

POBREZA E VIOLÊNCIA: DESAFIOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Poverty and Violence: Challenges for Health Professionals

Carla Moura Lima¹; Eduardo Stotz²; Victor Valla³

RESUMO

Este trabalho apresenta resultados da pesquisa “Pobreza e saúde: muitos impasses e alguns caminhos” que consistiu em analisar as relações entre saúde e pobreza por meio dos discursos de ativistas sociais e religiosos e profissionais de saúde, acerca das condições de vida e das relações dos moradores com os serviços públicos de saúde nos complexos de favelas da região da Leopoldina. O trabalho de campo ocorreu em duas etapas. A primeira etapa consistiu na participação da autora em entrevistas coletivas, chamadas fóruns, organizadas pelo grupo da pesquisa “Vigilância civil da saúde na atenção básica - uma proposta de ouvidoria coletiva na ap3. 1, Rio de Janeiro” desenvolvida na ENSP/Fiocruz (dez/2003-dez/2004). Nesses fóruns debateram-se questões relacionadas a uma agenda prévia apresentada pelos pesquisadores. A segunda etapa do trabalho de campo consistiu em entrevistas individuais com profissionais de saúde - assistentes sociais, enfermeiros e médicos - para captar suas representações sobre pobreza e saúde e a atuação dos serviços públicos de saúde. Das discussões da agenda prévia surgiu uma agenda emergente, cujo tema priorizado foi a violência nas favelas da região. A perspectiva da Educação popular e as metodologias participativas desenvolvidas contribuíram para analisar e estabelecer convergências entre os dados das duas etapas do trabalho de campo da pesquisa e favoreceu o desenvolvimento da Ouvidoria Coletiva como forma de participação popular na formulação de políticas no nível local.

PALAVRAS-CHAVE: Pobreza. Violência. Condições Sociais. Educação em Saúde. Educação de População. Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This work presents some results of the study entitled “Poverty and health: many impasses and some ways out” resulting from an analysis of the relationship between health and poverty by social activists, religious workers and health professionals concerning the living conditions in slum areas in the region of Leopoldina. The field work took place in two steps. The first step was comprised of the author’s participation in group interviews called forums, organized by the research group “Civil Surveillance of Health in basic health care - a proposal for an ombudsman in ap3. 1, Rio de Janeiro” developed by ENSP/Fiocruz (Dec 2003 to Dec 2004). These forums debated questions related to an agenda previously drawn up by the presenters. The second step of the field work consisted of individual interviews with health professionals, social workers, nurses and doctors, to gather their take on poverty and health, and the provision of public health care services. From the discussions of the previous activities came an emergent agenda whose theme was violence in the region’s slums. The perspective of Popular Education, as well as the participative methodologies used contributed to the analysis and establishment of convergences between the two sets of field work research data, favoring the institution of the Ombudsman as a form of citizen participation in the formulation of policies on the local level.

KEY WORDS: Poverty. Violence, Social Conditions. Health Education. Population Education. Health Services.

¹ Fiocruz/ Departamento de Endemias/ENSP, bolsista, mestre em Ensino em Ciências e Saúde. Endereço: DENSP/ENSP/Fiocruz - Rua Leopoldo Bulhões, 1480. Manguinhos. Rio de Janeiro. RJ CEP: 21041-210 E-mail: carlamoura@ensp.fiocruz.br

² Fiocruz/ Departamento de Endemias/ENSP, pesquisador, doutor em Saúde Pública.

³ Fiocruz/ Departamento de Endemias/ENSP, pesquisador, doutor em História.

INTRODUÇÃO

A pobreza absoluta continua a ser um flagelo de mais de um terço da humanidade. Mesmo nos países chamados industrializados, observam-se bolsões de pobreza, um aspecto conhecido como “terceiromundização do primeiro mundo”, e ilhas de riqueza, onde uns são “nababescamente ricos” em meio a muitos “miseravelmente pobres” (D’AMBROSIO, 1992), a chamada “primeiromundização do terceiro mundo” (BOFF, 2005). Embora pobreza e desigualdade sejam temas recorrentes na mídia, geralmente são vistas como algo natural, e não como um constructo social. A pobreza é um fenômeno estrutural, mas não bem reconhecido por todos. Dentre alguns autores que têm se dedicado à tarefa de avançar na definição do que seria pobreza, destacamos Milton Santos (1979), que define a pobreza como um problema social. Portanto, a pobreza é centralmente uma categoria política, razão pela qual sua definição deve ir além de uma análise baseada em indicadores sócio-econômicos como profissão, renda e escolaridade.

A maneira como pobreza é conceituada vai influenciar diretamente na construção de quadros de referência de análise que, por sua vez, vão influenciar nas ações “antipobreza” engendradas pela sociedade e especialmente pelo poder público (ROCHA, 2006). Portanto, justifica-se apontar a pobreza como um tema a ser examinado também por outros campos de conhecimento, como os da saúde e da educação.

Nesse sentido, observa-se a necessidade de ampliação da análise do atual modelo de desenvolvimento da sociedade. Nesse modelo, a produção de riqueza implica na degradação ambiental e na deterioração da qualidade de vida de todos. Por outro lado observam-se, como conseqüências diretas desse sistema, o desemprego, a fome da maioria da população, novas doenças e o reaparecimento (e/ou aumento da incidência) de antigas - que, no dizer de Simone Weil, degradam os trabalhadores, pois estes perderam sua dignidade de produtores (BOSI; WEIL, 1982). Outras conseqüências apontadas são a falta de moradia, de ensino público de qualidade e de opções saudáveis de lazer. Essas carências contribuem para a ruptura dos laços familiares e sociais, verdadeiras agressões ecológicas contra o ser humano, especialmente o mais indefeso, que é o pobre e marginalizado (BOFF, 2005).

Uma perspectiva que contribui para o avanço da discussão pública da pobreza é a perspectiva dos direitos humanos, pois estão associados à dignidade da pessoa humana (CUNHA, 1999). A superação da concepção dos pobres como “necessitados” ou “carentes” - concepção

que remete à tradicional associação com a esmola, requer a construção da cidadania.

Os direitos humanos deveriam se constituir como fundamento das relações sociais e das instituições numa sociedade democrática. Na Constituição de 1988, os direitos humanos se situam no seu núcleo básico (ZALUAR, 2004): a dignidade humana, concebida como autonomia ética de seres socialmente situados, é o valor que fundamenta todos os demais direitos.

