou particular?

Conhece o projeto Saúde Solidária da ONG Médicos Solidários?

1.Sim _____ 2. Não _____

Como conheceu?

1.Divulgação Medsol _____ 2.Instituição _____ 3. Boca a boca _____ 4.Outro _____

Já utilizou?

1.Sim _____ 2.Não _____

Em caso afirmativo, qual sua avaliação?

1.Ruim _____ 2.Regular _____ 3.Bom _____ 4.Ótimo _____

Se conhece e não utilizou, por que não o fez?