Na sociedade brasileira, observa-se uma concepção de direitos humanos diferenciada, principalmente no que se refere aos direitos da grande maioria que é pobre. A luta pelos direitos humanos significa, então, lutar pela dignidade dos pobres em primeiro lugar e, a partir deles, de todos (BOFF, 2005).

No debate acerca do combate à pobreza está quase sempre ausente uma reflexão sobre a forma de integração da imensa parcela da população brasileira na economia capitalista. Este debate acontece, via de regra, em torno da política social governamental, principalmente quando está em jogo a distribuição de auxílios e benefícios. Certamente há situações de ameaça à sobrevivência de populações que, em decorrência, demandam ações assistenciais imediatas. Mas estas, por sua vez, não podem prescindir de outras capacidades de enfrentar os seus determinantes no médio e longo prazo, podendo, assim, delinear o horizonte emancipatório dessas populações (DEMO, 2003)

A pobreza também é vista como estando na origem da exclusão social. Contudo, deve-se perguntar se a exclusão social não é apenas um momento da dinâmica de um processo mais amplo, em que exclusão expressa o conjunto das dificuldades de inclusão, quer dizer, é a inclusão precária e instável, uma vez que a sociedade capitalista exclui para incluir de outro modo. Esse período entre um momento e outro está cada vez mais se tornando um modo de vida que inclui economicamente a custa da degradação pessoal (MARTINS, 2002).

As crescentes desigualdades sociais são apontadas como perversos subprodutos do movimento da integração da economia brasileira na economia global. Paralelamente, observa-se que pouco tem sido feito para a neutralização das causas estruturais das injustiças como a histórica desigualdade sócio-econômica. Os posicionamentos de alguns estudiosos do tema convergem para propostas que abandonem “grandes retóricas” e examinem aspectos particulares da sociedade que geram pobreza e exclusão social e, “caso a caso”, analisar quais opções de política pública minimizam a iniquidade e fazem melhor uso dos recursos disponíveis (SCHWARTZMAN, 2004).

Do nosso ponto de vista, porém, como acima assinalado, aprofundar o olhar para as particularidades locais das condições de vida e de saúde das populações somente pode colaborar para a diminuição das iniquidades se contarem com a participação dos atores sociais locais interessados em ações efetivamente voltadas para a mudança destas condições. Daí a relevância da perspectiva da educação popular, uma vez que toma como ponto de partida as reivindicações sociais e as propostas sugeridas por estes atores para pensar, de modo compromissado, “a implementação de políticas sociais efetivamente redistributivas e solidárias” (MARTELETO; VALLA, 2003, p.15). Um importante passo nesta direção é o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

O Sistema Único de Saúde

O SUS surgiu como consequência do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil que atingiu seu ápice na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1988, disseminando a idéia de que a saúde é um direito de cidadania e dever do Estado. O Sistema foi criado com o intuito de mudar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão. O SUS fundamenta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, agregados à participação popular, de modo a ampliar a concepção e prática da cidadania (OLIVEIRA, 2004).

A crise em que o SUS mergulhou nos últimos anos, tendo no Rio de Janeiro uma das suas faces mais perversas, remete à premência da discussão a respeito dos serviços públicos de saúde oferecidos às camadas populares. Além de problemas relacionados a recursos financeiros e de gestão dos serviços, há que se repensar também o trabalho dos profissionais de saúde, frente aos desafios colocados pela realidade das camadas populares. Por isso, torna-se relevante refletir sobre a formação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos. Esses profissionais, no cotidiano do seu trabalho, com frequência se deparam com os impasses gerados tanto pelo preconceito social, como pelas limitações do tecnicismo da formação, da orientação normativa da ação frente ao sofrimento da população e a falta de resolubilidade dos serviços de saúde (STOTZ, 2005).

Ora, se quem procura esses serviços são prioritariamente os menos favorecidos, é fundamental que os profissionais de saúde tenham a capacidade de refletir sobre a relação existente entre condições de vida e saúde. Fala-se aqui de um processo reflexivo capaz de refutar preconceitos quanto aos determinantes das condições de saúde das camadas

populares e também quanto as suas táticas de sobrevivência física e psíquica, por vezes de difícil compreensão no horizonte cultural da classe média, classe de pertencimento ou de referência predominante dos profissionais de saúde. Trata-se de assumir a concepção ampliada de saúde defendida desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e consagrada nos textos legais que conformam o SUS, desafio posto tanto no campo da formação universitária dos futuros profissionais como no da gestão das práticas de saúde encaminhadas por estes mesmos profissionais.

Importa dizer que há uma variedade disponível de metodologias participativas em educação e saúde a serem apropriadas para possibilitar aos profissionais a ação de facilitadores da participação dos usuários como sujeitos da sua saúde (IORIO, 2002).

O reconhecimento de uma concepção ampliada de saúde requer, para além dos seus profissionais, a construção de propostas de intervenção social sobre o processo de saúde-doença que serão tanto melhor sucedidas quanto maior for a articulação entre os grupos envolvidos no processo (MARCONDES, 2007). Neste sentido, a participação popular constitui-se um processo que auxilia na diminuição do fosso cultural existente entre a formação dos profissionais de saúde, os serviços oferecidos e o cotidiano dos usuários, em sua dinâmica de adoecimento, sofrimento e busca pela cura (VASCONCELOS, 2001).

Os Conselhos e as Conferências de Saúde são duas formas institucionais de participação popular na gestão do SUS, previstas pela Lei 8.142. A participação popular, no entanto, não se restringe à atuação nos conselhos e conferências de saúde, ela pode e deve ir além desta esfera, por meio de movimentos populares organizados ou por meio da instância de ouvidorias, como é o caso da pesquisa relatada neste trabalho. Trata-se de uma outra concepção de ouvidoria. Ouvidoria Coletiva é um processo de educação popular em saúde que considera o saber como uma prática social baseada no diálogo. Neste caso, o diálogo ocorrido entre o saber científico (aqui representado pelos profissionais de saúde) e o saber popular (do discurso dos representantes comunitários e religiosos), favorecendo a compreensão das condições de vida e saúde, dos impasses e caminhos apontados no intercâmbio entre os saberes (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

O território da pesquisa

O presente trabalho é um recorte da dissertação de mestrado (LIMA, 2006) e insere-se na linha de pesquisa “Educação, Saúde e Cidadania”, dedicada, há mais de 20

anos, a acompanhar a evolução e a entender as condições de vida, saúde e os serviços públicos de saúde na região da Leopoldina, na cidade do Rio de Janeiro. De acordo com o zoneamento da secretaria municipal de saúde essa região corresponde em sua maior parte à Área Programática 3.1 (A.P. 3.1).

A área da Leopoldina abrange em torno de 10% da cidade do Rio de Janeiro, Possui 475.738 habitantes segundo o Censo 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000) e é conhecida como uma das mais violentas da cidade. A Leopoldina abriga quatro complexos de favelas - comunidades interligadas sem divisões claras do ponto de vista territorial - Maré, Manguinhos, Alemão e Penha - e também outras favelas internacionalmente conhecidas, como Parada de Lucas e Vigário Geral.

A renda familiar média da região (três salários mínimos) configura-se na metade da renda familiar média da cidade (seis salários mínimos). Os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2000 dos bairros cidade ocupam os últimos lugares de um ranking de 126. O complexo do Alemão ocupa a última posição. Outros exemplos são: Maré e Manguinhos, que ocupam as posições 122 e 123, respectivamente. Parada de Lucas e Vigário Geral também figuram na lista em posições consideravelmente baixas, com Parada de Lucas ocupando a 117ª e Vigário Geral, a 107ª posição (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2005).

Objetivo do trabalho

Identificar os impasses à saúde, vivenciados nas comunidades da região na perspectiva de moradores e profissionais de saúde da atenção básica, de forma a contribuir com a reflexão acerca da formação dos profissionais de saúde para o trabalho em locais como estes.

METODOLOGIA

O trabalho de campo dividiu-se em duas etapas. A primeira consistiu em entrevistas coletivas (fóruns) realizadas durante 2004 como procedimentos metódicos adotados pelo Projeto *Vigilância Civil da Saúde na Atenção Básica - uma proposta de ouvidoria coletiva na A.P.3.1, Rio de Janeiro*. O projeto passou a ser conhecido na Escola Nacional de Saúde Pública e pelos participantes como “Ouvidoria Coletiva”. A segunda fase do trabalho de campo, em 2005, consistiu em entrevistas individuais com profissionais de saúde que atuam na região, na medida em que os resultados da primeira fase apontaram para a necessidade de ouvir profissionais de saúde individualmente.

Ouvidoria Coletiva - uma nova proposta metodológica

A história da implantação de ouvidorias se inicia no século XIX, em 1809 na Suécia. Posteriormente foram criadas outras ouvidorias em países como: Dinamarca, França, Inglaterra e Alemanha. Na América Latina, as ouvidorias começaram a ser implantadas no século XX, nos anos 80, na Guiana, México, Costa Rica, Argentina, Chile, Peru e Colômbia. No Brasil, a primeira Ouvidoria Pública foi implantada em 1986, no Paraná.

Tradicionalmente, ouvidorias são órgãos unipessoais, cujos ouvidores se encontram ligados à alta direção das instituições. Historicamente, no Brasil, não se constata uma cultura de ouvidoria, embora o número de ouvidorias tenha passado de 41, em 2002, para 110 unidades, em 2005, atuando nos órgãos e entidades do Poder Executivo Federal. O sistema de ouvidoria adotado pode variar dependendo do órgão; as de maior porte dispõem de atendimento telefônico gratuito (0800), mas todas recebem manifestações por carta, fax, e-mail e atendimento pessoal (Boletim Eletrônico Em Questão, 2004). Até maio de 2005, dos 5565 municípios, apenas 100 possuíam ouvidorias municipais, e dos 26 estados, 10 implantaram ouvidorias estaduais (PINTO, 2005).

A metodologia de Ouvidoria Coletiva desenvolvida nesse estudo amplia a concepção da ouvidoria tradicional na medida em que a “escuta” excede o âmbito dos serviços públicos de saúde, pois não se restringe a avaliar o atendimento oferecido e, sim, obter maiores informações sobre as condições de vida das comunidades, a partir da percepção de participantes representativos da situação investigada. A qualidade dessas informações torna-se diferenciada na medida em que revelam situações vivenciadas, até então encobertas pela invisibilidade social e cultural a que estão submetidos esses segmentos da população, principalmente os mais miseráveis. Nesse sentido, a Ouvidoria Coletiva se constitui numa instância estruturada pela sociedade civil e autônoma, isto é, não vinculada a um órgão público específico e, portanto, não responsável pelo serviço de atendimento ao consumidor.

A aquisição dos dados ocorreu fundamentalmente através de três grupos constituídos por funcionários de três unidades de saúde, representantes religiosos e comunitários. Foram promovidos 15 encontros com esses grupos pertencentes a três complexos de favelas, Manguinhos, Maré e Penha, localizados na zona da Leopoldina, identificados no zoneamento da Secretaria Municipal de Saúde como integrantes da Área Programática 3.1.

Durante esse período ocorreram também dois seminários: um inicial de discussão da proposta e outro para a

apresentação dos resultados da pesquisa e encaminhamento de propostas de formulação de políticas públicas. Estiveram presentes participantes e representantes de instâncias de controle social e gestão dos serviços em nível local, regional e nacional. A pesquisa contou também com registro fotográfico, com vistas à atualização da visão de aspectos das condições de vida dos moradores de comunidades das áreas pesquisadas.

As questões selecionadas para discussão nos encontros, que pela sua abrangência abarcariam os principais aspectos das condições de vida e saúde nas comunidades, aqui são denominadas como *agenda prévia*, concebida inicialmente pelos pesquisadores. Essa agenda prévia compôs-se pelos temas: *acesso a alimentos e aos serviços de saúde pela população, as expressões do sofrimento, a intensidade endêmica de determinadas doenças, a frequência de morte por causas externas, os problemas na atenção à saúde da população e as suas iniciativas em busca de soluções* (GUIMARÃES *et al.*, 2005).

Da relação da agenda prévia com os assuntos prioritariamente trazidos pelos participantes dos encontros foi constituída uma *agenda emergente*. Essa agenda emergente teve como temas mais relevantes: a violência em geral e, mais especificamente, a contra a mulher; a solidão dos adolescentes; o adoecimento dos profissionais de saúde; a dificuldade de solução dos problemas de saúde pelos usuários mais pobres, mesmo estes tendo conseguido acesso aos profissionais e ao recebimento de medicação nos serviços públicos de saúde.

Da agenda emergente foram retirados os temas abordados na segunda etapa do trabalho de campo, sendo que o presente trabalho buscará discutir aspectos dos discursos relativos ao tema apontado como gerador dos maiores impasses à saúde da população, ao trabalho e à saúde dos profissionais: a violência.

A violência analisada neste artigo diz respeito, do ponto de vista do processo social, à criminalidade associada ao tráfico de drogas e armas nas favelas de uma área da cidade do Rio de Janeiro e suas conseqüências - perda e destruição de vidas, de vidas normais, de esperanças, de legitimidade, de patrimônio e de crenças e valores humanos fundamentais. O tráfico de drogas e armas deve ser visto como parte de um empreendimento capitalista ilegal, praticado segundo regras à margem e contrárias ao estado democrático de direito. A expressão narcotráfico abrange a totalidade deste empreendimento de acumulação de capital cujas ramificações são internacionais e se estendem por todos os níveis da organização da sociedade, envolvendo inclusive segmentos do aparelho de Estado destinado a reprimi-lo. Esta distinção é importante quer do ponto de

vista do entendimento da complexidade do fenômeno, quer para enfrentar o preconceito social que associa o tráfico aos moradores de favelas.

A definição fica incompleta se, no caso da cidade do Rio de Janeiro, não acrescentarmos a indicação de que o tráfico de drogas e de armas é disputado por 'facções' rivais, em permanente conflito armado pela conquista do monopólio deste comércio. O desenvolvimento de atividades proibidas oferece aos praticantes níveis inigualáveis de lucros a quem se dispõe a negociar com isso, portanto, os lucros são gerados pela própria ilegalidade do empreendimento, e assim o lucro vale o risco inclusive da própria morte (ALVES, 2004).

As questões colocadas pelos participantes dos encontros foram agrupadas utilizando uma metodologia desenvolvida pelos coordenadores da linha de pesquisa (VALLA; HOLLANDA, 1996), em que os discursos são selecionados e destacados individualmente de acordo com os temas discutidos, adicionando-se elementos da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo nas entrevistas individuais (LEFÉVRE, 2003).

Entrevistas individuais com profissionais de saúde

A segunda fase do trabalho de campo - as entrevistas individuais com profissionais de saúde - foi facilitada devido ao fato de os entrevistados exercerem sua atividade profissional nas unidades de saúde que participaram da Ouvidoria Coletiva no ano anterior.

A escolha dos entrevistados foi feita pelos gestores dos Centros de Saúde. Um critério utilizado foi o da exclusão daqueles profissionais de saúde que haviam participado da Ouvidoria Coletiva em 2004, objetivando também proporcionar abertura na investigação para a obtenção de resultados diferenciados. Foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com profissionais de medicina, enfermagem e assistência social. Nas entrevistas foram apresentadas três questões: a primeira indaga como a pobreza interfere na saúde e quais são os limites no atendimento em saúde para os pobres; a segunda pergunta se no processo de formação profissional, durante a graduação, os profissionais tiveram acesso a conteúdos, trabalhos, disciplinas que contribuíram para o trabalho em serviços públicos de saúde; e a terceira questão solicita sugestões tanto para o momento da graduação quanto para a gestão do serviço público, no sentido de contribuir para o trabalho dos profissionais de saúde.

As entrevistas transcorreram desde o seu início num clima muito amistoso, agradável, em que os entrevistados de-

monstraram maior disposição em falar do que o esperado, o que gerou entrevistas que duraram de uma a três horas. Foram momentos envolventes, em que os entrevistados pareciam querer desabafar, expressando seus sentimentos, impasses, medos, fragilidades confessadas, narrativas mais francas e detalhadas do que era esperado. Na medida em que o tema violência ia aparecendo, principalmente na unidade de saúde situada no interior de uma favela, o tom de voz diminuía como se segredos fossem ser revelados, o que de fato aconteceu, além de tiroteios, rumores de seqüestros e mortes. Em retribuição à confiança depositada antes, durante e depois das entrevistas, e também para preservar a integridade dos depoentes, os discursos serão apresentados de forma que dificulte a identificação da unidade de saúde em questão e o reconhecimento da identidade do entrevistado.

A tabulação dos dados desta etapa da investigação foi realizada utilizando a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2006), com o objetivo de verificar as percepções dos profissionais de saúde sobre a relação entre pobreza e saúde e sua formação para o trabalho em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Destacamos inicialmente os aspectos sobre as condições de vida dos moradores dos complexos de favelas da Leopoldina apontadas pelos entrevistados como uma agressão constante à saúde.

“É um barril de pólvora, não é? É muita gente junta. Eu acho que dificulta acesso à saúde, dificulta acesso à alimentação, dificulta tudo (...)” (liderança comunitária participante da Ouvidoria Coletiva)

Além da precariedade das condições de vida em si, vários tipos de violência que ocorrem com grande frequência nessas comunidades, são mencionados nos discursos.

“Na saúde interfere mais a violência do que a pobreza. Você tem esse lado que é muito pesado que é o narcotráfico. Que é pesado, que é violento sim. Tem dias que é clássico, faltam todos os pacientes. Como nesses dias: uma agente comunitária veio pedir para dormir na casa de uma outra porque [às] quatro horas da tarde, [vieram] ‘pedir’ para as escolas não liberarem as crianças para as crianças não passarem naquele momento porque alguém ‘vacilou’ dentro do tráfico e tinha que queimar a pessoa no meio da rua, dentro da comunidade. A rua mais direitinha, a mais asfaltada, um cheiro de pneu... Botaram a pessoa e a pessoa gritando morreu lá, queimada. E foi em frente a casa da minha agente comunitária. Ela foi lá e teve que sair de casa, porque o cheiro de carne queimada é horrível, a fumaça é horrível, a gritaria é imensa, e os familiares ficam todos em volta vendo aquilo e não podem fazer nada. Tem escolta. Então, olha isso porque saúde

ela tem diversas dimensões. E a saúde mental? E a saúde psicológica? É muito estranho porque os pacientes cobram essa postura minha, do profissional. Eles vêm contando com uma idéia do que você vai falar. E você tem que estar preparado. Então, o que eu vou falar?” (DSC - Enfermeiro).

“Tá claro que a segurança pública que existe hoje não dá conta de proteger quem faz uma denúncia com tanta facilidade assim. Eu tô aqui, eu vou na casa das pessoas, entendeu? Eu tenho um homem que matou a mulher que tá ameaçando a cunhada. Eu faço atendimento a ela. O camarada foi preso, depois disseram que ele tinha endereço fixo, que era primário e o cara tá solto. Ele tem três filhas com a falecida e quer pegar de volta, e a irmã dela não quer entregar. Se eu tô aqui dentro, moro do outro lado da ponte, me sinto com medo, como é que eu posso achar que elas (ACS) não tenham medo aqui?” (DSC - Assistente social)

Outro discurso, transcrito abaixo, também se refere aos impasses trazidos pelos tiroteios que ocorrem no interior da comunidade.

“Hipertensão e diabete a gente sabe que a mudança dos hábitos de vida são fundamentais pra tratar essas doenças, mudar a alimentação e/ou fazer uma atividades física, né? Qual a possibilidade dessas senhoras que têm problemas nos pés realizarem uma atividade física que não seja caminhada? Ou qual possibilidade dessas senhoras fazerem caminhadas em condições seguras? Eu vou falar [para] ela caminhar, fazer uma hora de caminhada por dia e ela vai falar ‘eu não vou fazer, porque eu saio do trabalho cinco horas da tarde e isso aqui fica intransitável, perigosíssimo e eu não vou sair de casa porque eu vou levar tiro né?’ Aí eu vou falar pra ela: ‘oh, vamos entrar numa hidroginástica porque você não pode caminhar?’ Elas sofrem mais do que uma população que tem uma renda fixa, que tem menos chance de passar fome mesmo no futuro ou ter problema sério pra sobreviver. É um fator que desencadeia muitos problemas graves.” (DSC - Médico)

As ‘leis’ [ordens] impostas aos moradores das comunidades repercutem no trabalho dos profissionais de saúde de diversas formas. Os discursos abaixo exemplificam essas repercussões.

Conheço bastante gente, mas não conheço tudo. Dizem que tenho domínio da comunidade, eu não vou conseguir isso, até porque eu tenho mais famílias do que eu deveria ter [para assistir], né? É muito mutável, as pessoas fazem uma m... já saem dali, já vão pra outra comunidade e você não sabe mais onde ela tá, então você não consegue mais controlar. Eu só entendi uma coisa, o tráfico ‘dentro’, ele permite você ter um agravo. Ou ele é homossexual ou ele é ladrão. Teve um caso que o tráfico fechou tudo com que aquela pessoa fosse presa, já que era ladrão. Só que a pessoa tinha AIDS, e eles não sabiam. Quando a pessoa saiu do presídio, já prometeu para o tráfico não mais roubar e descobrem que o cara tinha AIDS. Bateram até matar. Então, eu perdi o paciente. (DSC - Enfermeiro)

Os discursos acima são exemplos de como a violência afeta a vida dos moradores e o trabalho dos profissionais de saúde. O tema violência perpassou os discursos de lideranças religiosas, comunitárias e profissionais de saúde de Manguinhos, Maré e Penha, desde a primeira parte da investigação - os fóruns da Ouvidoria Coletiva em 2004. Permeou também todos os discursos da segunda parte do trabalho, ou seja, das entrevistas individuais.

A afirmação de um dos entrevistados de que a violência interfere mais na saúde do que a pobreza pode oferecer uma idéia da importância da violência quando se pensa na relação entre pobreza e saúde em favelas dominadas pelo tráfico de drogas e armas como as da Leopoldina. Há uma tendência recente na sociologia urbana de relativizar a pobreza como fator explicativo da violência social, devido à influência do gênero nas trajetórias dos criminosos (MISSE, 1995). Vale observar, porém, que “outros autores, como Downey (2003), afirmam a relevância da pobreza como uma das dimensões da problemática que, nas favelas cariocas, conduz à adesão ao tráfico de drogas. A recusa da tese da pobreza pode, paradoxalmente, implicar na ‘invisibilidade’ dos processos materiais e simbólicos da criminalidade entre os mais pobres” (STOTZ, 2004, p 5).

Os problemas mostram sua face mais cruel quando agregados ao impasse típico da pós-modernidade no Brasil: a dificuldade de sobrevivência material diária. Situação que Valla (2001) chamou de “estado de emergência permanente”, agravando manifestações de estresse, observadas diariamente no atendimento em serviços públicos de saúde de pessoas “poliqueixosas”, que alguns estudiosos e profissionais de saúde têm nomeado como “sofrimento difuso”.

“Falta de esperança. Falta de esperança. As pessoas estão sem perspectiva de vida, sabe? Olha para o horizonte não vê nada. As pessoas estão perdendo a fé. Fé, esperança. Porque eu não quero trazer pro lado religioso. Mas você olha pra o horizonte e as pessoas não têm: ‘Eu não espero nada do amanhã?’. Mas a questão dos jovens é essa, essa coisa assim de não esperar nada do amanhã. É isso que assusta...”. (profissional de saúde participante da Ouvidoria Coletiva)

A dificuldade financeira de muitas famílias, aliada ao aumento do desejo de consumo dos jovens, fomentado principalmente pela mídia e a falta de perspectiva de vida desses jovens é uma das explicações, de alguns participantes, para a sua entrada no narcotráfico.

“Eles falam pra mim que é o dinheiro: ‘Puxa ... eu quero um tênis não tenho dinheiro, minha mãe também não tem, meu pai também não tem, como é que eu vou comprar o tênis? Tênis de marca, claro. Quero uma bermuda tal e não tenho dinheiro. Se eu quiser hoje por

exemplo, se eu quiser comer uma coisa diferente... Pô, estou aqui com dinheiro no meu bolso, alguém vai me dar? Não”. (profissional de saúde participante da Ouvidoria Coletiva)

A violência não é exclusividade desta região e nem deste momento histórico, sempre existiu em todos os tempos e lugares, adquirindo formas e manifestações as mais variadas. Constitui um fenômeno que muitas vezes na história da humanidade foi tolerável, na medida em que padrões éticos vigentes a legitimaram, de acordo com os lugares e a época. A violência generalizada, de caráter endêmico não é um fato novo, mas há um movimento de banalização da mesma. Contemporaneamente, existe um paradoxo onde ao mesmo tempo em que há um discurso insistente sobre a violência, a sociedade tende a negá-la (SOUZA, 2005). Essa negação se torna cada vez mais difícil, devido ao registro na vida cotidiana e midiático do quadro de tortura e terror mais sombrio da história posterior à 2ª Guerra Mundial, aliado as situações significativas e provavelmente inéditas causadas pelas desigualdades sociais, pela pobreza, pela desagregação do meio familiar e social que colocam os desempregados e sem esperança de conseguir emprego - os não-empregados (BOFF, 1999) - mais vulneráveis ao mundo do crime. Esta é a história do Ocidente nas últimas três décadas sob o domínio de políticas neoliberais que foi nomeada por Hobsbawn, segundo Souza (2005), como a “Era do Desmoronamento”. As populações socialmente vulneráveis são as mais expostas à violência e à criminalização pelo aparelho repressivo (BAIERL, 2004).

A violência pode ser vista como um comportamento, uma degeneração que se torna uma linguagem, um modo de se resolver conflitos transmitida para os mais jovens. Portanto, pensar e agir em função da violência atualmente deixou de ser um ato circunstancial para se transformar num modo de ver e viver (ODALIA, 2004) que reduz a vida social a um progressivo isolamento social e a uma interação principalmente centrada no consumo.

Violência deve ser situada em “contextos históricos, políticos, econômicos, sociais, culturais e territoriais, onde é produzida” (BAIERL, 2004, p.22). A autora afirma, então, que não se pode buscar explicação e analisar as questões relativas à violência e ao medo, desvinculadas das diferentes formas de exclusão social. Sawaia (1999) *apud* Baierl (2004), ao analisar a questão da violência e do medo social, utiliza a categoria “sofrimento ético-político”, porquanto, embora seja o indivíduo quem sofre, a gênese do sofrimento não está nele, mas em intersubjetividades delineadas socialmente (ALMENDRA; BAIERL, 2007).

Do ponto de vista dos participantes da Ouvidoria Coletiva e daqueles entrevistados individualmente, a violência é

fundamentalmente entendida como um desafio ético-político. Quando uma participante da Ouvidoria Coletiva relatou o discurso dos jovens, que relacionaram suas condições de vida com a impossibilidade de colocar “dinheiro no bolso” para conseguir comida diferente e roupa de marca, explicando a sua entrada para o tráfico de drogas, repôs, provavelmente sem o saber, a questão da subsunção da noção de cidadania, que submerge na posição do consumidor (KURZ, 2003 *apud* SOUZA, 2005). A insegurança gerada pela não satisfação de necessidades básicas leva a sensações de pânico e de perda de referências, cuja intensidade é inversamente proporcional à idade. Estas sensações podem ser temporariamente substituídas pela de onipotência no momento da compra de mercadorias e gerar uma crença na capacidade de concretização de desejos estimulados principalmente por meio da publicidade como estratégia capitalista de expansão do consumo (COELHO, 2003).

O tráfico de drogas, embora organizado internacionalmente, está organizado por facções que disputam violentamente o monopólio do comércio, o que gera permanentemente centros de conflito sangrentos nas favelas que afetam a vida de todos, de familiares e vizinhos dos bandidos, até incluir os moradores e trabalhadores desarmados. O tráfico de drogas, além de corromper as instituições encarregadas de reprimi-lo, também criou na população da cidade o que Zaluar (2004) chamou de “medo indeterminado”.

Onde reina o medo, gera-se a guerra de todos contra todos. A finalidade do Estado seria impedir o medo e possibilitar a liberdade de pensamento e de corpos. Quem gera medo destrói os fundamentos do poder legítimo. Aquele que fomenta o medo, qualquer que seja sua posição no mundo, impede a confiança, base da democracia (ROMANO, 2002).

O medo social é uma das conseqüências que mais penaliza o ser humano em situação de exclusão social ou de inclusão perversa (MARTINS, 2002). A finalidade última desse medo seria submeter pessoas e coletividades a interesses próprios de alguns grupos por meio da intimidação e da coerção. Esse medo leva determinadas coletividades, territorializadas em determinados espaços, a temer a ameaça advinda desses grupos, “coletividades mal-amadas da história” (DELEUME *apud* BAIERL, 2004, p.48). Coletividades abandonadas à própria sorte, sem acesso a direitos sociais básicos, vivem numa situação de grande fragilidade e insegurança, e conseqüentemente de medo social que tem sua referência no contexto vivido e nas carências retroalimentadoras do medo (BAIERL, 2004).

O crescimento da violência trouxe, além do medo, um aumento do preconceito contra os pobres em geral, toma-

dos como os agentes da violência, e auxiliou a tendência a ‘demonizar’ os usuários de drogas, por considerá-los a fonte de todo o mal, de toda a violência. Os usuários por sua vez, encontram dificuldade em conseguir tratamento médico, ficando a mercê do traficante e do policial corrupto (ZALUAR, 2004).

É importante assinalar, porém, a ausência de um debate público sobre o consumo de drogas que afeta todos os níveis sociais. Aliás, a omissão da mídia é em si um problema a investigar.

O agravamento da violência pode se apoiar também na ênfase do enriquecimento rápido, no egotismo da fama e na despreocupação com os controles morais. A ética, por sua vez, não se encontra enraizada no comportamento cotidiano, especialmente dos empresários, dos políticos e mesmo dos magistrados. A lei não é vista pela população como justa e equânime.

Uma modificação que aconteceu ao longo dos últimos vinte anos foi a expansão da violência a toda população que mora nas favelas. Todos precisam conviver com a passagem por revólveres, fuzis, metralhadores, feira livre de venda de drogas, tiroteios e atos de punição severa, entre outros. Esse crescimento do tráfico tornou muito difícil tanto atividades rotineiras, como a tradicional militância em associações de moradores, ocasionando o que Zaluar (2004) classificou como “desalento”. Para Lombardi (2005), esta também é uma tendência dos novos movimentos sociais, culturais e intelectuais de crítica à sociedade. Estes caminham na direção de uma perspectiva que valoriza o microscópico, o fragmentário, o singular, o efêmero, o cotidiano.

Porém, nenhuma resposta a esses problemas pode ser simples ou unilateral. É necessário que os aspectos institucionais, políticos, culturais, sociais e econômicos da questão sejam considerados, já que a questão da violência abrange todos eles (ZALUAR, 2004).

Na saúde pública, a violência vem sendo estudada como uma endemia. O Informe Mundial sobre Violência e Saúde (2002) conclui que as suas conseqüências tornaram-se atualmente um dos principais problemas de saúde pública em nível mundial (PAN AMERICA HEALTH ORGANIZATION, 2002; 2003).

Gaioli (2004) também identifica a “epidemiologia da violência” como sendo produto das políticas sócio-econômicas e algo que acontece fora dos serviços de saúde, mas classifica estes últimos como locus principal de observação e tratamento dos danos decorrentes dela.

Do ponto de vista da saúde pública é importante abordar o assunto violência da perspectiva das vítimas, inclusive dos profissionais de saúde que, mesmo não sendo agredi-

dos fisicamente, têm sua saúde afetada pelo medo e pela angústia ao tentar atender mais adequadamente possível as vítimas diretas (MINAYO, 2004). A reflexão mais aprofundada e ampla sobre a saúde nestes contextos de violência leva necessariamente à discussão das formas de promoção da vida vinculadas de um lado, a transformações estruturais como a redução substancial da pobreza e a diminuição das desigualdades sociais, e, por outro, à superação do abandono ou dos modos precários da ação do poder público nos processos de educação e saúde no âmbito local.

A compreensão das condições de vida dos moradores de regiões pobres e violentas se torna um desafio para profissionais de saúde, assim como o contexto das unidades de saúde, nos quais a precariedade de condições para o seu funcionamento adiciona outros desafios. Por outro lado, tais desafios não devem ser imobilizadores e, sim, fatores a serem considerados quando se pensa num serviço de saúde de qualidade.

Eis que a Ouvidoria Coletiva propiciou a oportunidade para uma aprendizagem das alternativas encontradas pelos moradores para sobreviver nas condições de opressão pela violência do tráfico de drogas. Uma das mais citadas foi a adesão a denominações evangélicas como forma de enfrentar situações de impasse como as vivenciadas pelas mães, cujos filhos encontram-se envolvidos com o tráfico de drogas.

“Elas não vão encontrar pessoas para criticar elas: - mas você não soube criar seus filhos. - Porque é isso que a gente ouve no mundo. Das mães que eu conheço elas estão buscando sim, as igrejas evangélicas. [Com os filhos] no tráfico, as mães estão buscando o lado espiritual da coisa, estão buscando sim nas igrejas com a maior fé.”

Diversos participantes reconheceram que nesses espaços, essas mães se sentem acolhidas, assim como um grande número de pessoas que encontram nesses espaços apoio e sentido para suas vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre pobreza e saúde, no caso estudado, se estabeleceu atrelada à discussão do quanto a violência atravessa a vida dos moradores de territórios onde ocorre intenso tráfico de drogas, conflitos com as polícias e, mais recentemente, o domínio por milícias que começam a se estabelecer em favelas da região. Ficou evidenciado nas duas etapas do trabalho de campo que, nestes contextos, a violência interfere por vezes mais na saúde do que a pobreza. Porém, a combinação de ambos os fatores, pobreza e violência, geram condições de vida tão adversas para a saúde dos moradores dessas áreas que, atender a essa população

com resolutividade constitui-se num impasse para os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde.

A convivência com tal desafio gera angústias e até adoecimento nos profissionais de saúde que atuam diretamente com as classes populares, daí a necessidade de uma reflexão mais aprofundada e ampla sobre a saúde nestes contextos de violência. Este desafio leva necessariamente à discussão das formas de promoção da vida vinculadas, de um lado, a transformações estruturais como a redução substancial da pobreza e a diminuição das desigualdades sociais e, por outro, à superação do abandono ou dos modos precários da ação do poder público nos processos de educação e saúde no âmbito local.

A compreensão das condições de vida dos moradores de regiões pobres e violentas se torna um desafio para profissionais de saúde, assim como o contexto das unidades de saúde, em que a precariedade de condições para o seu funcionamento adiciona outros desafios. Por outro lado, tais desafios não devem ser imobilizadores, mas fatores a serem considerados quando se pensa num serviço de saúde de qualidade.

Neste sentido, cabe ressaltar a importância do desenvolvimento de práticas como a Ouvidoria Coletiva que, como método de escuta da população, agrega o conhecimento de uma realidade de sofrimento à formulação de propostas para sua transformação. Essa metodologia se tornou mais potente no contexto em que se desenvolveu, pois contou com apoio da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e, em consequência, foi reconhecida como uma inovação no âmbito do SUS.

Os resultados dessa pesquisa, muitos dos quais foram além do esperado, nos alertam para o “poder” que as religiões exercem sobre a população que devemos conhecer, entender, respeitar e abrir mão da postura muito comum de nosso tempo. A importância da religiosidade popular em contextos de pobreza e violência foi enfatizada como uma importante resposta da população na busca de lidar com seus sofrimentos. Sofrimentos estes gerados pela violência urbana que tem afetado profundamente a vida e as relações de sociabilidade de quem mora em grandes centros urbanos, em especial em favelas onde se evidenciam mais fortemente os efeitos perversos da miséria e da desigualdade social no nosso país.

A perspectiva da Educação Popular e Saúde fertiliza o debate acerca do projeto de sociedade necessário para a diminuição das desigualdades sociais no país e pode apresentar-se como norteadora para as práticas e reflexões teóricas no campo da saúde por levar em conta as relações estabelecidas entre o mundo da cultura e o mundo da vida,

os saberes produzidos a partir das experiências concretas de luta, possibilitando fazer novas leituras da questão da saúde e potencializando a reflexão. Quando engajados nessa prática educativa, estamos construindo cidadania e dignidade e para tal necessitamos acreditar na nossa capacidade de nos tornarmos sujeitos individuais e coletivos com critérios de análise próprios (VASCONCELOS, 1998).

A história da Educação Popular e Saúde carrega em si inúmeras experiências que originaram metodologias, mecanismos de operação, instrumentos de análise, reflexões de significado que orientam práticas educativas de saúde, concepções de saúde, representações entre outros espaços de socialização de saber.

Tal perspectiva se torna mais importante na medida em que avança o reconhecimento da interligação entre degradação ambiental e social. Esse reconhecimento pode oferecer subsídios para a identificação da necessária inclusão de temas de estudos posicionados num campo de intercessão na formação (acadêmica e continuada) dos profissionais de saúde, quanto na própria formação dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, a reflexão sobre as causas da pobreza e da violência precisa entrar na pauta de discussões, do mesmo modo como a reflexão sobre as conseqüências já vem ocorrendo. A inclusão de ambas as discussões parece ser necessária na formação dos profissionais de saúde. Por ser um grave problema social, deveria ser incluída na educação (entendida num sentido mais amplo) da população em geral. Não se trata, no entanto, apenas incluir questões como pobreza e violência no ensino de forma tradicional, por exemplo, autoritariamente dissertando sobre estatísticas nas quais bilhões de pessoas perecendo podem se transformar em um número a ser analisado friamente. Mas de metodologias que fomentem a reflexão, envolvendo também as emoções dos estudantes. De modo que pensem sobre o que vêem e sentem; que se sintam desafiados, incomodados, indignados (no sentido Freireano) pela não-mobilização pessoal e coletiva. Que esses processos auxiliem no despertar de uma noção de cidadania que envolva todos, inclusive os pobres.

REFERÊNCIAS

- ALMENDRA, C. A. C.; BAIERL, L. F. A violência: realidade cotidiana. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 267-279, jul./dez. 2007.
- ALVES, R. **A alegria de ensinar**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2004. 96p.
- BAIERL, L. F. **Medo social**: da violência visível ao invisível da violência. São Paulo: Cortez, 2004. 224p.
- BOFF, L. **Ecologia social pobreza e miséria**. Disponível em: <<http://www.ecoterrabrasil.com.br>>. Acesso em: 14 fev. 2005.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.
- BOSI, E.; WEIL, S. **A Razão dos vencidos**. São Paulo: Brasiliense, 1982. 95p.
- BRANDÃO, C. R. Palestra 2001: 40 anos de Educação Popular no Brasil e no Mundo em 6 de agosto de 2001 In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. Brasília, 2001. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.
- BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.12, p. 7-30, jan./mar.1996.
- BRICEÑO-LEON, R. Violência e saúde pública na América Latina: cidade e cidadania In: SEMINÁRIO VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA NA AMÉRICA LATINA, 2005, Rio de Janeiro, 2005. (Apresentação).
- COELHO, C. N. P. **Publicidade**: é possível escapar? São Paulo: Paulus, 2003. 70 p.
- CUNHA, J. R. Direitos humanos numa perspectiva pós-moderna? Introdução. In: DINIZ, A. *et al.* **Direitos humanos, democracia e senso de justiça**. Rio de Janeiro: Litteris Kroart, Fundação Bento Rubião, 1999. p. 7- 40.
- D'AMBROSIO, U. Obsolescência institucional e degradação ambiental e social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n.8, p. 466-469, out./dez.1992.
- DEMO, P. **Pobreza da pobreza**. Petrópolis: Vozes, 2003. 392 p.
- DOWDNEY, L. **Crianças do tráfico**: um estudo de crianças em violência armada organizada no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2003.
- GAIOLI, C. H. L. O. **Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio**. 2004. 92f. Dissertação (Mestrado em

- Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15092004-090312/>> Acesso em: 10 de jan 2006.
- GUIMARÃES, M. B. L. *et al.* **Os impasses da pobreza absoluta.** ENSP/Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp.biblioteca/dados/pesquisa2.pdf>>. Acesso em: 02 março 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro: Fundação IBGE. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/491_populacao%20residente,%20por%20idade%20e%20por%20grupos%20de%20idade.XLS>. Acesso em: 10 maio 2005.
- IORIO, C. Algumas considerações sobre estratégias de empoderamento e de direitos. In: ROMANO, J. ; ANTUNES, M. (Org.). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza.** Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002. p.21-44.
- INSTITUTO PEREIRA PASSOS-IPP. Armazém de Dados. Disponível em: <[http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1172_indice%20de%20desenvolvimento%20humano%20municipal%20\(idh\).XLS](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/1172_indice%20de%20desenvolvimento%20humano%20municipal%20(idh).XLS)>. Acesso em: 15/10/2005.
- LEFÈVRE A. M. *et al.* Representações dos agentes de combate ao *Aedes aegypti* sobre a estratégia de retirada do inseticida nas ações de controle do vetor. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 6 , n. 4, p. 359-372, dez. 2003.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. **Discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisas qualitativas (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2006. 255 p.
- LIMA, C. M. P. **Pobreza e saúde:** muitos impasses e alguns caminhos. 2006. 140f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.
- LOMBARDI, J. C. Apresentação. In: LOMBARDI JC, SAVIANI D. **Marxismo e educação:** debates contemporâneos. Campinas: Autores Associados, HISTEDBR, 2005. p.vii-xxviii
- MARCONDES, W. B. **Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa.** 2007. 132f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- MARTELETO, R. M. ; VALLA, V.V. Informação e Educação Popular - o conhecimento social no campo da saúde. **Perspectivas em Ciência e Informação**, Belo Horizonte, n. especial, p.8-21, jul./dez. 2003.
- MARTINS, J. **A sociedade vista do abismo:** novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. Petrópolis: Vozes, 2002. 276 p.
- MINAYO, M. C. S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: LIMA, C. A. *et al.* (Coord.). **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2004, p.13-16.
- MISSE, M. Cinco teses equivocadas sobre a criminalidade urbana no Brasil. Uma abordagem critica, acompanhada de sugestões para uma agenda de pesquisas. In: SEMINÁRIO VIOLÊNCIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO RIO DE JANEIRO, 17 de abril de 1995, Rio de Janeiro. Disponível em < na página <http://www.necvu.ifcs.ufrj.br>>. Acesso em: 08 dez. 2004.
- ODALIA, N. **O que é violência.** São Paulo: Brasiliense, 2004. 94 p.
- OLIVEIRA, V. Política de saúde: as bases históricas da estruturação do SUS. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABCP, 4., 2004, Rio de Janeiro. **Trabalhos apresentados...** Rio de Janeiro: PUC, 2004.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Organización Panamericana de la Salud. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Violencia_2002.htm>. Acesso em: 20 maio 2002.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Repercussões da violência na saúde das populações americanas.** Organização Panamericana da Saúde.2003. Disponível em: <<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-15-p.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2003.
- PINTO, E. **Ouvidorias Públicas no Brasil.** In: SEMINÁRIO “OUVIDORIA: UM INSTRUMENTO DE

PARTICIPAÇÃO CIDADÃ”, 23 de maio de 2005, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata?** 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2006. 244 p.

ROMANO, R. Medo! **Revista Espaço Acadêmico**. Ano II, n. 18, novembro de 2002. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/018/18polemica.htm>>. Acesso em: 12/02/06.

SANTOS, M. **Pobreza urbana**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1979. 63p.

SCHWATZMAN, S. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2004. 208 p.

SOUZA, M. L. R. **Violência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. 161 p.

STOTZ, E. N. Violência urbana - um risco à saúde de todos. Uma reflexão pautada no desassossego. In: MOSTRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 1., 10 dez. 2004, Rio de Janeiro. Texto revisto à luz dos debates com a platéia. Disponível em: <<http://www.estotz.prosaeverso.net/visualizar.php?id=545962>>. Acesso em: 26 out. 2005.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 9-30, mar. 2005.

VALLA, V. **Educação popular, religião e pobreza: cultura popular e religião**. Rio de Janeiro: Editora DP & A, 2001. 139 p.

VALLA, V.; HOLLANDA, E. A Escola Pública: fracasso escolar, saúde e cidadania In: VALLA, V; STOTZ, E. (Org.) **Educação saúde e cidadania**. 2. ed. Petrópolis: Vozes. 1996. cap. 4, p. 53-86.

VASCONCELOS, E. (Org.). A saúde através da palavra e do gesto, reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. 281 p

VASCONCELOS, E. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 2, p.39-57,1998.

ZALUAR, A. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004. 440 p.

Submissão: janeiro de 2008

Aprovação: abril de 2008
